

dg

Demokratisches
Gesundheitswesen
Nr. 11 - 12
November/Dezember 1989
Einzelheft 5 Mark
G 2961 E



POSITIVPOSTEN NEGATIVLISTE

**ABTREIBUNGS-
URTEIL IN DEN USA:
WIE IN BAYERN**

**ROT-GRÜN
IN BERLIN:
SACHZWANG**

LETZTE NUMMER



**GIFTMÜLL-
ENTSORGUNG
ALLES
FRISCH**

Fehlbelegungsstudie:

DUMM UND DREIST



Joachim Neuschäfer ist hauptamtlicher dg-Redakteur

Karl Marx ist tot, und Jesus lebt.“ Das Credo des Bundesarbeitsministers schlägt sich jetzt offensichtlich auch in seinem Ministerium nieder. Das zumindest legt der kürzlich veröffentlichte „Forschungsbericht“ über sogenannte Fehlbelegungen in Akutkrankenhäusern nahe, der sich nur mit einem gerüttelten Maß an Gottvertrauen ertragen läßt. Und wer den Schlußfolgerungen der „Expertise“ folgen will, muß unzweifhaft alle Vernunft fahren lassen.

Doch auf Vernunft wurde im Hause Blüm bei der Aktion „Fehlbelegung“ gar nicht spekuliert, sondern auf Schlagzeilen. Und damit lag man richtig: „85 000 Betten sind in den deutschen Krankenhäusern überflüssig“, titelte daumendick die „Ärzte Zeitung“, und die Tagespresse stand dem kaum nach. Was da als Fakt verkauft wurde, ist der verdrehte Extrakt der tendenziösen Zusammenfassung einer schlampigen Auftragsstudie, nämlich purer Unfug.

Gleichwohl steckt dahinter System: Da das Märchen vom Bettenberg geplazt ist – fast 13,2 Millionen Bundesbürger mußten 1988 in Kliniken behandelt werden –, braucht man eine neue Begründung für den Bettenabbau: Zwar sind die Betten voll, aber die Falschen liegen drin. Kurz und bündig: „Fehlbelegt“.

Und so funktioniert die „Wissenschaft“: Man nimmt die Akutkliniken und stellt die „Fehlbelegung“ einfach fest. Was „Fehlbelegung“ ist, wird – warum auch? – nicht definiert, ebensowenig wie die Aufgaben von Krankenhäusern. Da wird die Studie gleich zu Anfang deutlich: „Die sozialen Umstände der Patienten, Besonderheiten der Krankenhausstruktur und das gesundheitsdienstliche Umfeld müssen unberücksichtigt bleiben.“ Die um solche „Nebensächlichkeiten“ bereinigten Restdaten stellt man dann sechs Experten – ausnahmslos Ärzten – zur Verfügung. Außerdem nehme man Ärzte aus nur zwei Fachdisziplinen, aus der Chirurgie und der Inneren Medizin, und lasse sie alle anderen Gebiete mitbeurteilen.

Der Stichprobenumfang ist dabei geradezu lächerlich klein (30 Krankengeschichten), bei den in der Hauptuntersuchung verwendeten Akten fehlen oft

Angaben über diagnostische Resultate, Schwere der Erkrankung und Allgemeinzustand der Patienten. Das bemängeln selbst die offiziellen Prüfer der Studie.

Daß der Zweck die Mittel heiligt, gestehen die Verfasser mit naiver Unverfrorenheit ein: Es sei zu berücksichtigen, „daß alle Beteiligten primär eine klare baldige Gesamtaussage zur Fehlbelegung wünschten, die korrekt aber noch nicht in allen Aspekten sehr tief und genau strukturiert sein mußte.“ Zutreffender kann man es nicht sagen, daß da ein gewünschtes Ergebnis zusammengeschustert wurde.

Verschämte Hinweise im Text auf die dominierenden Einflüsse des vor- und nachstationären Sektors werden in der Zusammenfassung völlig verschwiegen. An den angeblichen Fehlbelegungen sind ausschließlich die Krankenhäuser schuld.

Fertig ist der Knüppel gegen die 900 000 Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter und ihre Forderungen. An ausrangierten Betten ist Norbert Blüm gar nicht interessiert. Worum es geht, sind Personalkosten, die sich pro Bett berechnen und die Pflegesatzhöhe bestimmen, und nicht um Gesundheitskosten. So dumm kann gar keiner sein, zu erkennen, daß eine „Rausschmeißerpolitik“ die Kosten der vor- und nachstationären Behandlung hochtreibt. Bloß greift dann eine stärkere „Selbstbeteiligung“ der Betroffenen.

Die Krankenkassengelder werden auch im Krankenhaus weiter verputzt – nach dem „Modell“ USA: Bei der Hälfte der Liegezeit sind die Krankenhauskosten dort dreimal so hoch wie bei uns. Wer dabei absahnt, ist klar: Apparateindustrie und Pharmakonzern.

Was ebenso fatal ist: In den Kliniken wird jener Rest von sozialer und humanitärer Reservekapazität beseitigt, der Rücksichtnahme auf Patientinnen und Patienten und ihre persönlichen und sozialen Bedürfnisse noch möglich macht. Von christlichen Grundsätzen bleibt bei einer solchen Vollindustrialisierung der Kliniken nicht mehr viel übrig. Aber daß Jesus lebt, diesen zweiten Halbsatz seines Credos dürfte Blüm auch nicht wirklich ernst gemeint haben.

10 Jahre dg

Was's das?	5
Abgesang in Wieseln	56

Report

Giftmüllentsorgung:	
Alles frisch	14

Standespolitik

Niederlassung	
Finstere Zeiten	21

Aktuelle Gesundheitspolitik

Rot-Grün in Berlin „Sachzwang“	22
Kommunale Gesundheitskonferenz	
Premiere	26
Kongreß „Evaluation“	
Anmerkungen von Bernard Braun	50

Aids

HIV-Test: Verheißungsvoll?	36
-------------------------------	----

Umwelt

Stromtrasse	
Augen zu	38

Gewerkschaften

WSI des DGB: Zügel angelegt	39
--------------------------------	----

Frauen

Abtreibungsurteil in den USA	
Wie in Bayern	40

Ethik

Anthropologentagung geplatzt: Retusche reicht nicht	43
--	----

Embryonenschutzgesetz: Hase und Igel	46
---	----

Gen-Technik

Verwandlungen im Kleinsten	44
----------------------------	----

Pharma

Positivposten	
Negativliste	52

Dokumente

Gesundheitsförderung in der Kommune – Plädoyer für ein gemeinsames Vorgehen	
Von Ute Canaris	27

Für ein Gesetz zum Schutz vor den Gefahren der Gentechnologie	
Resolution der Memorandum- gruppe Gentechnologie	34

Zweiter Appell gegen ein neues Sterilisationsgesetz	
vom Arbeitskreis zur Aufarbeitung der Geschichte der „Euthanasie“	36

Rubriken

Echo	6
Memo	12
Lesezeichen	54
Kölnstr. 198	59

IN HALT



Reinhard



Foto: Landeshauptstadt Berlin

14

*Die Geschichte eines
Tankunfalls, an den
nichts mehr erinnern
soll. Die Geschichte ei-
nes kranken Tankwa-
genfahrers, dem nie-
mand sagt, was er hat.
dg hat die Ölspuren bei
Entsorgungsunterneh-
men, Behörden, Ärzten
und Berufsgenossen-
schaft verfolgt*

22

*Die Erwartungshaltung
an eine neue Gesund-
heitspolitik des rot-grü-
nen Senats in Berlin ist
groß, das Programm
des Koalitionspekters
kann sich sehen lassen.
Hat Rot-Grün tatsäch-
lich etwas verändern
können?
Eine Zwischenbilanz*

52



Foto: Joker

*Einer der wenigen positiven Posten im
„Gesundheitsreformgesetz“ ist die Negativ-
liste, die das Qualitätsmerkmal „gesicherter
therapeutischer Nutzen“ hochhält. Jetzt ist
sie erst einmal gestoppt*

ZUM SCHLUSS

Liebe dg-Sammlerinnen und Sammler, liebe Archivfreaks, liebe Liebhaberinnen und Liebhaber!

Alle älteren Nummern, über die wir noch in ausreichender Menge verfügen, können Sie von uns zum Sonderpreis von 3,- Mark plus 3,- Porto und Verpackung beziehen. (Alle Hefte ab 1/85, außer denen, die uns vom 85er Jahrgang ausgegangen sind, siehe unten)

Nummern, von denen es nur noch Restbestände gibt, kosten 10 Mark plus 3,- Porto und Verpackung. (Alle Hefte von 1/79 bis 1/85, 4/85, 6/85, 10/85)

Bezahlung nur in Vorauskasse: Briefmarke oder Verrechnungsscheck.

Zum Sonderpreis von 3 Mark gibt es:

7/85: *Medizinische Soforthilfe in der Dritten Welt*. Elektroschocks, Zwangssterilisation im Nationalsozialismus

9/85: *Paracelsus-Kliniken*, Funktionspflege versus ganzheitl. Pflege, Alfred Grotjahn

12/85: *Der Sinn von Tierversuchen*, Geburtenkontrolle und Kirche, Menschenversuche – Interview mit Wallraff

1/86: *Modell Herdecke?*, Interview mit Marie Langer, Recht auf (Nacht-)arbeit

2/86: *Methadon – Ein neuer Weg?*, Briefe aus Nicaragua, Arbeitsmediziner Lehnert – Experte für Unbedenklichkeit

3/86: *Mediziner im Widerstand*, Interview mit Winfried Beck kurz vor Gründung des VdÄA, Sterbehilfe-Boom

4/86: *Gezähmte Selbstverwaltung in der Krankenversicherung*, Abnehmen durch Wunderpillen?, Krankheitsursachen aus der Sicht von Arbeitnehmern

5/86: *Genfer Protokolle – Schutz der Zivilbevölkerung*, Bluthandel, W.Catenhusen zu Genteo, Gruppenpraxier

6/86: *Atomkatastrophe in Tschernobyl*, Interview mit Karl Bonhoeffer zum 6. Intern. Weltkongreß der IPPNW in Köln, Grüne Gesundheitspolitik – Alte Wege oder neue Perspektiven?

7/86: *Gewerkschaftsarbeit im Krankenhaus*, Wiederaufbereitungsanlagen und gesundheitliche Risiken, Die Umbenennung der Haedenkampstr., Balintgruppen

9/86: *Computer im Krankenhaus*, Müttergenesungswerk, B-Waffen-Forschung in Hannover, Wen schützt die Strahlenschutzverordnung?

10/86: *Bulimarexie*, Sozialpsychiatrie in der DDR und der BRD, Pflegeversicherung

11/86: *Linke Niedergelassene – Zwickmühle*, "Krankenpflege gegen Krieg", Frankfurter „Euthanasie“-Prozess

12/86: *Männer und die Pille*, Gründungskongreß des VdÄA, Sind Auswahlgespräche verfassungswidrig?

1/87: "Amtsärsche" und „Gesundheitsbulleten“ – Öffentlicher Gesundheitsdienst, Aufklärungsbücher, Strukturreform nach der Wende

2/87: *Wirtschaftskriminalität von Ärzten*, Menschenversuche der Atomindustrie, Gibt es eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen?

3/87: *Gesundheit oder Apartheid?*, Wahlsieg der Fraktion Gesundheit, Bericht der Enquête-Kommission „Genteo“, Warum haben oppositionelle Ärzte solche Wahlerfolge?

4/87: *Gesundheitsrisiko Niedrigdosistrahlung*, Interview mit DGB-Gesundheitspolitikern, Der Fall Gottfried Benn

5/87: *Florence Nightingale in Afghanistan*, Meldepflicht bei Aids, Ethik in der Psychiatrie, Manuelle Dokumentationsysteme

7/87: *Mickey-Mouse-Krankenhouse*, Gesundheitstag in Kassel, Mythos Selbsthilfe, Aids im Gesundheitsamt

9/87: *Marburger Bund*, Psychiater reisen nach Polen, Sterbehilfe – Tötung auf wessen Verlangen?

10/87: *Friedensbewegung im Gesundheitswesen*, Arentecephale als lebende Organspender, Kosten-dämpfung im Krankenhaus

11/87: *Reprotockenologien – Alles Teufelswerk?*, Krankenpflege und Aids, Kritik des EBM

12/87: *Pharma – Lernen von der Dritten Welt?*, Interview mit Valeri Legassow über Tschemobyl, Alltag in der Psychiatrie, Malaria-Versuche in Dachau

1/88: *Psychosoziale Versorgung Aidskranker*, Bundesärztekammer und Vergangenheitsbewältigung, Burnout-Syndrom

2/88: *Strukturreform*, Gestellungsverträge mit Schwester, British disease – british cure

3/88: *Traumjob ambulante Krankenpflege?*, EDV im Krankenhaus, Der Fall Bernbeck – Ein Lehrstück über die Hierarchie

4/88: *Datenschutz und Schweigepflicht*, Bericht einer Zwangssterilisierten, Wie soll die Versorgung Pflegebedürftiger abgesichert werden?

5/88: *Raserei und Unfälle*, "Anschlagsrelevantes" Thema Genteo, Unterrichtskräfte und Ausbildungsförderung

6/88: *Methadon für HIV-Infizierte*, Gewerkschaft und Strukturreform – Ein Streitgespräch, Marionetten in der Berliner Ärztekammer?

7/88: *Zur Situation von Ärztinnen*, Fluktuation in der Krankenpflege, Kein neues Sterilisationsgesetz, Festbeträge für Arzneimittel

9/88: *Humangenetische Beratungsstellen*, 1. Streik im Gesundheitswesen, HIV-positive Kinder, Entwurf einer Positivistin

10/88: *Sexueller Kindesmissbrauch*, Pflegenotstand und „Sozialdienst, 125 Jahre Bayer, Arzthelferinnen in linken Praxen

11/88: *Klassenloses Krankenhaus*, EG-Eugenik, Pflegenotstand und Kaffeetrinken, Heilpraktiker

12/88: *Das lange Lied der Dioxine*, BGA stoppt Naturheilmittel, Frauen und Aids, Datenboykott gegen Blüm

Und der Jahrgang 1989.

ZEHN JAHRE dg – WAR'S DAS ?

Am 7. November ist die Entscheidung gefallen. Die vorliegende Nummer wird die letzte sein, denn der Pahl-Rugenstein Verlag sieht sich aus finanziellen Gründen nicht mehr in der Lage, die bisherige Erscheinungsweise von dg sowie zwei Redakteursstellen zu garantieren. Mit einem Sterben in Raten möchte sich die dg-Redaktion andererseits nicht anfreunden.

Die Entscheidung tut sehr weh, auch weil wir eigentlich in diesem Monat ein großes Jubiläum – den 10. Geburtstag von dg – hätten feiern wollen. Genau im November 1979 erschien die erste Ausgabe, zunächst als Vierteljahrsschrift geplant für 16 Mark im Jahresabonnement. Knapp zwei Jahre vorher, am 10. Februar 1977, hatten wir einen ersten, sehr persönlichen Brief an Freunde aus dem Gesundheitswesen geschrieben und die Diskussion eines „Zielprojekts: Zeitung“ mit dem Arbeitstitel „Medizin und Gesellschaft“ auf etwas breitere Füße gestellt.

Die Ziele, noch aus der Studentenperspektive formuliert, waren enorm hoch, utopisch, kann man heute sagen. Die Zeitung sollte bundesweit an medizinischen Hochschulen und Krankenhäusern verteilt werden, finanziert von einem Verein politisch engagierter Berufstätiger. Sie sollte nicht nur die Vereinzelung im Beruf überwinden helfen, sondern auch ein Gegengewicht zu den konservativen Standespolitikern herstellen und Initiator für die Diskussion um ein qualitativ neues Gesundheitswesen sein. Ursprünglich sollte die Zeitung sogar auch Patienten erreichen.

Gemessen an dieser Utopie erscheint die Wirklichkeit bescheiden. Aber Wirklichkeit war für die Redaktion viel mehr als die Herausgabe einer Zeitung. Zehn Jahre dg sind nicht nur 89 Hefte. Wir trauern keiner Stunde nach, die wir damit verbracht haben, sie zu erstellen, weil auch wir etwas für die Arbeit bekommen haben: gute Diskussionen, neue Kontakte, Freundschaften und – auch wenn es etwas kitschig klingt – neunundachtzigmal das Gefühl, etwas ganz Eigenes gemeinsam gemacht zu haben. Die dg-Redaktion hat darüber hinaus einen politischen Diskussionszusammenhang hergestellt und aufrecht erhalten, hat Pate gestanden, wenn es darum ging, fortschrittliche Projekte auf den Weg zu bringen.

Unsere redaktionelle Linie war unverwechselbar, wenn gleich uns die „Orthodoxen“ im linken Lager von Anfang an als „Abweichler“ behandelt und die „Alternativen“ als hartgesottene „Orthodoxe“ bezeichnet haben. Unsere „Dickköpfigkeit“, mit der wir vieles, was wir für richtig hielten, immer wieder vertreten haben, hat uns nicht nur Freunde gemacht unter den Freunden, von den Gegnern ganz zu schweigen.

Von Anfang an hat die dg-Redaktion zu ihren Aufgaben gezählt, politische Brücken zwischen den Berufsgruppen

im Gesundheitswesen zu schlagen, „Podeste“ anzusägen und Hierarchien in Frage zu stellen. Dies war für uns die Basis einer qualitativ neuen Diskussion. Der Grundkonsens der dg-Redaktion, unter dem über alles gestritten wurde, lautete: Die Gesundheit der Menschen darf dem Profitstreben nicht untergeordnet sein – eine genuin kritische Idee mit vielen Gegnern im konservativen Lager, eine Gegenposition zum „Anything goes“. Viel Feind – viel Ehr‘, könnte man meinen, doch leider schlug sich letzteres überhaupt nicht in steigenden Abonentenzahlen nieder. Die Krise des dg ist auch die Krise dieser Utopie.

Tageszeitungen mit konservativem Hintergrund sind im Gesundheitswesen entstanden und haben keine Probleme damit, auch Kritisches aktuell zu melden. Selbst die Standesblätter mußten sich, zumindest bei bestimmten Themen, für Inhalte öffnen, die früher der Linken vorbehalten waren. Das ist ein Fortschritt und zeigt, daß Abnehmer für solche Inhalte da sind. Trotzdem müssen wir konstatieren, daß diese Entwicklung uns an die Substanz ging. Dazu kam, daß uns der finanzielle Hintergrund fehlte, der notwendig ist, um ein Produkt marktfähig zu machen. Ohne Investitionen läuft eben nichts im Geschäft, auch auf dem Informations- und Meinungsmarkt.

Ein Ausweg aus der Situation haben wir darin gesehen, die Streitkultur zu beleben und mit dem Dr. med. Mabuse zusammenzugehen. Nach dem Scheitern des Projekts wurde eine ernsthafte Analyse, wie es weitergehen sollte, von der finanziellen Krise des Verlags überrollt.

Das Kapitel „dg“ ist mit dieser Ausgabe abgeschlossen. Die UtopistInnen und Utopisten von dg, sprich Herausgeberkreis und Redaktion, aber treffen sich schon am Buß- und Bentag, dem 22. November dieses Jahres, wieder – allerdings weder zum Büßen noch zum Beten, sondern um darüber zu diskutieren, wie man politisch eingriffsfähig bleiben kann. Es wird das erste einer Serie von Treffen sein, auf denen wir besprechen wollen, wie wir den Diskussionszusammenhang mit den Leserinnen und Lesern fortsetzen können. Wir rechnen damit, daß es unter Ihnen viele gibt, die an kritischer Berichterstattung, am Eingriff in die Gesundheitspolitik und der Durchsetzung von Utopien ein Interesse haben.

Ulli Raupp

Damit wir alle, die an der Debatte über ein Folgeprojekt zu dg interessiert sind, auch erreichen können, bitten wir Sie, schnellstmöglich die dieser Ausgabe beigeheftete Karte an unser Bonner Büro zu senden. Unter der Anschrift Kölnstr.198, 5300 Bonn 1 wird die Redaktion auch noch in den ersten Monaten des neuen Jahres zu erreichen sein.

Noch schlimmer

dg 10/89: Meldung über Kindersterblichkeit in Südafrika

Vorsicht mit Zahlen: Die zitierten Zahlen des Info-Dienstes "South-African Barometer" werden mit falschen Zahlen aus Guinea und Bangla Desh verglichen. Die angegebenen 18 beziehungsweise 34 gestorbenen Kinder pro 1000 sind die juvenilen Mortalitätsraten (1-4 Jahre), dazu kommen die Sterbefälle des ersten Lebensjahrs, die Säuglingssterblichkeit (0-11 Monate).

In Guinea beträgt die Kindersterblichkeit unter fünf Jahren 187 (34 plus 153), in Bangla Desh 141 (18 plus 123) 141 pro Tausend nach Angaben des "World Development Report" aus dem Jahr 1987. Trotz der ungeheuerlichen Unterschiede in Südafrika sind die Zahlen aus Bangla Desh und Guinea noch schlimmer und in Wirklichkeit noch höher, als es die Zahlen aussagen.

HELmut GÖRGEN
Frankfurt



Abgelehnt

dg 9/89: „7. AO-Novelle: Halbiert?“

Reinhard Busse berichtet unter anderem über die Anhörung zur 7. AO-Novelle am 6. 6. 89 im BMJFFG, daß „an diesem Tag außer der studentischen Fachtagung Medizin eigentlich alle“ Anwesenden drastische Kürzungen der Medizinstudentenzahlen befürwortet hätten. Da ich in dieser Sitzung die ÖTV vertreten habe, muß ich dies korrigieren; die ÖTV vertritt dies nicht.

In einer ausführlichen Stellungnahme, die dort vorgetragen wurde, werden

- die nur die Bequemlichkeit von Ärzten und Hochschulen

NRW: AiP-Stellen fehlen

Nach Berechnungen des Düsseldorfer Landesarbeitsamts (LAA) werden in Nordrhein-Westfalen etwa 2700 Stellen für Ärztinnen und Ärzte im Praktikum fehlen. Ein Appell des LAA an Niedergelassene, Krankenhäuser und andere Medizinische Einrichtungen soll diese zur Einrichtung der nötigen Stellen bewegen.

NRW: Umweltambulanz eingerichtet

Nordrhein-Westfalen verfügt seit Ende September über die erste Umweltambulanz mit einem computergestützten Diagnosesystem. Gesundheitsminister Hermann Heinemann (SPD) erklärte bei der Eröffnung im Medizinischen Institut für Umwelthygiene in Düsseldorf, daß mit dem System Nachweise für den Zusammenhang von Gesundheitsschäden und Umwelteinflüssen gefunden und daneben betroffene Personen beraten werden sollen. Allerdings könnten jährlich nicht mehr als 500 Personen untersucht und beraten werden. Das Land fördert die Umweltambulanz in der Pilotphase bis 1991 mit rund einer Million Mark. Ob die Krankenkassen in Zukunft die Kosten für Laborleistungen des Instituts für Umwelthygiene, das der Ambulanz zuarbeiten soll, erstatten, wird zur Zeit noch verhandelt.

unterstützende Definition des Ausbildungziels;
- die Einführung zusätzlicher Praktika und Seminare,
- die vorgesehene stärkere Gewichtung naturwissenschaftlicher zu Lasten der sozialwissenschaftlichen Fächer in der Vorklinik sowie
- die 7. Novelle als Ganze, für die derzeit keinerlei Notwendigkeit besteht, abgelehnt. Insbesondere wird - hier sogar in Übereinstimmung mit zahlreichen Anwesenden - kritisiert, daß weiterhin eine Experimentierklausel, die Studienreformmöglichkeiten schaffen und erweitern könnte, wiederum nicht vorgesehen ist.

UDO SCHAGEN
Berlin

Chlor in Watte und Windeln

Giftige, zum Teil kanzerogene chlororganische Verbindungen sind in erheblichen Konzentrationen in gebleichten Papierzeugnissen wie Kaffeefiltern, Milchtütenkartons, Monatsbinden und -tampons, Watte und Windeln enthalten, wie eine von Greenpeace in Auftrag gegebene Stichprobe ergab. Nach Angaben des durchführenden Instituts Natec enthalten Windeln bis zu 17,9 ppm wasserlöslicher Chlorverbindungen, die beim Bleichen mit Chlor entstehen. In Toilettenpapier wurden 10,2 ppm, in Binden 9,2 ppm, in Milchtüten 12,3 ppm und in Kaffeefiltern 7,3 ppm chlororganische Verbindungen gefunden.

Australien: Gesetz zur IVF geplant

Die Regierung des Bundeslands Westaustralien bereitet zur Zeit ein Gesetz vor, das die Zahl der befruchteten Eier, die einer Frau bei der In-Vitro-Fertilisation eingepflanzt werden, auf drei begrenzen soll. Die Einführung mehrerer befruchteter Eier, um eine Schwangerschaft zu erreichen, birgt ein erhöhtes Mißbildungsrisiko, wie eine Studie in Australien ergab, die im vergangenen Jahr im "Lancet" veröffentlicht worden war (dg berichtete 9/88).

BÄK: Fortschreibungs- nachweis

Einen Fortbildungsabschluß will die Bundesärztekammer (BÄK) in Zukunft von Ärztinnen und Ärzten verlangen. Ein entsprechender Auftrag war ihr auf dem Ärztetag in Berlin erteilt worden. Nach dem Vorschlag der BÄK sollen Mediziner nach einem Punktsystem nachweisen, daß sie neben dem Literaturstudium in einer Frist von drei Jahren Fortbildungsveranstaltungen im Umfang von drei Wochen besucht haben. Anerkannt werden sollen Veranstaltungen der Kammern und der Akademien sowie Kongresse und Seminare wissenschaftlicher Gesellschaften. Insbesondere für "Industrie-Seminare" müsse eine Anerkennung bereits vorher eingeholt werden. Vom Vorstand der Bundesärztekammer wurde dieses Konzept gebilligt.

Pflegenotstand in der Psychiatrie

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser befürchtet einen Pflegenotstand in der Psychiatrie für die neunzigste Jahre. Auf ihrer Herbsttagung beschrieb der Vorsitzende Rainer Kukla einen „drastischen Bewerberrückgang“ für die Ausbildung in der Krankenpflege. Dabei müßten jetzt schon mindestens 7000 Krankenschwestern und -pfleger neu eingestellt werden, um eine Versorgung „entsprechend modernen Erkenntnissen“ zu gewährleisten. Die Arbeitsgemeinschaft sprach sich zur Verbesserung der Lage auch dafür aus, die Dienstzeiten familienfreundlicher zu gestalten.

Kassen müssen Abbruch bezahlen

Krankenkassen sind dazu verpflichtet, legale Schwangerschaftsabbrüche zu bezahlen. Dies erklärte die Bundesregierung auf eine Anfrage von Gerhart Baum (FDP). Anlaß war die Weigerung einer Baden-Württembergischen landwirtschaftlichen Krankenkasse, die Kosten für einen legalen Abbruch zu übernehmen. Aufsichtsrechtliche Schritte gegen die Kasse will die Bundesregierung aber nicht einleiten.





Vilmar: Unvermummt

Der Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, hat wieder gezeigt, daß er wenig, wenn nichts verstanden hat. Auf einer Veranstaltung der Bremer Ärztekammer zur Rolle der Medizin im Nationalsozialismus meinte Vilmar, daß heutzutage der Bundesrepublik keine Gefahr mehr durch braune Uniformen, sondern eher durch „andersfarbig gekleidete oder verummumte Horden“ drohe. Wen er wohl meint?

Foto: Mezzen

Wer gilt als „schwerpflegebedürftig“?

Kritik an der „Richtlinie der Spitzenverbände der Krankenkassen über die Abgrenzung des Kreises der schwerpflegebedürftigen Personen“ haben auf dem Kongreß Rehabilitation (REHA) Behindertenverbände geübt. Nach dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) sollen Schwerpflegebedürftige ambulante Leistungen aus der Krankenversicherung erhalten können. Eberhard Arbeiter vom Bundesverband „Selbsthilfe Körperbehinderter“ erklärte, daß es aufgrund der Richtlinien zu weiteren Anspruchseinschränkungen kommen werde. „Ich kann Ihnen keinen Menschen konkret benennen“, erklärte Arbeiter, „der diesen Richtlinien entspricht“. In der Richtlinie der Kassenverbände heißt es unter anderem, daß eine anspruchsberichtigte Person „in nahezu allen Bereichen regelmäßig auf intensive Hilfe angewiesen ist“. Als Bereiche nennt die Richtlinie Mobilität und Motorik, Hygienebereich, Ernährung und Kommunikation.

Die Arbeiterwohlfahrt erklärte dazu, daß diese Richtlinien so eng gefaßt seien, weil das GRG eine Pflegefinanzierung nur durch Einsparungen in anderen Bereichen ermögliche. Für eine grundsätzliche soziale Absicherung des Pflegerisikos schaffe das GRG keinen Einstieg.

Aktionsgruppe „Pflegegewerkschaft“ gegründet

Am 28. September haben sich in Stuttgart Krankenschwestern und -pfleger aus mehreren Bundesländern getroffen und eine Aktionsgruppe „Pflegegewerkschaft“ gegründet. Anlaß sei die Unzufriedenheit mit dem am 1. August in Kraft getretenen Tarifvertrag für Krankenpflege, Altenpflege und Geburtshilfe gewesen, der die bestehende tarifliche Ungerechtigkeit und den personellen Pflegenotstand nicht beseitigt habe, wie die Aktionsgruppe erklärte. Sie habe sich zum Ziel gesetzt, die Notwendigkeit der Gründung einer eigenen Gewerkschaft für Pflegeberufe zu prüfen und die Gründungsversammlung einer solchen Gewerkschaft vorzubereiten.

DGSP - Jahrestagung 1989: **Die Entdeckung der Langsamkeit**

oder
**Was wir von Langzeitpatienten für die
Akutpsychiatrie lernen können**

Bonn
8. bis 10. Dezember 1989



Themen:

- Kinder- und Jugendpsychiatrie**
- Neuroleptika**
- Psychotherapie**
- Maßregelvollzug**
- Krankheitsmodell**
- Perestroika**

Programme:

Bundesgeschäftsstelle:
Stuppstraße 14
5000 Köln 30 (Ehrenfeld)
Telefon (0221) 511002

ÄK Hamburg: Gegen „Katastro- phenschutz“

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Hamburg hat Mitte September den Entwurf des Bundeskabinetts zu einem Katastrophenschutzergänzungsgesetz abgelehnt. Das Votum erfolgte einstimmig bei einer Enthaltung. Die Kammerversammlung begründete ihren Beschuß damit, daß in dem vorliegenden Entwurf Zivilschutz im Verteidigungsfall und Katastrophenschutz bei zivilen Katastrophen nicht klar getrennt seien. „Eine Vermischung von zivilem Katastrophenschutz einerseits und militärischem Zivilschutz andererseits hätte zur Folge, daß immer mehr militärisches Denken und die sich daraus ergebenen Konsequenzen in den zivilen Katastrophenschutz einfliessen würden,“ gab die Ärztekammer zu bedenken. Nach den Kammerbeschlüssen von Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein ist Hamburg die dritte Landesärztekammer, die den Entwurf des Bundeskabinetts ablehnt. Die Bundesärztekammer brachte dennoch auf einer öffentlichen Anhörung des Bundestagsausschusses Anfang Oktober ihre Zustimmung zum Ausdruck.

Noch mehr Pillen

Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) hat Ende September den jährlich erscheinenden Arzneimittelreport veröffentlicht. Danach stieg 1988 die Zahl der Verordnungen um 4,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr: 13,3 Packungen Medikamente, berechnete das WIdO, bekam jeder Versicherte verordnet. Ausgaben mußten dafür die Krankenkassen etwa 20,5 Milliarden Mark, ungefähr 15 Prozent der Gesamtausgaben. Alleine 5,5 Milliarden Mark seien für Arzneimittel mit unsicherer oder umstrittener Wirksamkeit aufgebracht worden. Die „Renner“ in der Verordnung waren Herzmittel, Magen-Darm-Präparate, durchblutungsfördernde Mittel und Psychopharmaka. Auffällig, wie bereits im Arzneimittelreport des vergangenen Jahres, ist die hohe Medikalisierung von Frauen. Im Durchschnitt bekamen sie 54 Prozent mehr Medikamente verschrieben als Männer.

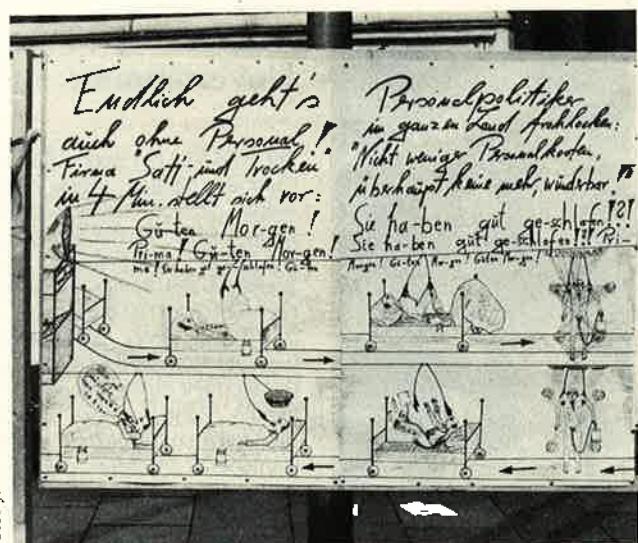
Sowjetische Psychiatrie wieder im Weltverband

Die Allsowjetische Psychiatrische Vereinigung ist am 20. Oktober wieder in den Weltverband für Psychiatrie aufgenommen worden. Als Voraussetzung für die Vollmitgliedschaft wurde vereinbart, daß eine Kommission des Weltverbandes im nächsten Jahr die Zustände in psychiatrischen Einrichtungen in der Sowjetunion untersuchen wird. Die sowjetische Psychiatrievereinigung war 1983 aus dem Weltverband ausgetreten, bevor über einen Ausschluß beraten wurde.

HdA-Projekt Krankenpflege

Das Bundesministerium für Forschung und Technologie plant im Rahmen des Programms „Humanisierung des Arbeitslebens (HdA)“ einen Arbeitsschwerpunkt „Krankenhaus“. Es sollen Forschungs- und Entwicklungsprojekte gefördert werden, die sich mit der Arbeitssituation der Krankenpflege im Krankenhaus beschäftigen. In Vorbereitung des Arbeitsschwerpunkts erhielten rund 2300 Kliniken einen Fragebogen, in dem unter anderem um Auskunft über Belastungen am Arbeitsplatz, die Qualifikation des Personals und den Einsatz von EDV gebeten wurde. Nach Aussagen der Gewerkschaft ÖTV, die an der wissenschaftlichen Begleitung des Arbeitsschwerpunkts beteiligt ist, ergibt schon eine erste Auswer-

Foto: J.W.



tung der Fragebögen, wie stark das Pflegepersonal durch unzureichende Besetzung und berufsfremde Tätigkeiten überlastet ist. In der wissenschaftli-

chen Begleitgruppe will sich die ÖTV dafür stark machen, daß der Schwerpunkt der HdA-Projekte nicht auf dem Einsatz neuer Techniken liegt.

Unentbehrliche Arzneimittel

Die fünfte Modelliste für unentbehrliche Arzneimittel, die von einer Expertenkommission der Weltgesundheitsorganisation WHO 1988 erarbeitet wurde, ist jetzt in einer gemeinsamen Broschüre von medico international und der BUKO-Pharmakampagne erschienen. Die Liste umfaßt 270 unentbehrliche Wirkstoffe in etwa 400 Darreichungsformen. Nach Ansicht der WHO-Kommission ließen sich damit 95 Prozent aller Krankheiten und Symptome, die mit Medikamenten beeinflußbar sind, behandeln.

Neben der Modelliste ist in der Broschüre erstmals in deutscher Sprache der Bericht der Expertenkommission veröffentlicht. Die Herausgeberorganisationen wollen damit „einen Beitrag leisten zur Eindämmung der Arzneimittelflut in deutschsprachigen 'Pharmaparadiesen', deren schlechtes Beispiel alle Bemühungen um eine rationale Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt nachhaltig unterminiert.“



Zuzahlung für Medikamente

Ab 1. Januar 1992 tritt laut „Gesundheitsreformgesetz“ die Regelung in Kraft, daß Patienten für jedes ordnete Medikament, das keiner Festbetragsregelung unterliegt, eine Zuzahlung in Höhe von 15 Prozent leisten müssen, bis zu einer Höchstbetrag von 15 Mark pro Mittel. Darüber informierte die Fachgruppe Apotheken in der ÖTV Berlin kürzlich die Bevölkerung mit einer drastischen Rechnung.

Seit dem 1.9.89

ab 1.1.92*

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)	
keine Medikamente mit Festbetragsregelung:	565 HCP - Ratiw Typ. 30,-
	171,50 Soactive 150 (50) 15,-
	90,40 Paracox 20 N3
Zuzahlung: 9,00	Zuzahl.: 29,41

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)	
1) und 2) unterliegen der Festbetragsregelung:	Ashland N3
Keine Zuzahlung	Phloramoxist Tel N3
3) nicht:	Poloxac C-1 N3
Zuzahlung: 3,00	Zuzahl.: 15,00

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)	
keine Medikamente mit Festbetragsregelung:	100,90 Teborilox Tab C
	Fraxum-Durc Tab C
Zuzahlung: 6,00	Zuzahl.: 30,00

* nach heutigen Berechnungen und Preisen

Apartheid-Gegner verhaftet

Aus Südafrika erreicht uns die Nachricht, daß der Krankenhausarzt Dr. Rajen Pillay schon am 19. Sept. in Durban verhaftet wurde und seitdem ohne Haftbefehl, ohne Anklage gefangen gehalten wird. Nach den geltenden Notstandsgesetzen ist das möglich. Dr. Pillay, Mitglied der Anti-Apartheid-Ärzteorganisation NAMDA, hat sich in den letzten Monaten persönlich besonders für die medizinische Versorgung eingesetzt, nachdem am Krankenhaus in Durban große Engpässe entstanden waren. NAMDA würdigte ihn als einen sehr engagierten kritischen Arzt, der nur wegen seiner Anti-Apartheid-Einstellung verhaftet wurde. Bitte schreiben Sie an den Staatspräsidenten De Klerk und verlangen Sie die sofortige Freilassung Dr. Pillays. Adresse: The Prime Minister De Klerk, State House, Pretoria, RSA, Südafrika.

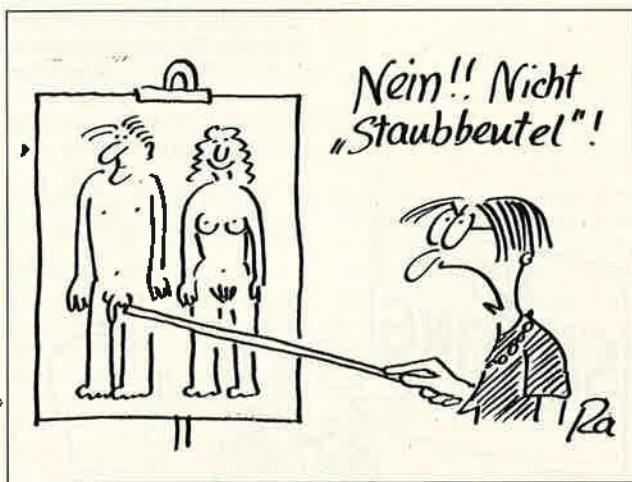
Sozialdemokratinnen zum Schwangerschaftsabbruch

Die Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Frauen hat die Streichung des Paragraphen 218 aus dem Strafgesetzbuch gefordert. Jedoch müsse in einem neuen Gesetz geregelt werden, unter welchen Umständen ein Schwangerschaftsabbruch erlaubt sein soll. Wahr dürfe wegen des Selbstbestimmungsrechts der Frau niemand die Frau zum Austragen einer Schwangerschaft zwingen, dieses Recht finde aber seine Grenze, wenn der Embryo außerhalb des Mutterleibs selbstständig lebensfähig sei. Einen entsprechenden Gesetzentwurf legte die AsF Mitte Oktober dem Arbeitskreis „Gleichstellung“ der SPD vor. Dort heißt es, daß ein Schwangerschaftsabbruch nach der 22. Woche nur noch aus medizinischen Gründen erfolgen darf. Eine freie Beratung ohne gesetzlichen Zwang, der Abbruch selbst und Verhütungsmittel sollten nach Auffassung der Sozialdemokratinnen von den Krankenkassen bezahlt werden.

Die AsF beendet mit diesem Vorschlag einen langjährigen internen Streit über die Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch. In den vergangenen Jahren hatten viele Sozialdemokratinnen die ersatzlose Streichung des Paragraphen 218 gefordert, waren aber bei einer Abstimmung auf dem letzten Bundeskongress der AsF knapp unterlegen. Dannach war eine Expertinnengruppe eingesetzt worden, deren Ergebnisse die Grundlage für die jetzigen AsF-Vorschläge bildeten.

Zeichnung: Alf

Aufklärungsunterricht



Berufung im Fall Peter Schröder

Der Träger des Katholischen Elisabeth-Hospitals in Bochum hat Berufung im Fall Peter Schröder eingereicht. Unser Redakteur war im Februar fristlos entlassen worden, nachdem er im „stern“ gegen den Paragraphen 218 Stellung bezogen hatte. Das Arbeitsgericht Bochum gab seiner Klage auf Wiedereinstellung im Juni statt und erklärte die Kündigung für nicht rechtens. Demgegenüber hält das Krankenhaus seine Argumentation aufrecht: Wer gegen den Paragraphen 218 auftrete, befürworte auch Abtreibungen, die als Mord zu bewerten seien. Ein Mitarbeiter mit Auffassungen, wie Peter Schröder sie öffentlich vertreten habe, störe in einer katholischen Einrichtung den Betriebsfrieden.

Die Verhandlung vor dem Landesarbeitsgericht Hamm, Marker Allee 94, findet am Dienstag, den 28. November 1989 um 11 Uhr 30 im Sitzungssaal Erdgeschoss statt.

Kammerwahlen Westfalen-Lippe: Ende einer Ära?

ma – Spannende Verhandlungen über den Kammervorstand stehen bevor. Die Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte ist zweitstärkste Fraktion geworden

Erheblich spannender als sonst üblich versprachen die diesjährigen Wahlen der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe schon vorher zu werden: Zusätzlich oder an Stelle der Listen der bekannten Standesorganisationen und ihrem alleinigen Gegenüber, der Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte (LdÄÄ), gab es diesmal reichlich Auswahl für die Wählerinnen und Wähler. So kandidierten in den Wahlbezirken Arnsberg und Detmold acht Listen, in Münster gar 12. Auch Listen regionaler oder berufspezifischer Färbung traten an, so die Liste Datteln-Waltruper Ärzte oder zwei Listen aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Gespannt durfte man auch auf das Abschneiden des Marburger Bunds sein, der erstmals nicht auf einer Liste zusammen

mit den Chefärzten kandidierte, oder das des Hartmannbunds, der sich nicht hinter einem Sammelsurium von Ärztevereinen verstecken konnte. Das neue Heilberufsgesetz von Nordrhein-Westfalen sieht nämlich vor, daß sich die Listen verständliche Bezeichnungen geben müssen, die auch auf den Stimmzetteln abgedruckt erscheinen.

Die Auszählung der Stimmen am 18. Oktober verlief dann auch recht spannend. Erstes herausragendes Ergebnis: Die Wahlbeteiligung stieg in allen drei Wahlbezirken um gut zehn Prozent, und liegt damit erstmals in einem politisch ernstzunehmenden Bereich (siehe Übersicht). Die Zahl der Delegierten der Kammerversammlung schrumpfte durch das neue Heilberufsgesetz von 139 auf 99, von diesen sind jetzt 43 erstmals gewählt worden.

Die Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte konnte ihren Stimmenanteil von 11,6 auf 14,1 Prozent steigern und errang damit 14 Sitze. Ihr absoluter Stimmenanteil stieg von 1297 auf 2225. Überblickt man die Sitzverteilung für die verschiedenen Listen in der Kammerversammlung insgesamt,

wird die LdÄÄ zweitstärkste Fraktion hinter dem Marburger Bund, dessen finanziell sehr aufwendiger Wahlkampf 25 Sitze einbrachte. Wenn man die bisherigen Listenpartner Marburger Bund und Chefärzte zusammenrechnet, so verloren sie zusammen fünf Prozent ihrer Stimmen. Der Hartmannbund kam auf 13 und eine Abspaltung des Hartmannbunds, die Gemeinschaftsliste Praktiker – Allgemeinärzte – Gebietsärzte, auf 12 Sitze. Unverständlich erscheint die hohe Stimmenzahl für die Chefarztliste, die neun Sitze bekommen werden: Hier haben wohl auch die ihr Kreuz gemacht, die gerne Chefarzt wären.

Für die Wahlen zum Vorstand der Kammerversammlung jedenfalls stehen interessante Verhandlungen bevor. Weder der Präsidentschaftskandidat des Marburger Bunds, Hespel, noch der der Gemeinschaftsliste können ohne die Stimmen der LdÄÄ-Delegierten gewählt werden. Diese haben schon unmissverständlich erklärt, daß ihre Stimmen nur für ein Sachprogramm zu haben sind, das wenigstens auf folgenden Gebieten neue Akzente setzt: Aufkraftsetzen der verschärften Richtlinien zur Weiterbildung, konsequente Einsparungen bei den Spesen, Aufwandsentschädigungen und Beiträgen zur Bundesärztekammer sowie die Einsetzung einer Frauenbeauftragten.

Tabakkonsum verändert

Neue Auswertungen des Bundesgesundheitsamts von drei Repräsentativbefragungen aus den Jahren 1967, 1974 und 1986 haben ergeben, daß sich in dieser Zeit einschneidende strukturelle Veränderungen des Tabakkonsums ergaben. Zwischen den sechziger und den achtziger Jahren änderte sich

das Rauchverhalten folgendermaßen: Statt damals 33 Prozent konsumieren heute 65 Prozent der rauchenden Männer 20 und mehr Zigaretten täglich, bei rauchenden Frauen sind es statt 12 Prozent heute 43 Prozent. Der tägliche mittlere Zigarettenverbrauch je Raucher stieg von 14 auf 22 Stück, je Raucherin von 10 auf 16. Zwar sind es immer noch mehr Männer als Frauen, die räuchen, doch der Trend bei Frau-

en steigt schneller an. Von den bundesdeutschen Männern zwischen 40 und 64 Jahren rauchten 1967 rund 66 Prozent. Heute sind es nur noch halb so viel (35 Prozent). Bei den Frauen dagegen stieg der Rauchrinnenanteil von 16 auf 20 Prozent in 1971 und sank bis 1985 wieder auf 17 Prozent. Damit räuchen heute bereits halb so viele Frauen wie Männer, während es in sechziger Jahren nur ein Viertel taten.



Zeichnung: Alf

Studienreform Unverkürzt

rb-Grundlegend neuordnen will das Gesundheitsministerium das Medizinstudium und hat ein „Sachverständigen-gremium“ berufen, das vorliegende Reformvorschläge auswerten und ein eigenes Konzept entwickeln soll

In der Einladung wollte der zuständige Ministerialdirektor Steinbach schon Akzente setzen: „Dabei sollen insbesondere auch die Möglichkeiten für eine Verkürzung des Medizinstudiums auf fünf Jahre geprüft werden“. Auf der ersten Sitzung am 20. September wurden entsprechende Wünsche einiger Sachverständiger, nämlich der Niedergelassenenverbände NAV, BPA und Hartmannbund sowie das Bundesarbeitsministerium enttäuscht,

eine Verkürzung des Studiums als Ziel festzulegen: Die Mehrheit des Gremiums war dagegen. In der Zwischenzeit hat nicht nur die EG-Kommission ihre Haltung bekräftigt, daß sechs Jahre Studium die untere Grenze darstellen, sondern auch die Kultusministerkonferenz beschloß, an den sechs Jahren festzuhalten. Aus „5+3“ wird nichts.

Ein ganz eigenes Interesse verfolgen die „Sachverständigen“ Professor Kemper vom Medizinischen Fakultätentag und Professor Hardegg von der Planungsgruppe Medizin der Universität Heidelberg mit ihrer Teilnahme an dem Gremium. Für sie steht bereits vor der Erarbeitung eines Konzepts fest, daß dafür die Studierendenzahlen gesenkt werden müssen. Dieser Auffassung scheint auch die Mehrheit der Landessozialministerien zu sein.

Es gibt jedoch auch viele Mitglieder, die an einer fundierten Reform ein Interesse haben, zum Beispiel Professor Wirsching vom Murrhardter Kreis, Udo Schagen als Vertreter der ÖTV, die Vertreter der VDS-Fachtagung Medizin und Dr. Zickgraf vom hessischen Sozialministerium. Sie äußerten auf der ersten Sitzung, daß man die Ausbildung nicht vom Ge-

sundheitssystem getrennt betrachten dürfe. Deshalb müßten verstärkt die Auswirkungen von Veränderungen im Krankheitsspektrum und der Gesundheitsversorgung auf die Anforderungen an die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte diskutiert werden, statt lediglich den Weg

vom Abitur zur Kassenzulassung festzulegen.

Im Mittelpunkt der Diskussion der ersten beiden Sitzungen stand unter anderem die Frage nach dem Zeitpunkt der (Voll-) Approbation. Von den Studierenden wird ein Modell favori-

Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Einladung zum 5. Gesundheitspolitischen Kongreß (GPK) – der VDS. 19.–21. Januar 1990

Der diessemestrige GPK der Medizinfachschaften soll verstärkt den verschiedenen Gruppen im Gesundheitswesen die Möglichkeit zur Darstellung und zum Austausch geben. PatientInnen und HelferInnen stehen in einem Spannungsfeld vielfältiger Probleme mit schlimmen Folgen für Gesundheit und Heilung.

Ausgehend davon wollen wir fragen:

- Welche Modelle patientInnhengerechter Medizin gibt es?
- Wie sehen unsere Erfahrungen in verschiedenen Bereichen aus?
- Welchen strukturellen und inhaltlichen Schwierigkeiten stehen wir bei der Verbesserung unserer Situation gegenüber?

Außerdem soll der Dialog der StudentInnen mit den Schwestern und Pflegern der Tübinger Kliniken ausgebaut werden. D.h.: Nicht nur MedizinstudentInnen sondern alle Betroffenen und Interessierten sind zur Mitarbeit eingeladen. Parallel dazu werden die Arbeitsgruppen der früheren GPK's weitergeführt.

Kontakt: Fachschaft Medizin Tübingen, i. A. Ulrich Morlock, Schickhardtstr. 9, 7400 Tübingen

NRW: Finanzausgleich zwischen den Kassen

Die Landesregierung Nordrhein-Westfalens will bis zum kommenden Frühjahr ein eigenes Gesetz zur Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorlegen. Dies erklärte Detlef Affeld, Leiter der Gesundheitsabteilung im Sozialministerium, Anfang Oktober auf der Vertreterversammlung der Kaufmännischen Krankenkassen. Geregelt werden sollte in der Gesetzesvorlage ein „einnahmeorientierter kassenartenübergreifender Ausgleich der Risikostrukturen“ auf regionaler Ebene. Auf Bundesebene sehen die Vorstellungen der SPD zur Organisationsreform anders aus. Rudolf Dressler, stellvertretender Vorsitzender der SPD-Fraktion im Bundestag, nannte auf der Vertreterversammlung der Innungskrankenkasse Düsseldorf und Neuss als Eckdaten der SPD die Wahlfreiheit der Versicherten und einen kassenarteninternen bundesweiten Risikoausgleich. An den unterschiedlichen Risikostrukturen der verschiedenen Kassenarten würde sich durch dieses Modell nichts ändern (siehe dg 2/89).

Alkoholkranke: Selbst schuld?

Chronisch Alkoholkranke haben nach einem Urteil des Oberlandesgerichts Oldenburg nicht in jedem Fall Anspruch auf Erstattung von Krankenhaus und Arztkosten durch ihre Ver-

sicherung. Im vorliegenden Fall hatte eine Privatversicherung die Übernahme von Kosten für die stationäre Behandlung eines Versicherten abgelehnt. Der Leberkranke habe nach einer erfolgreichen Entziehungs kur erneut begonnen zu trinken und sei nur deshalb erneut ins Krankenhaus eingeliefert wor-

den, argumentierte der Versicherer. Dieser Argumentation schloß sich das Gericht an. Der Betroffenen habe in Kenntnis der Folgen erneut Alkohol getrunken und handle damit bedingt vorsätzlich. Deshalb könne er nicht erwarten, daß die Kosten der ärztlichen Behandlung von der Versicherungsgesellschaft getragen werden. (AZ 2 U 108/88)

VdÄ/VdPP: FCKW vermeiden

Der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte und der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten haben die angekündigte Einstellung der FCKW-Produktion bis 1995 für unzureichend erklärt. Daß die bundesdeutschen Hersteller Hoechst und Kali-Chemie weiterhin FCKW oder den noch schädlicheren Ersatzstoff Halon produzieren, bezeichneten die Vereine als unverantwortlich.

Sie forderten Ärzte und Apotheker auf, nur noch Medikamente zu verordnen, zu verwenden oder zu verkaufen, die keine FCKW-haltigen Treibgase enthalten, und Medikamente von Firmen zu meiden, die weiterhin FCKW produzieren oder verwenden. Eine Liste mit Vorschlägen von wirkstoffidentischen Präparaten oder solchen mit gleichem Wirkungsspektrum könnte bei der Geschäftsstelle des VdÄ, Kurfürstenstr. 18, 6000 Frankfurt 90 bestellt werden.

Anzeige:

„BEIRUT STIRBT UND KEINER KÜMMERT SICH DRUM“

Dringender Hilfsaufruf & Appell für den Frieden

Die Stadt Beirut wird vernichtet. - Immerfortwährend. Seit langem schon. Das ist ein politisches Prinzip. Was ließe sich dazu noch sagen? Welche Sprache wüßte dem unendlichen Inferno einen Ausdruck zu geben?

Also bleibt nur, der Menschen wegen, daß wir Mahnungen erneuern & längst bekannte Worte wiederholen, die wie Asche sind im Mund:

300000 Menschen auf panischer Flucht. Schwere FROG 7 Raketen, vom Irak geliefert, reißen mit 500 kg Sprengladung Krater von der Größe eines Kinderspielplatzes. Die syrische Armee antwortet mit ihren Waffen.

Die Geflüchteten kampieren unter dem gar nicht freien Himmel im Küstenstreifen nahe der Stadt Saida. Luftmatratzen, Strohmatten und die Kleider auf dem Leib sind ihre einzige Habe.

Die Palästinenserlager im Elendsgürtel von Beirut leiden die größte Not: Granaten, Hunger, Krankheit und Durst, weil es kein gutes Wasser mehr gibt.

Die schwangere Nawal Nurjeh, Brandwunden am Körper, sagt: »Arme wie wir zahlen den Preis für diesen Krieg.« Sie weiß, daß ihr Kind als Flüchtlings geboren wird.

Wir wollen dazu nicht schweigen und untätig sein.

Medico International hat ein sofort wirksames Programm von Nahrungsmittel- und medizinischer Hilfe eröffnet. Es ist abhängig von sofortiger Zustimmung durch Spenden für die geschundene libanesische und palästinensische Bevölkerung.

Rasche Spenden auf die Konten: 1800 Frankfurter Sparkasse oder Postgiro Köln 69 99-508, Stichwort: »LIBANON«

**medico international
Obermainanlage 7
6000 Frankfurt 1
Tel. 069 / 499 00 41 - 2**



Alle Spender werden über die Verwendung der Gelder & die weitere Entwicklung im Libanon informiert.
Wir bitten um Weiterverbreitung dieser Anzeige.

18. 11. Solingen

Mitgliederversammlung der Coordination gegen Bayer-Gefahren
Kontakt: Coordination gegen Bayer-Gefahren, Hofstraße 27a, 5650 Solingen 11, Tel. (02 12) 33 49 54.

18.-19. 11. Linden

Seminar: „Wege aus der Klimakatastrophe. Atomstrom oder saubere Energie in 1. und 3. Welt“
Kontakt: Ökologische Akademie, Baiernrainen Weg 17, 8157 Linden, Tel. (0 80 27) 14 94.

20.-22. 11. Loccum

Tagung: „Vorsorge für den Ernstfall? Zur Diskussion über die Neuregelung des Zivilschutzes durch ein Katastrophenschutzergänzungsgesetz“
Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel. (0 57 66) 810.

21.-23. 11. Königslutter

„Frauen-Fragen“ – 7. Psychiatrertage Königslutter
Kontakt: Landeskrankenhaus Königslutter, Vor dem Kaiserdom 10, 3308 Königslutter.

22.-26. 11. Bad Boll

Therapie- und Therapeutentagung „Frau – Mann, Mann – Frau“
Kontakt: Evangelische Akademie, 7325 Bad Boll, Tel. (0 71 64) 7 92 12 (vormittags).

23. 11. Hamburg

Arbeitstagung der Hamburgerischen Landesstelle gegen Suchtgefährden: „Alter und Sucht“
Kontakt: Katholische Akademie Hamburg, Herrengraben 4, 2000 Hamburg.

23.-24. 11. Hamburg

3. regionale Fachtagung zum sexuellen Mißbrauch
Kontakt: Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Hamburg, Sigrid Ruppel, Margaretenstraße 41, 2000 Hamburg 36.

23.-24. 11. Hamburg

Seminar: „Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst: Um-

setzungsperspektiven für das analytische Konzept der DKG“
Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Billhorner Deich 94, 2000 Hamburg 26, Tel. (040) 7 88 52 25/44.

23.-25. 11. Brüssel

2. Europäische Konferenz der Internationalen Liga von Vereinigungen für Menschen mit geistiger Behinderung: „Geistige Behinderung – Eine europäische Herausforderung“
Kontakt: Palais des Congrès, Coudenberg 3, B – 1000 Bruxelles, Tel. (0 03 22) 2 51 34 13.

24.-26. 11. Bad Westernkotten

9. Tagung für Elternkreise drogenabhängiger beziehungsweise drogengefährdeter Kinder und Jugendlicher: „Kann Strafe Hilfe sein?“
Kontakt: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, Herr W. Rometsch, Alter Steinweg 34, 4400 Münster, Tel. (02 51) 5 91 32 71 oder 5 91 38 38.

24.-26. 11. Solingen

Tagung: „Mitwirkung Betroffener in Einrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte“
Kontakt: Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen, Thomas-Mann-Straße 49a, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 63 26 46.

25. 11. Essen

Fachtagung der IPPNW: „Ist Krieg in Europa noch führbar? Medizinische Analysen und Szenarien“
Kontakt: IPPNW-Geschäftsstelle, Bahnhofsstraße 24, 6501 Heidesheim.

Bildungsvereinigung Arbeit und Leben, Göttingen:

- Leitung und Unterricht an Krankenpflege-, Kinderkrankenpflege- und Altenpflegeschulen.
Beginn: April 1990; Dauer: ca. 22 Monate – 2200 Unterrichtsstunden
- Leitung des Pflegedienstes einer Station/Abteilung
Termin: 15. 1.–6. 4. 1990; 12 Wochen – 420 Unterrichtsstunden

Anmeldung und Auskünfte bei: Arbeit und Leben – Berufliche Bildung/Gesundheitswesen, Jüdenstr. 1, 3400 Göttingen;
Tel.: (05 51) 4 35 55.

25. 11. Viersen

4. Viersener Badetag. Tagung der Rheinischen Gesellschaft für soziale Psychiatrie.
Kontakt: Psychosozialer Trägerverein, Lothar Bücher, Eichenstraße 105-109, 5650 Solingen 1, Tel. (02 12) 8 15 05 51-54.

26. 11.-1. 12. Hopsten-Schale

Seminar: „Prävention von sexuellem Mißbrauch“
Kontakt: Frauenbildungshaus Osteresch, Zum Osteresch 1, 4447 Hopsten-Schale, Tel. (0 54 57) 15 13, Mo.–Do. 11–15 Uhr.

27.-29. 11. Köln

Bildungsurlaubsseminar: „Institutioneller Umgang mit der Problematik sexueller Mißbrauch“
Kontakt: Verein zur Weiterbildung für Frauen, Venloerstraße 405-407, 5000 Köln 30, Tel. (02 21) 54 21 39.

27. 11.-1. 12. Bremen

Weiterbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Altenarbeit: „Erotik und Körpererleben im Alter – gehört sich das?“
Kontakt: Pro Familia Bremen, Stader Straße 35, 2800 Bremen, Tel. (04 21) 49 10 90.

27. 11.-1. 12. Goslar

Seminar für Angehörige psychisch Kranke sowie ihre haupt- und ehrenamtlichen Helfer: „Mit der Krankheit leben“
Kontakt: Heimvolkshochschule Goslar, Zeppelinstraße 7, 3380 Goslar.

27. 11.-1. 12.

Essen

Seminar: „Begleitung unheilbar Kranker“
Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 28 55 99 oder 27 48 29.

29. 11.-1. 12. Düsseldorf

Seminar: „Pflegeprozeß“ in der Praxis“
Kontakt: Diakoniewerk Kaiserswerth, Alte Landstraße 121, 4000 Düsseldorf 31, Tel. (02 11) 40 97 18.

29. 11.-1. 12. Frankfurt

Fortbildungstagung für ehemalige Lehrgangsteilnehmer und Interessierte zu den Themen „Tarifabschluß“ und „Perspektiven der Pflege“
Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Gutleutstraße 169-171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 23 50 91-95.

1.-2. 12. Bad Boll

Tagung anlässlich der Gründung einer bundesweiten „Deutschen Alzheimer Gesellschaft“
Kontakt: Evangelische Akademie Bad Boll, Frau Vattheuer, 7325 Bad Boll, Tel. (0 71 64) 7 92 12 (vormittags).

1.-2. 12. Bad Schussenried

Seminar: „Angehörigenarbeit im Heim“
Kontakt: Gesellschaft für gerontologische berufliche Weiterbildung, Bahnhofstraße 10, 7953 Bad Schussenried, Tel. (0 75 83) 40 51 08.

1.-2. 12. Kassel

Symposium: „Psychoanalyse und Altern; Verlust, Bedrohung, Entleerung oder Entwicklungs-schritt“
Kontakt: Professor Dr. med. H. Radbold, Interdisziplinäre Arbeitsgruppe für Angewandte Soziale Gerontologie, Gesamthochschule Kassel, Mönchebergstraße 19B, 3500 Kassel.

2.-3. 12. Dortmund

Kolloquium: „Krebs – Entstehung, Diagnostik und Therapie“
Kontakt: Anti-Atom-Büro, Am Oelpfad 25, 4600 Dortmund-Hörde, Tel. (02 31) 42 06 02.

3. – 6. 12.

Hückeswagen

6. Deutsches Symposium für Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien: „Die Sprache der Bilder“
 Kontakt: EAG, Fritz-Perls-Institut, Wefelsen 5, 5609 Hückeswagen, Tel. (02192) 2098 oder 82120.

4. – 8. 12.

Bremen

Bildungsurlaubsseminar für Frauen ab 45 Jahren: „Weibliche Sexualität“
 Kontakt: Pro Familia Bremen, Stader Straße 35, 2800 Bremen, Tel. (0421) 491090.

5. 12.

Essen

4. Essener Pflegesymposium: „Alternativen in der Pflege“
 Kontakt: Deutscher Berufsverband für Krankenpflege, Regionalverband NRW, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 283040.

5. 12.

Herten

Tagung: „Legalisieren – liberalisieren – entkriminalisieren – substituieren ... aktuelle Vorschläge zu Ende gedacht“
 Kontakt: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, Alter Steinweg 34, 4400 Münster, Tel. (0251) 5913838.

6. – 8. 12.

Düsseldorf

Seminar: „Verstehen und verstanden werden“
 Kontakt: Diakoniewerk Kaiserswerth, Alte Landstraße 121, 4000 Düsseldorf 31, Tel. (0211) 409718.

7. 12.

Linden

Abendveranstaltung: „Holzschützen ohne Gift“
 Kontakt: Ökologische Akademie, Baiernrainer Weg 17, 8157 Linden, Tel. (08027) 1494.

7. – 8. 12.

Würzburg

Würzburger Umweltseminar: „Umweltanalytik und Gesetzgebung“
 Kontakt: Redaktion „Umweltmagazin“, Max-Planck-Straße 7-9, 8700 Würzburg, Tel. (0931) 4182273.

7. – 10. 12.

und

11. – 14. 1. Frankfurt

Fortbildungsreihe für Berater und Therapeuten: „Psychodrama in der Behandlung von Esssucht“
 Kontakt: Frankfurter Zentrum für Essstörungen e.V., Hansallee 18, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 550176.

8. – 10. 12.

Bonn

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie: „Die Entdeckung der Langsamkeit oder: Was wir von den Langzeitpatienten für die Akutpsychiatrie lernen können“
 Kontakt: DGSP, Stuppstraße 14, 5000 Köln 30, Tel. (0221) 511002.

15. – 17. 12.

Loccum

Tagung: „'Alter Adam' – 'Alte Eva'. Zur anthropologischen Grundlegung therapeutischer Ansätze“
 Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel. (05766) 810.

11. 1.

Hamburg

Seminar: „Streß im Berufsfeld Pflege: Individuelle und gesellschaftliche Lösungsperspektiven“
 Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Billhorner Deich 94, 2000 Hamburg 26, Tel. (040) 7885225/44.

11. – 14. 1.

Frankfurt

Fortbildungsveranstaltung: „Psychodrama in der Behandlung von Esssucht“
 Kontakt: Frankfurter Zentrum für Essstörungen e.V., Hansallee 18, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 550176.

15. – 19. 1.

Darmstadt

Seminar: „Gruppenarbeit mit älteren Menschen – Konzepte und Methoden“
 Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift Darmstadt, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (06151) 403348.

Psychiatrisches Therapiezentrum

am St. Marien-Hospital Eickel

(Lt. Arzt Dr. med. Dipl.-Psych. M. Krisor)

LEICHT ist unsere Arbeit nicht.

Wir versuchen, unser Konzept und unser Handeln immer wieder neu an die Bedürfnisse und Erfordernisse unserer Patienten anzupassen (und nicht umgekehrt).

Wir müssen ständig im Dialog bleiben, Schwestern, Pfleger, Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeuten, Psychologen, Ärzte ...

Wir sind **SICHER**, daß die wesentliche Arbeit vom Pflegepersonal geleistet wird.

Und wir sind **STOLZ** darauf, daß die Türen unserer Stationen immer noch (seit 12 Jahren) offen sind.

Wir wollen unsere Arbeit weiterentwickeln und suchen zur Verstärkung engagierte

Krankenschwestern und Krankenpfleger.

Bewerbungen richten Sie bitte an die

**Verwaltung des St. Marien-Hospitals Eickel,
Marienstr. 2, 4690 Herne 2, Tel. (02325) 3740**

MEDIZINISCHE MHH HOCHSCHULE HANNOVER

In der Psychiatrischen Klinik sind durch Aufstockung der Planstellen **Krankenpflegestellen** neu zu besetzen

Wir suchen:

Krankenschwestern und Krankenpfleger

mit Motivation und Engagement in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen

Wir bieten:

- Teamarbeit in der 5-Tagewoche
- Möglichkeit der Teilnahme an der Sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung
- Bezahlung nach BAT/KR
- Alle Vorteile des öffentlichen Dienstes

Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an:
 Zentrale Pflegedienstleitung
 Medizinische Hochschule Hannover
 Konstanty-Gutschow-Straße 8
 3000 Hannover 61

GIFTMÜLLENTSORGUNG ALLES FRISCH

Ein Unfall, bei dem verseuchtes Altöl ausläuft

Ein Sondereinsatz der Kripo mit 100 Beamten

Ein kranker Tankwagenfahrer, dem keiner sagt, was er hat

Ärzte, die bestenfalls als schlampig zu bezeichnen sind

Angestellte einer Entsorgungsfirma, die in 47 Fällen

der umweltgefährdenden Abfallbeseitigung beschuldigt werden

Ein städtischer Beamter, dem vorgeworfen wird, die Augen zugemacht zu haben

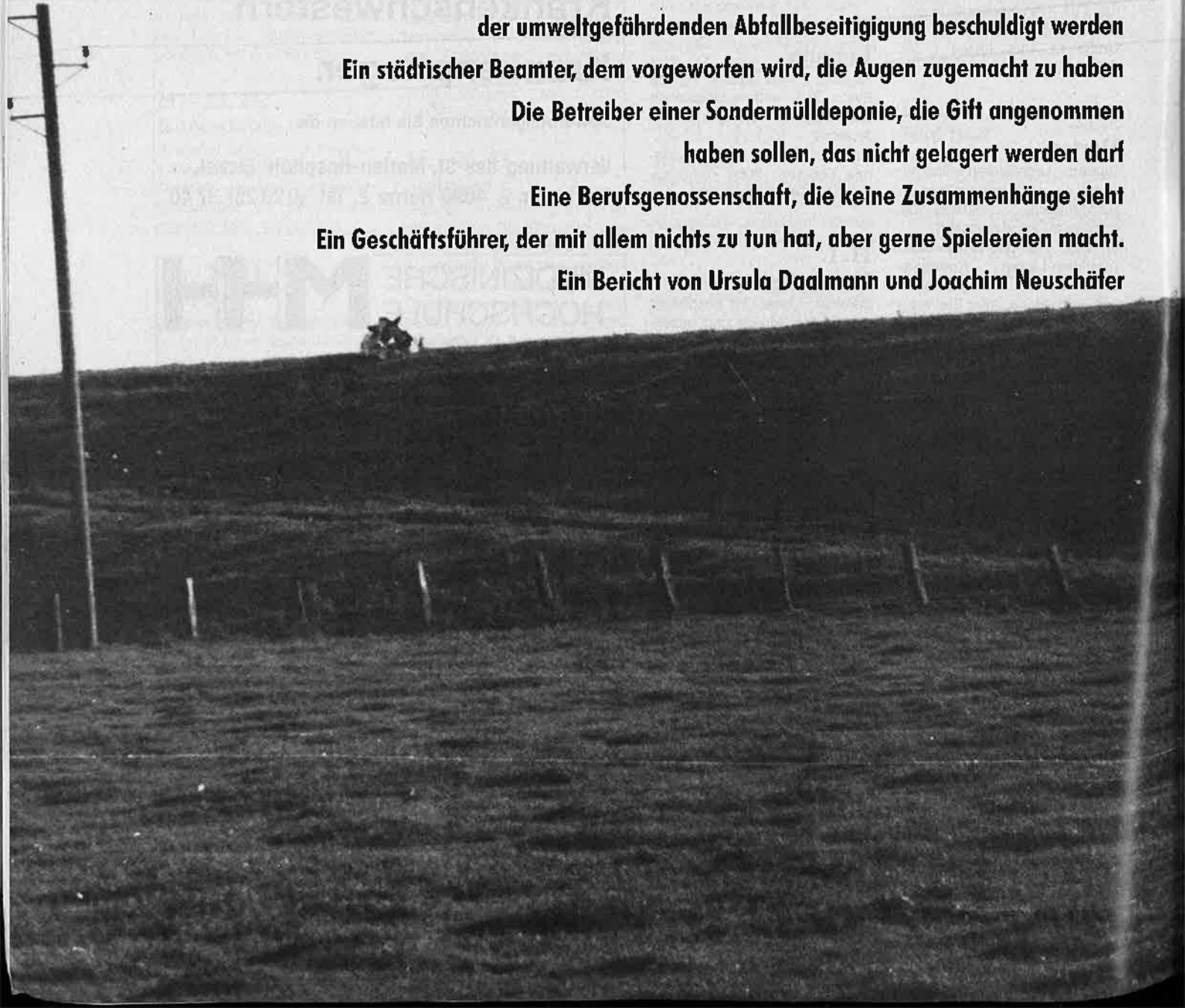
Die Betreiber einer Sondermülldeponie, die Gift angenommen

haben sollen, das nicht gelagert werden darf

Eine Berufsgenossenschaft, die keine Zusammenhänge sieht

Ein Geschäftsführer, der mit allem nichts zu tun hat, aber gerne Spielereien macht.

Ein Bericht von Ursula Daalmann und Joachim Neuschäfer



Schönstes Herbstwetter am Niederrhein. Kühe grasen auf den Deichen, auf dem Rhein schippern gemütlich die Frachtschiffe. Städtchen mit restaurierten historischen Gebäuden, Bilderbuchhöfe, die Edelobst anpreisen. Der Schnelle Brüter von Kalkar stört kaum in der Idylle. 50 Meter hinter der Mauer des Kernkraftwerks wieder ein Schild mit „Edelobst“. Nach einigen Kurven auf der schmalen, von Bäumen gesäumten Landstraße gelangt man wieder auf den Rheindeich und hat vergessen, was da steht.

Zehn Kilometer weiter auf der anderen Rheinseite liegt die Kleinstadt Emmerich, im Krieg wegen ihrer Rafinerien zerbombt, aber recht lobevoll wiederaufgebaut, mit einem Industrieviertel am Hafen. Dort liegt das Gelände der Firma E.U.R., ein Kürzel, das für „Entsorgungs-, Umweltschutz-

und Recycling GmbH“ steht. Demnächst wird hier eine vom Land Nordrhein-Westfalen geförderte, insgesamt 5,5 Millionen Mark teure, einzigartige „Umweltschutz-Hightec-Anlage“, mit der Ölschlämme in ihre Bestandteile Öl, Wasser und Feststoffe getrennt werden können, in Betrieb gehen. „Es ist wichtig, daß in einem solchen Betrieb alles ganz sauber aussieht,“ betont der niederländische Geschäftsführer von E.U.R., Dr. Galdjo Wynia. Tatsächlich, der Betrieb sieht sauber aus. Alles frisch betoniert, bepflanzt, gestrichen. Neben dem Empfangsgebäude, in dem die Büros der Firma untergebracht sind, zeugt eine noch frische Sandaufschüttung davon, daß selbst der Boden des Geländes neu ist. Und die vor dem Gelände verlaufenden Bahngleise sind frisch eingeschottert. „Erinnerungsfotos?“ wird der Fotograf scherhaft aus einem Bürofenster gefragt.

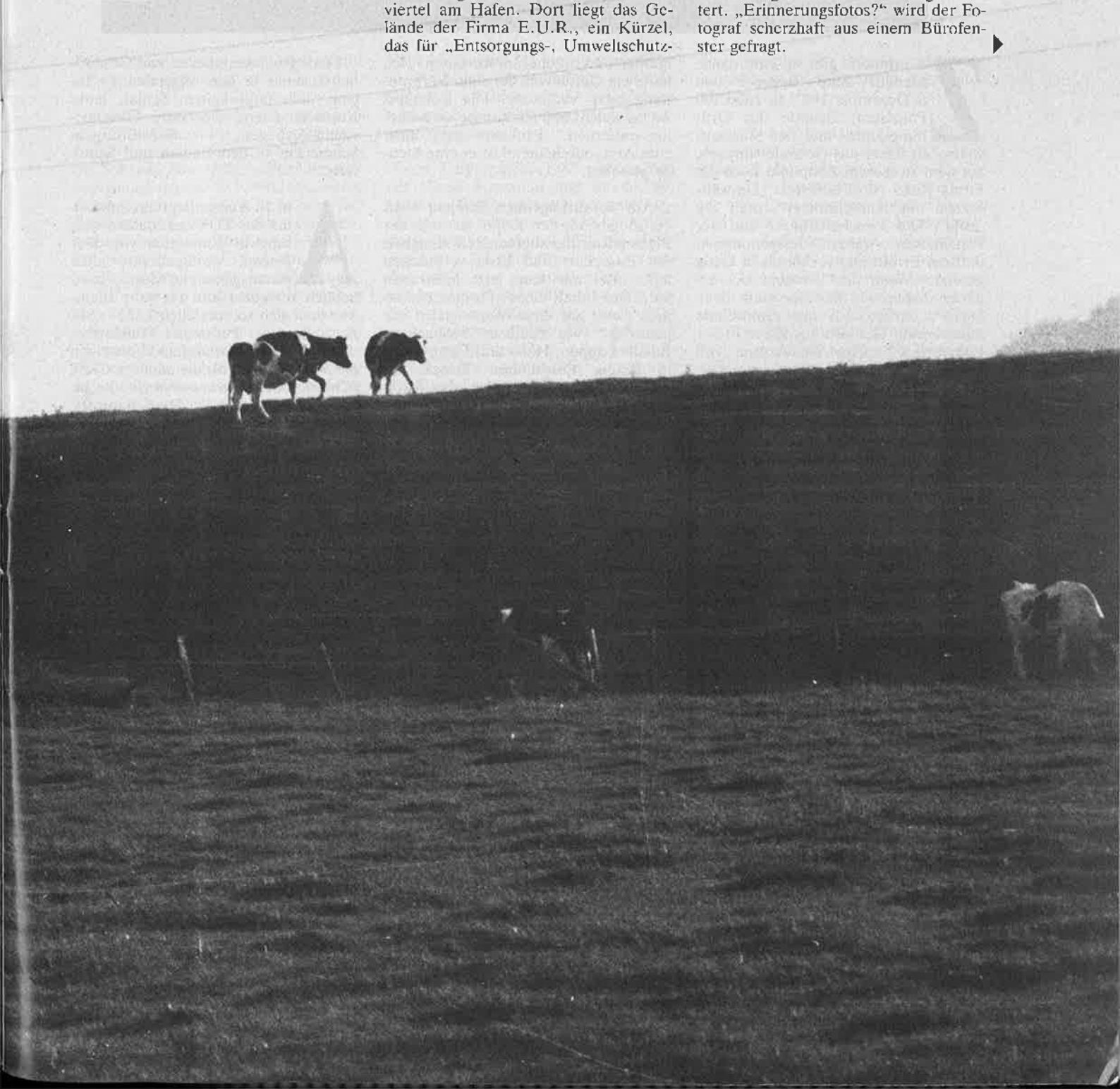




Foto: S. ym

Zu crinnern gibt es eine ganze Menge. Zum Beispiel den 8. Dezember 1987, als rund 100 Polizisten, Beamte des Ordnungsamtes und der Staatsanwaltschaft Kleve das Gelände stürmen, auf dem zu diesem Zeitpunkt noch die Firma Rako Altöl entsorgt. „Umwelt-Razzia mit Hubschrauber“, titelt die „Bild“. Der Geschäftsführer und der Platzmeister werden festgenommen und ein Ermittlungsverfahren in Gang gesetzt. „Wenn der Verdacht sich erhärtet, haben wir hier eine ganz dicke Sache“, äußert sich der ermittelnde Staatsanwalt Henssen aus Kleve in der Lokalpresse. „Eine Badewanne voll mit Akten ist mittlerweile zusammengekommen“, versichert er im Herbst 1989 gegenüber dg.

Zu crinnern ist auch ein Unfall am 10. Juli 1987, bei dem ein Tank mit „30 000 Litern eines Ölprodukts“ brach und „eine zähflüssige Masse aus(rat), die sich in Richtung Bahngleise ausbreite“, wie es im Abschlußbericht der Kriminalpolizei Kleve später heißen wird. Da der Tank bei Baumaßnahmen auf dem Firmengelände störte, war damals eine Baufirma beauftragt worden, ihn mit einem Kran anzuheben und zu versetzen.

Der Zeuge Franz Paulissen, Tankwagenfahrer bei Rako: „Fast der gesamte Inhalt des Tanks ergoß sich über das Firmengelände. Das war etwa gegen 14 Uhr. Ich bin sofort mit meinem Tankwagen zur Unglücksstelle gefahren und habe begonnen, die Flüssigkeit abzusaugen. Zwei Stunden, nachdem ich mit der Tätigkeit begonnen hatte, bekam ich Augenbrennen und Übelkeit. Ich hatte Schwindelgefühle, Brechreiz und Flimmern vor den Augen.“ Paulissen war mit einer kurzen Pause, in der er sich erbrechen mußte, bis ein Uhr nachts an den Aufräumarbeiten beteiligt. Am Abend habe er bemerkt, daß die Gummistiefel undicht gewesen oder geworden waren. Nach schlafloser Nacht sei er aufgestanden und habe entdeckt, daß die Zehnägel dick aufge-

quollen und rundherum rot waren. „Ich hatte ein Gefühl wie bei einer Verbrennung oder Verätzung. Die Zehnägel waren weich, und ich konnte sie mühselig entfernen.“ Paulissen geht nicht zum Arzt, anscheinend ist er eine Menge gewohnt.

Am darauffolgenden Montag sieht er, so gibt er der Kripo an, wie der Platzmeister die abgesaugte Flüssigkeit mit Bauschutt und Erde vermischen läßt. „Bei mir kam jetzt Mißtrauen auf“ Der Inhalt eines „Problemecontainers“ wird auf diese Weise gleich mit „entsorgt“, wie Paulissen beobachtet. Inhalt: Lappen, Holz- und Eisenstücke in festem Ölschlamm. Zweck der Übung ist es offensichtlich, das Altölgemisch so weit herunterzupantschen, daß es auf einer Hausmülldeponie untergebracht werden kann.

Übernommen wird die Sache von der Transportfirma Schagen, laut Polizeibericht „der mit Abstand größte Altöllieferant“ der Rako. Nötig ist jetzt noch eine sogenannte Fünf-Prozent-Bescheinigung von der Stadt Emmerich, aus der hervorgeht, daß das Erdreich nur einen Ölanteil von fünf Prozent hat und damit deponiefähig ist. Der Polizeibericht: „Entweder von E., (dem Platzverwalter) oder von der Fa. Schagen wurde am 13. 07. 1987 die Stadtverwaltung Emmerich, H.K. um die Ausstellung der o.a. 5 Prozent-Bescheinigung ersucht. Die Bescheinigung wurde am selben Tag für 60 m³ ausgestellt, ohne daß der tatsächliche Ölanteil festgestellt worden war.“ Der Beamte der Stadtverwaltung gibt immerhin beim TÜV Rheinland in Essen im Auftrag, eine Bodenprobe vom Unfallort zu begutachten.

Am 15. Juli werden durch die Firma Schagen insgesamt acht Container, 92,5 Tonnen vermischt Erde, zur Deponie der Abfallgemeinschaft Rheinland im nahegelegenen Hünxe transportiert. Weitere 83 Tonnen folgen zwei Tage später – ebenfalls mit dem Segen der Stadt.

Franz Paulissen über seinen Gesundheitszustand in den folgenden 14 Tagen: „Ich fand keinen Schlaf, hatte Kopfschmerzen, Übelkeit, Gleichgewichtsstörungen, Sehstörungen, Schmerzen in den Beinen und Schultern.“

Am 11. August liegt das Gutachten des TÜV der Stadtverwaltung in Emmerich vor. Der Boden, wohlgerichtet, nicht die ausgelaufene Masse, ist erheblich verseucht mit ungefähr allem, was man sich so vorstellen kann: „Mit Ausnahme der Parameter Trichlormethan und Tetrachlormethan übersteigen die Analysedaten für die anderen CKW (Chlorierte Kohlenwasserstoffe) die zulässigen Richtwerte . . . Die Schadstoffgehalte von Benzol, Toluol und o-, m-, p-Xylol sind ebenfalls in die Sanierungs-kategorie einzustufen.“ Dazu kommt, daß „insbesondere durch den sehr hohen Gehalt an Polycyclischen aromatischen Kohlenwasserstoffen sowie an Kohlenwasserstoffen ein erhebliches Gefährdungspotential“ vorliegt. Auch der hohe Phenol-Anteil führt zu dem Urteil: Sanierungskategorie. Den letzten Pfiff erhält die Suppe durch einen Massengehalt von technischem PCB (Polychlorierte Biphenyle) von 1352,5 Milligramm pro Kilo nach Laga. (Zur Bewertung siehe Kasten)

Die „Rako Ölverarbeitungs- und Handelsgesellschaft“, deren Gegenstand unter anderem der Handel mit Ölen und Fetten, die Wiederaufbereitung von Schmutzöl in Nutzöl war, verfügt zu diesem Zeitpunkt weder über eine Gemischung noch über die Möglichkeit, Altöl aufzubereiten, wie der Polizeibericht nach der Vernehmung des Platzmeisters und des Geschäftsführers feststellt. Und für Altöl mit einer Belastung von 1352,5 Milligramm PCB pro Kilogramm schon gar nicht. 20 Milligramm dürfen maximal in einem Kilo Altöl vorhanden sein, um es aufarbeiten zu können, hatte 1985 die Umweltministerkonferenz der Länder beschlossen. Altöle mit einem höheren



Der Tankwagenfahrer Franz Paulissen nach dem Unfall: „Zwei Stunden, nachdem ich begonnen hatte, das Ölgemisch in meinen Wagen aufzusaugen, bekam ich Augenbrennen und Übelkeit. Ich hatte Schwindel, Brechreiz und Flimmern vor den Augen.“ Am Abend konnte er seine Zehnägel ablösen

PCB-Gehalt müssen als Sonderabfall entsorgt werden.

Am 17. August, sechs Tage nachdem das TÜV-Gutachten der Stadtverwaltung Emmerich vorliegt, erhält die Firma Schagen eine weitere Fünf-Prozent Bescheinigung für 40 Kubikmeter Erdreich. Es soll sich, so die Einlassung des Beamten, um eine „Nachtragsbescheinigung“ für bereits ausgeliefertes Material gehandelt haben. Auch bei der Deponie in Hünxe macht man alle Augen zu. Obwohl die Probe des von Schagen angelieferten Materials eine durchschnittliche Belastung von 384 ppm PCB aufweist, sei man dort untätig geblieben. Erst nachdem Franz Paulissen sich an die Kripo gewandt habe, sei das Material freigelegt und mit einer Ton schicht überdeckt worden. Weiter heißt es dazu im Abschlußbericht der Kripo Kleve: „Nach Angaben der AGR besteht für die Deponie HÜNXE kein Grenzwert für die Ablagerung von PCB-haltigem Material.“ Mit dieser Erklärung gäbe sich die Kripo offensichtlich nicht zufrieden. In ihrem Bericht folgt nur einen Satz später die Aussage: „Der Regierungspräsident Düsseldorf schließt Abfälle mit den gemessenen PCB-Werten von der Deponierung aus.“

Ailles Material ist man noch nicht los geworden. Da ist noch der Wagen von Franz Paulissen, der am Ende des Unfalltags voll mit dem aufgesaugten Tankinhalt abgestellt wird. Da der Wagen gebraucht wird, kommt die Masse, nach Angaben des Platzmeisters etwa 10 000 Liter, in das Vorschaltbecken der Firma Rako. Dort wird sie aber nicht lange bleiben.

Franz Paulissen sucht mittlerweile, ein Monat ist seit dem Unfall vergangen, einen Arzt auf. Die Laborergebnisse liegen im Normalbereich. Der Arzt überweist Paulissen an das Unfallkrankenhaus Duisburg-Buchholz, wo er drei Tage zur Untersuchung bleibt.

Vom 19. August bis zum 9. November ist Paulissen arbeitsunfähig geschrieben: wegen Schwermetall- und Altölintoxikation mit Sehstörung und Zehennagelzerstörung.

Am 2. September 1987 werden von der Firma Stermann und Punde, ein Speditionsunternehmen, das unter anderem auch schweres Heizöl vertreibt, 28,08 Tonnen „Heizöl 'S'" bei Rako abgeholt. „Es handelte sich dabei um den Inhalt des Vorschaltbeckens, vermischt mit anderen Ölen,“ so der Bericht der Kripo Kleve. Bei der Durchsuchungsaktion findet sich auch eine Rechnung für den Deal. Ausgestellt am 7. September, heißt es dort: „Aufgrund der Qualitätsmängel der o.g. Lieferung entfällt die Rechnungsstellung“. Günstig soll dem Geschäftsführer der Rako vorgekommen sein, derartig hoch PCB-belastetes Material kostenlos entsorgen zu können.

Stermann habe gewußt, so die Aussage des Platzmeisters, daß das Material mit PCB belastet war. Und einlassen wollte sich die Firma offensichtlich nur auf das Geschäft, wenn es eine volle Fuhré gebe. Wurde der Masse aus dem Vorschaltbecken normales Altöl zugefügt?

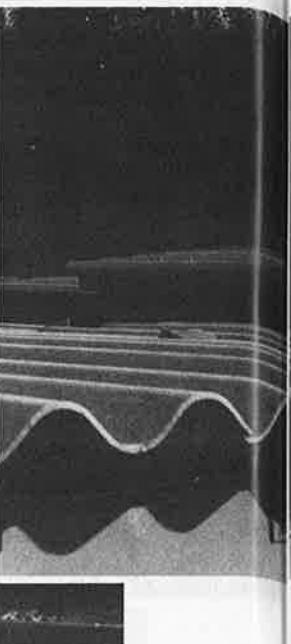
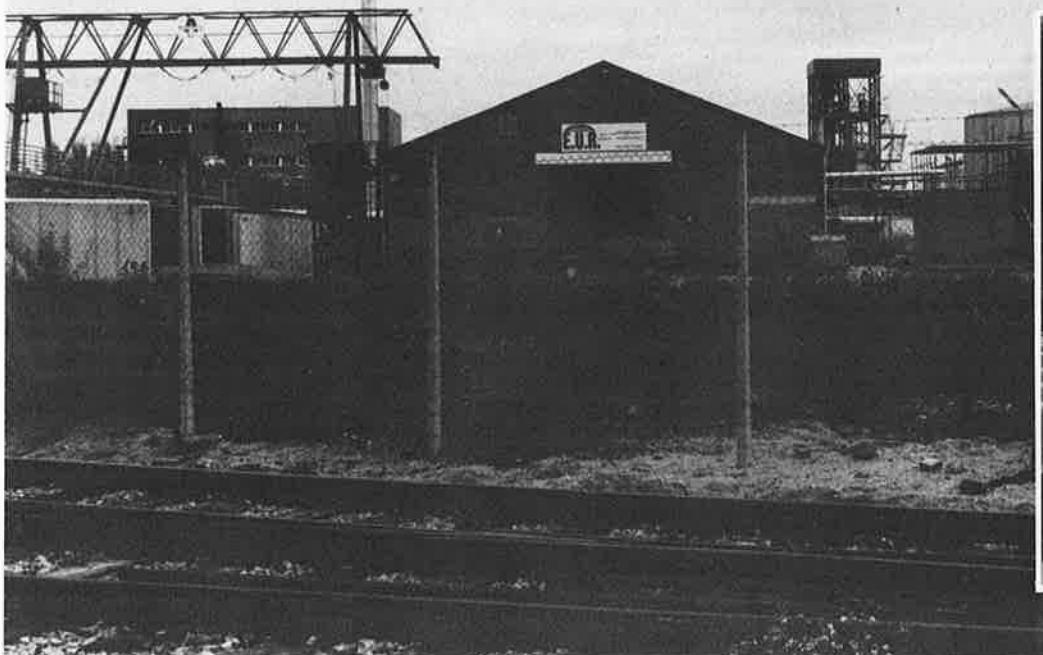
Die Kripo Kleve bezweifelt das, denn am selben Tag liefert die Firma Schagen 17,74 Tonnen Altöl bei Rako an. Eine Rückstellprobe wird später einen PCB-Anteil von 114 ppm ergeben. Es „drängte sich der Verdacht auf“, schreibt die Klever Kriminalpolizei in ihrem Bericht, „daß dem Inhalt des Vorschaltbeckens nicht Altöl aus den Hochtanks, sondern diese SCHAGEN-Lieferung beigemischt wurde. Auf diese Weise konnte die Fa. SCHAGEN in der hoch PCB-belasteten Fracht der RAKO ihr eigenes PCB-Öl verschwinden lassen. In jedem Falle wäre bei einer eventuellen Überprüfung die PCB-Belastung der Masse aus dem Tankunfall zugeschrieben worden.“ Die Rechnung der Polizei: Die Menge aus dem Vorschaltbecken plus

die Lieferung von Schagen entspreche in etwa der von Stermann abgeholten Menge.

Ein Geschäft macht aber nicht nur die Rako, die ihr „Heizöl 'S'" „verschenkt“. Der Abschlußbericht der Polizei Kleve beschreibt die weitere Odyssee der Lieferung wie folgt: Für den Abfall habe Stermann der Firma Beckmann, Zulieferer von aufbereitetem Altöl an die Firmen Hoesch und Klöckner, 115 Mark pro Tonne berechnet, die jetzt als „Heizöl E (Reduktionsöl)“ deklariert und zu Klöckner gefahren werden. Doch es habe Probleme gegeben. Gerade 780 Kilogramm habe man abladen können, danach seien die Siebe des Tanklagers verstopft gewesen. Und am folgenden Tag das gleiche: Nach 1300 Kilogramm ist Feierabend. Der Rest von 25,66 Tonnen sei schließlich im Tanklager der Firma Beckmann abgeladen worden. „Der weitere Verbleib ist nicht bekannt“, so die Kripo Kleve.

Solche Probleme hat es nicht immer gegeben, wie die Ermittlungen später ergeben werden. Der Abschlußbericht führt für das Jahr 1987 weitere 16 Fälle auf, in denen belastetes Altöl durch die Schornsteine der Firmen Klöckner und Hoesch nach ähnlichem Strickmuster „entsorgt“ worden sein soll. Bei der Verbrennung von PCB entstehen Dioxine und Furane. „Den Beteiligten war ... bekannt, daß bei den Stahlfirmen keine Überprüfung der Rückstellproben mit dem tatsächlich angelieferten Material stattfand. Es konnte somit problemlos unaufbereitetes Altöl angeliefert werden, ohne daß es aufgefallen wäre,“ beschreibt der Polizeibericht die Grundlage des Geschäfts. Die Rako-Rückstellproben, die die Staatsanwaltschaft im Lauf der Ermittlungen analysieren läßt, ergeben PCB-Werte zwischen 12,5 und 55 ppm.

Am 4. September liegt das fachärztliche Gutachten über Franz Paulissen von Dr. Gabor, dem Chefarzt der Innern Abteilung der berufsgenossen- ► dg¹⁷



schaftlichen Unfallklinik Duisburg-Buchholz vor. Es wird lediglich ein erhöhter Cholesterinwert festgestellt, der auch bei einer Nachuntersuchung durch Dr. Gabor über dem Normalwert liegt. Auf PCB wird nicht untersucht, obwohl Paulissen darauf gedrängt hatte.

Am 18. November reinigt Franz Paulissen den Tankwagen, weil Steine, die bei den Aufräumarbeiten in den Tank gelangt waren, den Absaugstutzen verstopft hatten. „Dabei bekam ich einige Wasserspritzer ins Gesicht. Drei Tage später traten an diesen Stellen rote Flecken auf.“ Er hat nun endgültig die Nase voll und geht zur Polizei. Seine Aussage führt schließlich zum Großeinsatz der Polizei am 8. Dezember. Die weiteren Ermittlungen werden noch eine Reihe von Fällen ergeben, in denen der dringende Tatverdacht der umweltgefährdenden Abfallbeseitigung besteht. Auf dem Gelände der Rako findet die Polizei vier Container vor, die mit Überresten des Tankunfalls gefüllt sind, in einem soll sich noch unvermischt Masse befinden.

Die Folgen des Tankunfalls spürt Franz Paulissen nach wie vor: Schmerzen an wechselnden Körperstellen, im Bereich der rechten Schulter, im rechten Arm, in der Nierengegend. Er fühlt sich müde und nicht mehr leistungsfähig, hat Schlafstörungen, leidet unter Konzentrationschwäche und innerer Unruhe. Paulissen wendet sich wegen der Anerkennung als Berufskrankheit an die Großhandels- und Lagerei-Berufsgenossenschaft in Essen. Am 22. Februar 1988 wird er von Professor G. Reichel, dem leitenden Arzt des Arbeitsmedizinischen Zentrums Bochum, untersucht. Festgestellt wird eine akute, jetzt wieder rückläufige Leberbelastung.

Eine Schädigung durch den Tankunfall schließt Professor Reichel „aufgrund der geringen Resorptionsfläche

und der kurzen Expositionszeiten“ aus. „Hiermit stimmt überein, daß die Konzentrationen der jetzt im Blut nachgewiesenen Schwermetalle im Normbereich lagen“, schreibt Reichel und generalisiert damit die Laborbefunde. Denn einen Ausreißer gibt es. Im Blut von Franz Paulissen werden 25 Mikrogramm Chrom pro Liter gemessen, als Normalwert gibt das Gutachten 4 Mikrogramm an. „Außerdem wurden weder bei der jetzigen Untersuchung noch in früheren Gutachten Krankheitsercheinungen oder Stoffwechselprodukte festgestellt, die auf eine chronische Vergiftung mit Schwermetallen, Benzol oder anderen Altölbestandteilen hindeuten“, schließt die Beurteilung. Ein Ergebnis, das kaum verwundert, denn wie auch „in früheren Gutachten“ wird auf PCB nicht untersucht.

Was der Gutachter Dr. Reichel als „uncharakteristische Beschwerden“ bei Franz Paulissen ausmacht, ist bereits 1983 in einem gemeinsamen Bericht von Bundesgesundheitsamt und Umweltbundesamt beschrieben. Als Folge eines PCB-Unfalls in Japan. „Dies führte bei den Betroffenen zu folgenden Symptomen: Müdigkeit, allgemeines Krankheitsgefühl (z.B. Kopfschmerzen, Leibscherzen, Taubheit und Schmerzen in den Extremitäten) ...“ Risiken durch additive Effekte mit anderen Organochlorverbindungen, ein karzinogenes Potential von PCB, Langzeitinflüsse auf das Nervensystem und eine Schädigung des Reproduktionsgeschehens nennt das BGA bereits 1983. Sie könnten aber noch nicht abgeschätzt werden. 1988 wird Franz Paulissen unter der Hand gesagt, daß er keine Kinder zeugen solle. Und seiner Frau: „Da kommt noch einiges auf Sie zu.“

Für Paulissen, der davon ausgeht, daß er auch auf PCB untersucht worden ist, verstreicht wertvolle Zeit. Erst am 20. Oktober, „nachdem ich mehrmals darum gebeten hatte und schließlich mit dem Gericht drohen mußte“, bekommt Paulissen das Ergebnis aus-

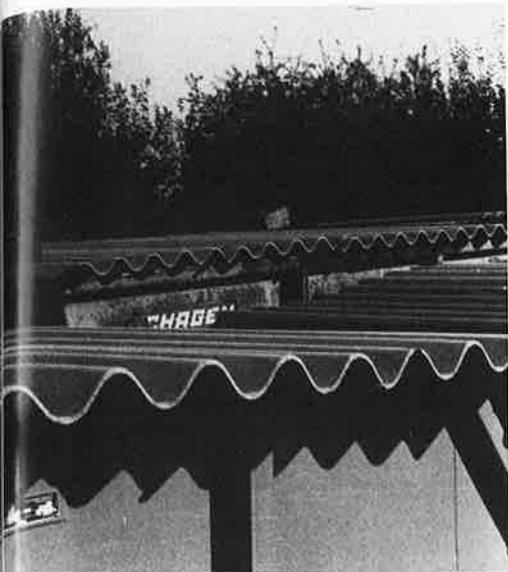
gehändigt: „Das Vorliegen einer Berufserkrankung im Sinne der BKVO oder von Unfallfolgen läßt sich nicht nachweisen.“

Die Beschwerden lassen nicht nach, im Gegenteil: Im November und Dezember bricht er auf seiner neuen Arbeitsstelle mehrfach zusammen. Der Hausarzt überweist ihn zu Dr. Johannmann, einem in der Szene der Holzschutzmittelgeschädigten bekannten

Polychlorierte Biphenyle ist die Sammelbezeichnung für insgesamt 209 verschiedene Isomere. PCBs sind außerordentlich beständige Verbindungen. Eine vollständige Verbrennung soll bei über 1000 Grad Celsius möglich sein, jedoch besagen neuere Untersuchungen, daß dabei, unabhängig von der Feuerungstemperatur, Dioxine und Furane entstehen. Technische PCBs können allerdings an sich schon Dioxine und Furane als Verunreinigung enthalten.

Weltweit wurden seit 1929, dem Beginn der kommerziellen Nutzung, über eine Million Tonnen PCB produziert, die bis Anfang der 70er Jahre in offenen und geschlossenen Systemen Verwendung fanden. Als Schmiermittel, Weichmacher, Papierbeschichtung, Imprägnier- und Flammenschutzmittel, in Kitten und Spachtelmasse; in Transformatoren, Kondensatoren und als Hydrauliköl in Bergwerken.

Erst nach einem Unfall in Yusho/Japan 1968, bei dem PCB und Dibenzofuran in Speiseöl gelangten, kam man auf die toxische Wirkung des Stoffes: Die Behörden wurden auf eine unerklärliche Häufung von Chloraknefällen



Noch immer stehen auf dem Gelände Container mit erdvermischten Giftöl, das bisher nicht entsorgt werden konnte. Sonst ist alles neu: Die Firma, der Boden, der sich mit dem Ölgemisch vollsaugte, die Gleise, auf die der Stoff lief

Neurologen. Der diagnostiziert: „Hirnorganische Leistungsminderung, Hörminderung beidseits, eine Mangelinnervation der Arme und Beine, und eine beginnende Polyneuropathie/Myelopathie“. Außerdem stellt er eine „Chlorakne“ im Gesichtsbereich fest. Dies mehr als ein Jahr nach dem Unfall.

Auch in den nächsten Monaten ändert sich nichts. Die Chlorakne tritt

immer dann wieder auf, wenn er sich anstrengt. Schließlich läßt er sich von seinem Hausarzt zu dem Münchner Toxikologen Max Daunderer überweisen. Der endlich veranlaßt auch eine Untersuchung des Bluts auf PCB. Die Diagnose vom Juni 1989: „PCB-Intoxikation, Hypercholesterin, Hyperlipid, Leberschädigung (Lösungsmittelintoxikation), Dringender Verdacht auf Dioxinvergiftung“. Daunderer schlägt dem Hausarzt vor, einen Dioxinnachweis

bei der Berufsgenossenschaft zu beantragen, eine Spekt-Analyse und eine T-Lymphozyten-Differenzierung zu veranlassen. Er sichert Paulissen auch zu, sich als Gutachter für ein eventuelles BG-Verfahren bereitzuhalten.

Jetzt, mehr als zwei Jahre nach dem Unfall, muß er den Nachweis für eine Schädigung erbringen, wenn seine Klage vor dem Sozialgericht gegen die Berufsgenossenschaft Erfolg haben soll. ▶

POLYCHLORIERTE BIPHENYLE

len aufmerksam. Bei anschließenden Analysen fand man rund 1000 ppm PCB im Öl und 5 ppm Dibenzofuran. Bis 1973 starben 22 von 1200 Yusho-Patienten, unter ihnen mehrere an Leber- und Magenkrebs. Neben Chlorakne stellten sich bei den Betroffenen folgende Krankheiten und Beschwerden ein: Mattigkeit, Kopfschmerzen, bronchitisartige Krankheiten, Taubheit und Schmerzen in den Extremitäten, Veränderungen des Menstruationszyklus, Neuropathien, Veränderungen biochemischer Parameter, Ödeme der Augenlider. Außerdem wurden geringere Geburtsgewichte, Wachstumsverzögerung sowie Hyperpigmentierung und Hyperlipidämien beobachtet. Die „International Agency for Cancer Research“ der Weltgesundheitsorganisation stuft PCB als kanzerogen ein. Das Bundesgesundheitsamt gesteht immerhin zu, daß einige PCB-Handelsprodukte „eine tumorpromovierende Wirkung“ haben.

1970 schränkte Bayer, der deutsche Hersteller von PCB, seine Produktion ein. In der Folgezeit wurden PCBs „nur“ noch in Kondensatoren, Transformatoren und im Bergbau verwendet. Sie sind derzeit die wichtigste

Quelle für PCB-Emissionen. Trotzdem sind dies genau die Anwendungsbereiche, für die das Verbot der Produktion und Verwendung von PCB vom 18. Juli 1989 nicht gilt.

Über den Untertagebau und die unsachgemäße Entsorgung gelangen nach wie vor enorme Mengen von PCB in Altöl. Zwar wurde 1979 mit der Novellierung des Altölgesetzes vorgeschrieben, daß PCB-haltige Öle getrennt zu beseitigen sind, doch erst 1984 wurde ein Grenzwert von 50 mg/kg festgelegt, ab dem Öl als PCB-haltig galt. Dieser Wert wurde Ende 1985 auf 20 mg/kg gesenkt.

Gemessen wird der PCB-Gehalt nach einer Empfehlung der „Länderarbeitsgemeinschaft Abfall“ (Laga). Sie hatte sich auf ein Analyseverfahren geeinigt, nach dem der Gehalt von PCBs zu bestimmen ist. Dannach werden sechs bestimmte Isomere analysiert und ihre Summe mit dem Faktor fünf multipliziert. Diese Zahl, der sogenannte Laga-Wert, ist also ein rein rechnerisches Ergebnis; den exakten Wert zu bestimmen, wäre wegen der hohen Anzahl der möglichen Isomere zu aufwendig.

Die getrennte Entsorgung von PCB-haltigen Ölen soll in Sondermüllverbrennungsanlagen, aber je nach Gehalt auch in Drehrohröfen der Zementindustrie, möglich sein. Gerade im Umfeld von Müllverbrennungsanlagen aber wurden in der letzten Zeit gefährlich hohe Dioxin-Emissionen gemessen.

Das Mitglied des Rates der Sachverständigen für Umweltfragen der Bundesregierung, Prof. H. Greim, gab im Januar dieses Jahres an, daß die derzeit 47 Müllverbrennungsanlagen in der Bundesrepublik etwa 400 Gramm Dioxin pro Jahr ausstoßen, ein Zehntel der Gesamtemissionen. Zum Vergleich: In Seveso wurden bei dem Unfall 1976 etwa zwei Kilo des 2,3,7,8-Tetrachlor-dibenzodioxin frei. PCBs oder ihre Verunreinigungen vor dem Verbrennungsprozess sind dabei natürlich nicht das einzige Problem. Bei der Verbrennung werden darüber hinaus anorganische Stoffe, die das Ausgangsprodukt enthielten und solche, die sich neu bilden, frei. In Frankfurt, der größten Müllverbrennungsanlage der Bundesrepublik, sollen dies nach Angaben des Bundes für Umwelt- und Naturschutz allein mehr als eine Tonne pro Jahr in Staubform sein.

Doch es ist weder eine Spect-Analyse gemacht worden, noch sind Dioxine und Furane im notwendigen Feinbereich gemessen worden.

Das ist keine schöne Geschichte. Wir haben noch immer Schmerzen davon", antwortet Dr. Wynia, Geschäftsführer der E.U.R., auf Fragen nach dem Ölunfall. Die "Schmerzen" sind verständlich, denn auf dem Namen „E.U.R.“ lastet eine Hypothek. Nachdem sich die Firma Rako 1986 in einem konkursreifen Zustand befand, wurde am 27. Oktober des Jahres die E.U.R. in das Handelsregister eingetragen. Gesellschafter waren der Rako-Ex-Geschäftsführer Reuchlin und der angeklagte Geschäftsführer. Zur Zeit des Unfalls war also alles ein Misch-Masch, Rako, E.U.R., Geschäftsführer der alten Firma, Gesellschafter der neuen Firma. Dr. Wynia hat mit all dem nichts zu tun, wie er glaubhaft versichert, denn mittlerweile hält ein niederländischer Konzern, der Maschinenhersteller Begemann, die Stimmenmehrheit in der Gesellschaft. Die „alten Geschichten“ mit Rako, die seien doch längst vorbei und interessierten niemanden mehr. Das, was seinem Vorgänger und dem Platzmeister vorgeworfen werde, das müsse erst einmal nachgewiesen werden. Er glaube das alles nicht, und außerdem sei ja auch noch nicht einmal bewiesen, daß PCB überhaupt so gesundheitsschädlich ist. Einen kleinen Schönheitsfchlker hat die Sache: Die Firma Schagen hängt nach wie vor im Geschäft mit der Ölschlammabfuhrbereitungsanlage mit drin.

Wynias Interesse ist offensichtlich: Der gute Ruf muß wieder hergestellt werden, und in die Schlammenschlacht um Rako will er nicht herangezogen werden. In die Geschäftslogik paßt auch, daß er den „Querulant“ Paulissen zwingen will aufzugeben: Nachdem sich nahezu alle Aussagen von Paulissen als stichfest erwiesen haben, reicht Wynias Klage vor dem Amtsgericht Kleve gegen ihn ein: Eine Bodenprobe, die das Ordnungsamt Emmerich nach Hinweisen von Paulissen auf Cyanid getestet hatte, lag knapp unter dem Grenzwert. „Es war eine Spiegelei von meiner Seite, damit er nicht mit uns machen kann, was er will“, meint Wynias. Das Gericht lehnt ab und begründet dies mit einem Schreiben des Oberkreisdirektors: Die Angaben von Paulissen hätten bisher „die Anhaltspunkte für weitere Verunreinigungen des Untergrunds derart verdichtet“, daß weitere Maßnahmen zur Gefahrenforschung hätten eingeleitet werden müssen.

Für gänzlich unvorstellbar hält Wynia, daß auf dem Firmengelände noch ein Container mit Schweröl ist, das 20.100 ppm PCB nach Laga enthält. Nein, das wäre dann ja richtiges Gift, meint er. Mit dem Gutachten konfron-

tiert, das die E.U.R. selbst in Auftrag gegeben hat, gerät er ins Schleudern. Ja, lacht er, das ist ein Referenzwert. Doch leider steht über der entsprechenden Spalte das Kürzel /1, in der Legende heißt es: „/1 Schweröl Container“. Dazu fällt ihm dann nur noch ein, daß das vielleicht ein Klumpen aus dem Container war. „Man kann aber nicht sagen, daß der ganze Container so viel hat.“

Daß die Reste, vermischt und unvermischt, überhaupt noch auf dem Gelände stehen, begründet Wynia mit dem hohen Anteil an Feststoffen, der nicht einfach zu verbrennen ist. In den nächsten Tagen aber werde endlich die Genehmigung des Regierungspräsidenten für die Altölaufbereitungsanlage erwartet, mit der Öl und Feststoffe in einem komplizierten mechanischen Verfahren voneinander getrennt werden können. Die Feststoffe sollen dann auf einer Sondermülldeponie gelagert, das PCB-haltige Öl bei der Firma Grillo in Duisburg verbrannt werden.

Das Regierungspräsidium bestätigt: „Die Genehmigung für die Aufbereitungsanlage steht kurz bevor.“

Aus einem von der Kripo beschlagnahmten internen Schreiben der Firma Schagen: „Das Altöl ist und bleibt eine Goldgrube. . . . so würde derjenige, der übrigbleibt, Herrscher im Altöl sein.“

Die Kriminalpolizei: Es „sind folgender Straftaten dringend tatverdächtig“: Der Geschäftsführer und der Platzmeister der Rako in 47 Fällen der umweltgefährdenden Abfallbeseitigung, in 1 Fall der fortgesetzten Verunreinigung eines Gewässers, in 1 Fall der Körperverletzung zum Nachteil Paulissen, in 1 Fall des versuchten unerlaubten Betreibens einer Anlage. Verantwortliche der Firma Schagen in 2 Fällen der umweltgefährdenden Abfallbeseitigung, in 5 Fällen des Betrugs. Der Leitende Mitarbeiter der Firma Sternemann und Punde in 17 Fällen der umweltgefährdenden Abfallbeseitigung. Die Verantwortlichen der Deponie Hünxe in 1 Fall der umweltgefährdenden Abfallbeseitigung. Der Leiter des Ordnungsamts der Stadt Kleve in 1 Fall der fahrlässigen umweltgefährdenden Abfallbeseitigung.

Oberstaatsanwalt Henssen: „Die Ermittlungen sind von unserer Seite abgeschlossen. Ich kann noch keine Auskunft darüber geben, ob Anklage erhoben wird, da sich die Anwälte der Beschuldigten noch äußern müssen.“

In der Unfallversicherungsstreitsache Franz Paulissen /1. Großhandels- und Lagerei-Berufsgenossenschaft stellt die BG beim Sozialgericht Duisburg den Antrag, die Klage von Franz Paulissen abzuweisen.

Ein alltäglicher Skandal. □

Anzeige

Forum Recht

Rechtspolitisches Magazin für Uni und soziale Bewegungen!

Erscheint vierteljährlich
Einzelheft:
3 Mark + 1 Mark Porto
Jahres-Abo: 14,50 Mark

Heft 4/89 **Schwerpunkt: Umweltrecht**

- **Zweischneidiges**
Schwert. Kein Umweltschutz durch Umweltstrafrecht
- **Betroffen, aber klaglos.**
Zum Rechtsschutzdefizit im Umweltrecht
- **Entsorgung durch Recht?** Juristische Probleme der Atommüllbeseitigung
- **Gentechnik.** Biol. Risiken als Neuland für den Gesetzgeber

Probe-Abo
(ohne Verlängerung):
2 Hefte für 5 Mark
Schein oder Scheck an:

RECHT & BILLIG
VERLAG
Falkstr. 13
4800 Bielefeld 1
Tel. (0521) 676 96



FINSTERE ZEITEN

Das Seminar fand statt in einem Hotel der gehobenen Spitzensklasse, die Herren Referenten waren smart und sicher gut bezahlt, die Herren Teilnehmer weniger smart, aber „niederlassungswillig“. Der Preis für das Seminar war eher symbolisch, dafür kostete die Tiefgarage 20 Mark, das Mittagessen war reichlich, und beim Wein wurden sogar die Teilnehmer gesprächig: „Ich hab' nichts gegen Ausländer. Das Sozialamt zahlt für die immer, bei Privatpatienten muß man mahnen und mahnen.“

Es ging bei diesem Seminar speziell um die Kunst der Niederlassung. Und um es gleich vorwegzunehmen: mit Medizin hatte all dies nichts zu tun. Stattdessen mit Betriebswirtschaftlichem Planungskonzept, Marketing in der Praxis, Einkauf von Patienten – „das Patientengut wird von der Bevölkerungsstruktur definiert“ – Tilgungsvereinbarungen, Steuervorteilen und -übergabe. Der medizinisch vorgebildete Laie mußte erstmal einige Hemmungen verlieren, um unbekannte Fachausdrücke nachzufragen. „Im Zins wird das Risiko der Bank abdiskontiert“, konnte man da mitschreiben. Verstehen Sie das? Ich nicht.

Zur Einleitung bekamen wir rund 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer – doch, auch einige Frauen waren dabei – die Prognose für das Arztgeschäft erzählt. Finster schaut's aus: mehr Ärzte, 100 000 bis zum Jahre 2000, dafür weniger Patienten, weniger Punkte, sogar die Kassen sparen, dann das geliebte Reformgesetz. Am Ende dieses Teils war ich kaum noch niederlassungswillig.

Wo also besteht Beratungsbedarf? Überall, und deshalb darf man sich ohne Finanzexperten auch nicht niederlassen. Es war ja schließlich auch eine Werbeveranstaltung für das „Wirtschaftsberatungsunternehmen für Ärzte“. Und die wollten die werten Teilnehmer schließlich unter Vertrag haben. Auch das ist finanziell günstig, weil man die Beratung wieder absetzen kann. Falls ich das richtig verstanden habe. Der durchschnittliche Überschuß eines Kassenarztes ist kaum noch gewachsen von 1984 bis 1986, pro Jahr nur noch 173 848 Mark, das sind vor Steuern nur noch 14 487 Mark pro Monat. Es wird also knapp. Und: „Der Umsatz läßt sich nicht beliebig ausweiten.“ Die fatale Folge ist, daß der Lebensstandard des Arztes noch weiter

sinkt. Das ist wieder schlecht für die Motivation des Arztes. Was wir brauchen, ist Motivationstraining und Marketing.

Vorher aber gab's noch zahlreiche wirklich wissenswerte Informationen zur eigentlichen Niederlassung, Praxisneugründung oder -übernahme, Finanzierungsmöglichkeiten, auch ein paar gute und vertretbare Steuertips. Zur Kooperation wußte der Referent: „Nachteilig ist die geringere Patientenbindung, die auch zu einer größeren Empfindlichkeit auf den Wettbewerb führt.“

Dann Mittagspause. Das Gespräch beim Essen wie gesagt drehte sich um Arztpraxen. Noch ein Zitat meines Gegenübers: „Natürlich ist das unattraktiv, so ein Arbeiterviertel. Aber man lebt ja schließlich nicht bei den Menschen, von denen man lebt. Haha.“

Danach wurde es spannend. Ein Quiz, wie wir verehrten Teilnehmer unsere Praxis planen würden. Wir schätzten die Quadratmeter pro Raum: 24 Quadratmeter für ein Sprechzimmer: Hahaha, da machen wir zwei draus, sehen in derselben Zeit doppelt so viele Patienten, verdoppeln die Scheinzahl. Ein Sprechzimmer ist doch kein Wohnzimmer. Überhaupt die Kleinwege in der Praxis. Stellen wir doch den Sessel woanders hin, sparen pro Stunde 20 Meter oder 17 Sekunden, auf ein Leben gerechnet schon fast ein Jahr extra Urlaub (oder so ähnlich). Aber auch wichtige Tips gab es, etwa zur Eignungsprüfung der Praxisräume. Schließlich erfuhren wir noch einiges über „Kostensteuerung bei der Architektur“, über Immobilien, Versicherungen, Bonität, Investitionsstruktur, schließlich auch über „Ertragsprognose“ und die „System-Sensibilität“. Aha, dachte ich, aber es ging wohl eher um Neuinvestitionen, wenn der Laden gut läuft, oder die Einstellung neuer Mitarbeiterinnen, wenn man es sich leisten kann.

Zweimal kam tatsächlich das Wort Medizin vor. Ich habe mitgeschrieben: „Welche medizinische Dienstleistung biete ich an? Welchen medizinischen Anspruch habe ich? Was kann ich damit am Markt erreichen?“ Mit dem Rat, doch bitte auf jeden Fall bei den Lebenshaltungskosten zu sparen, würden wir dann pünktlich entlassen. Ich habe viel gelernt an diesem Tag, vor allem eines: So sind sic. □



Foto: Linke 4

**Eins ist Peter Schröder
jetzt klar: Ohne Finanz-
experten darf man sich
nicht niederlassen.
Denn es schaut gar fin-
ster aus in den Arzt-
praxen**

NIEDERLASSUNG

Peter Schröder
ist Arzt für All-
gemeinmedizin

ROT-GRÜN IN BERLIN

„SACHZWANG“

Eigentlich standen die Chancen nicht schlecht für eine neue Gesundheitspolitik der rot-grünen Koalition in Berlin: ein eindeutiges Wahlergebnis, viele engagierte Beschäftigte, eine linksliberale Mehrheit in der Ärztekammer. Was hat Rot-Grün tatsächlich verändern können? Ernst Welters zieht eine Zwischenbilanz

B

ei der Analyse des für viele überraschenden Wahlaustrags im Januar in Westberlin stellten nicht wenige Meinungsforscher fest, daß die verfehlte Gesundheitspolitik des CDU/FDP-Senats mitentscheidend für das Wahlverhalten war. Dies ist sicherlich für alle diejenigen nachvollziehbar, die sich jahrelang mit der Gesundheitspolitik von Senator Fink und Bundesminister Blüm auscinandergesetzt hatten. Für alle anderen zur Erinnerung: Annähernd 200 000 Berli-



Die Zahl der Akutbetten soll auch unter Rot-Grün gesenkt werden. Um 1213 Betten mehr, als es der von vielen Beschäftigten bekämpfte Fink-Plan vorsah



Foto: Linie 4

nerinnen und Berliner beteiligten sich an Bürger- und Volksbegehren gegen den Krankenhausplan 1992. Vielfältige Aktionen fanden 1988/89 gegen den Pflegenotstand statt, ebenso gab es eine entschiedene Ablehnung gerade aus Gewerkschaftskreisen gegen das sogenannte Gesundheitsreformgesetz. Die Abwahl des CDU/FDP-Senats war somit auch ein Votum für eine andere Gesundheitspolitik. Folgerichtig war, daß viele Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen, viele Gewerkschaftlerinnen und Gewerkschafter eindeutig eine rot-grüne Koalition forderten und auch nicht mit Ratschlägen für die Formulierung einer anderen, einer neuen Gesundheitspolitik sparten.

Die Chancen, in Berlin eine andere, eine neue Gesundheitspolitik zu machen, sind nicht schlecht. Existiert doch neben der eindeutigen Wahlentscheidung, den vielen Ideen und Projekten, den engagierten Belegschaften in den Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen auch eine linksliberale Mehrheit in der Ärztekammer.

Die Ergebnisse der Koalitionsverhandlungen zwischen SPD und Alternative Liste zeigten dann eindeutig, daß die SPD, die mit Ingrid Stahmer die Gesundheits- (und Sozial-) Senatorin stellte, keineswegs bei ihrer Gesundheitspolitik von 1981 wieder anknüpfen wollte, sondern neue Akzente, neue Schwerpunkte zu setzen bereit war.

SPD und AL einigten sich auf ein gutes Programm, das weit über die Anhängerschaft beider Parteien hinaus Unterstützung fand. Es hatte folgende Schwerpunkte und Vorhaben:

- Prinzipielles Angehen der Krankheitsverhütung insbesondere durch verstärkten Umweltschutz,
- Aufbau bezirklicher Gesundheitszentren,
- Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung, die in einem Sozialstationsgesetz geregelt werden soll und auch kommunale Sozialstationen vorsieht,
- Aufbau einer geriatrischen Versorgungskette,
- Maßnahmen gegen den Pflegenotstand,
- Umwandlung des Krankenhausplans mit seiner Orientierung auf teure Hochleistungszentren auf einen Gesundheitsplan,
- wohngebietsnahe Psychiatrie,

- wirksame Gesundheitsberichterstattung,
- Überprüfung der Entscheidungen zur Universitätsmedizin und der weiteren Schließung städtischer Krankenhäuser,
- eine Gesetzesinitiative zum „Gesundheitsreformgesetz“;

Schneller als es sicherlich für ein Hineinfinden in die vielfältigen, noch von CDU und FDP auf den Weg gebrachten Projekte der Gesundheitspolitik mit all ihren Problemen dienlich war, mußte die neue Gesundheitsverwaltung und die Wissenschaftsverwaltung bereits Entscheidungen über das Kernvorhaben der CDU/FDP-Krankenhausplanung, nämlich die Verlagerung der Universitätsmedizin und die damit verbundene Entscheidung über die programmierte Schließung des städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhauses treffen. Für die Entscheidung Weiterbau oder Baustopp blieben auf Druck des Bonner Wissenschaftsrates (der dieses Projekt mit 450 Millionen Mark bezuschußt) gerade vier Wochen Zeit. Viel zu wenig, wie sich schnell zeigte, um gründlich prüfen zu können, viel zu wenig, um den Prinzipien rot-grüner Gesundheits- und Hochschulpolitik in diesem Projekt, oder durch Rücknahme dieses Projekts, Geltung zu verschaffen.

Bereits vier Wochen nach Verabschiedung des Koalitionsprogramms war die erste Wahlkampf- und Koalitionsaussage den „Sachzwängen“ geopfert. Und diese Sachzwänge waren der Druck aus Bonn, das Votum der Chefärzte in der Universitätsmedizin, der Ruf Westberlins als Universitätsstadt, sicherlich auch die Absprachen mit Plancern, Bauindustrie und Herstellern medizinischer Geräte. Ein weiterer Sachzwang bestand wohl darin, sich von den gleichen Verwaltungsleuten beraten lassen zu müssen, die schon unter dem alten Senat Entscheidungen vorbereitet hatten. Ein Problem, auf das wir noch öfter in diesem Artikel stoßen werden. Mit der Entscheidung weiterzubauen wurden dann aber Finanzzusagen in Höhe von 800 bis 1000 Millionen Mark bekräftigt, die anderswo Spielräume für neue Politik entscheidend eingeschränkt. Mit dieser Entscheidung wurden die Weichen gestellt: auf Hochleistungs- und Transplantationsmedizin. Und es wurde bei den Belegschaften der betroffenen Krankenhäuser direkt zu Beginn Vertrauen verloren.

Aber genauso muß festgehalten werden, daß der neue Senat neue Prinzipien der Betroffenenbeteiligung praktiziert, daß Kritiker, insbesondere aus dem Gewerkschaftsbereich hinzugezogen wurden, daß Ausschüsse installiert wurden, die den Betroffenen Beteiligung möglich machen, in denen auch die Weiterführung und Weiterentwicklung der Universitätsmedizin mit ihren Auswirkungen und Schwerpunkten erörtert werden. Dies sind neue Erfahrungen für Betriebs- und Personalräte,

Schon nach vier Wochen war die erste Wahlkampfaussage den Sachzwängen geopfert: dem Druck aus Bonn, dem Votum der Chefärzte, den Absprachen mit Planern und Industrie

für Beschäftigte und Gewerkschafter, und keine schlechten, wo doch bei der CDU in erster Linie die Chefärzte das Sagen hatten.

Genauso schnell wie in Sachen Hochschulmedizin mußte sich der rot-grüne Senat zur laufenden Auseinandersetzung über den Pflegenotstand äußern. Hier wollte die Gesundheitsverwaltung, und auch die Mehrheit des Gesundheitsausschusses, schnell ein positives Zeichen setzen. Sie beschlossen und verkündeten, unabhängig vom Ausgang der laufenden Tarifverhandlung, für die schwere Arbeit in der Geriatrie eine Zulage von 300 Mark zu zahlen. Doch auch hier wurde die Rechnung nicht mit dem Wirt, sprich mit den Sachzwängen der einheitlichen, bundesweit ausgehandelten Tarifverträge gemacht. Verkündete die Senatsverwaltung Gesundheit die Absicht zu zahlen, stellte die andere, eher zuständige für Inneres fest, daß dieses wegen der Tarifbindung nicht ginge. Ergebnis: Die Kolleginnen und Kollegen sind genauso enttäuscht von Rot-Grün wie vorher von Schwarz-Gelb. Mit Ankündigungspolitik sind weder Pflegenotstand noch Fluktuation in den Krankenhäusern zu stoppen. Jedenfalls steht die Einlösung der 300-Mark-Zulage bis heute noch aus, und in Gewerkschaftskreisen wird die Notwendigkeit ► dg 23

IDEEN GENUG

Ernst Welters sprach mit
Staatssekretärin Ursula Kleinert

neuer Kämpfe erörtert, um den Senat beim Wort zu nehmen.

Zu Beginn der Sommerferien legte die Senatsgesundheitsverwaltung dann die Weiterführung der Krankenhausplanung vor, und diese ist ein weiterer Beweis dafür, wie schwer sich der Senat mit einer neuen Gesundheitspolitik tut, wieviel Mühe er offensichtlich mit der Umsetzung der Koalitionsvereinbarung hat. Die geplante Bettenczahl wird nämlich mit der gleichen Methode errechnet, die auch unter CDU-Senator Fink angewendet wurde. Kein Wunder, denn es sind die gleichen Leute wie damals, die Senatsentscheidungen vorbereiten.

Mit Erschrecken muß festgestellt werden: Die Behauptung, daß die bisherige Gesundheitspolitik krank macht, ist nunmehr auch statistisch bewiesen. Während 1982 die Zahl der Erkrankungen in Verbindung mit einem Krankenhausaufenthalt in allen Disziplinen zusammen noch bei 188 pro 1000 Einwohner lag, stieg diese bis 1987 auf 210 pro 1000 Einwohner. Das heißt, durch den Finkschen Krankenhausplan und durch die Blümsche Gesundheitspolitik, aber auch durch eine Reihe bisher nicht bekannter Faktoren ist die Westberliner Bevölkerung um 11 Prozent kräcker geworden, und zwar so schwer, daß sie ein Krankenhaus aufsuchen mußte. Besonders gravierend sind die Zunahme der sogenannten Krankenhausthäufigkeit der 15- bis 60jährigen, also der berufstätigen Bevölkerung, in den Bereichen Innere Medizin, Urologic und Augen und die erheblich gestiegene Anzahl der chirurgischen Eingriffe bei Kindern.

Eine Untersuchung über die Ursachen der gestiegenen Krankenhausthäufigkeit enthalten die öffentlich zugänglichen Planteile nicht. Ebenso bemerkenswert wie die Krankenhausthäufigkeit ist die Verkürzung der Liegezeiten in den Krankenhäusern in nahezu allen Fachgebieten. Die Verkürzung der Liegezeiten ist sicherlich eine ökonomisch, aber auch menschlich sinnvolle Angelogenheit, wenn die Weiterführung der Pflege und die Rehabilitation qualifiziert gesichert sind. Hier bestehen aber ernsthafte Zweifel. Nach wie vor gibt es keine optimale Verzahnung von stationärer Versorgung und ambulanter Nachsorge. Es ist daher nicht auszuschließen, daß die gestiegene Krankenhausthäufigkeit mit der Verkürzung der Liegezeiten in Zusammenhang steht.

Ein „Drehtüreffekt“ ist bisher nicht Gegenstand der staatlichen Analyse. „Drehtüreffekt“ würde hier bedeuten, daß die Verkürzung der Liegezeiten zum sich ständig wiederholenden Krankenhausaufenthalt führt.

Die Verkürzung der Liegezeit ist aber auch eine Quelle des Pflegenotstands, denn immer mehr Patienten werden in immer kürzerer Zeit pflegerisch und diagnostisch betreut, wobei der Personalstand gleich bleibt. Die Arbeitsbelastung der Beschäftigten in den Krankenhäusern nimmt ständig zu, ja, macht selbst krank.

Um so bedenklicher wird dann, daß es gerade die Verkürzung der Liegezeiten ist, die bei (möglichlicherweise) ansteigender Krankenhausthäufigkeit die Senatsplaner zu folgender Empfehlung veranlaßt: Die Zahl der Akutbetten soll von 16 607 (Stand Dezember 1988) bis 1996 um 2911 gesenkt werden – um 1213 Betten über den von vielen Beschäftigten bekämpften Fink-Plan hinaus. Dies ist keine neue Gesundheitspolitik.

Parallel zur Teilstudie des Krankenhausplans legte die Senatsgesundheitsverwaltung den ersten Entwurf des Sozialstationsgesetzes vor. Positiv ist anzumerken, daß erstmals der Versuch gemacht wurde, Sozialstationen als flächendeckende Gesundheitseinrichtung erstens qualitativ in den Aufgaben festzuschreiben und zweitens dafür mit den erforderlichen Mitteln und dem entsprechenden Fachpersonal auszustatten. Nach dem neuen Entwurf des Sozialstationsgesetzes werden die Aufgaben nicht auf Hauskrankenpflege und Hauspflege beschränkt. Zusätzlich werden Aufgaben der Prävention, der Beratung und der psychischen Betreuung festgeschrieben.

Zu kurz greift der Gesetzesentwurf bei der vielfach angekündigten Verbindung der stationären und ambulanten Versorgung. Diese wird lediglich auf Beratungsfunktionen der Krankenhäuser über das Sozialstationsangebot reduziert. Ebenso fehlt die prinzipielle Entwicklung eines Netzes kommunaler Sozialstationen, diese werden lediglich als Lückenfüllung vorgesehen. Es fehlt in diesem Gesetzesentwurf (aber vielleicht ist dies für ein anderes Gesetzesvorhaben vorgesehen) die Konzeption und Aufgabenbeschreibung von Landes- und bezirklichen Gesundheitskonferenzen. Mittels derer könnte je-

Wie schwierig „Sachzwänge“ zu überwinden sind, wurde in einem Gespräch mit Staatssekretärin Ursula Kleinert deutlich. Eine Reihe von Entscheidungen, von denen die eingreifendste und am deutlichsten dem Koalitionsauftrag widersprechende die war, den Weiterbau der von Fink geplanten Universitätskliniken zu unterschreiben, war schon deshalb notwendig, weil die CDU eine Vielzahl von Absprachen getroffen und Verträge geschlossen hatte, die jede andere Lösung nur teurer gemacht hätten.

Auf die Fortschreibung des Finkschen Krankenhausplans durch den rot-grünen Senat angesprochen, kündigte Ursula Kleinert an, daß für 1991 eine Neufassung geplant sei, die auf externen Gutachten zur Morbidität – differenziert nach Alter und Regionen – basieren solle und erst nach breiter Erörterung beschlossen werden solle. Für 1990 würden einige modellhaft Ergänzungen zum bestehenden Krankenhausplan aufgenommen: Zwei zur Schließung vorgesehene kleinere Krankenhäuser würden in Modellstationen für stationäre und ambulante Versorgung unter Einschluß von Prophylaxe und der Einbeziehung ökologischer Faktoren umgewandelt. In vier Bezir-

denfalls der Bedarf an stationären und ambulanten Einrichtungen, einschließlich deren notwendiger Verzahnung, besser ermittelt und gesteuert werden.

Doch auch mit diesem Gesetzesentwurf müssen zwei Erfahrungen verarbeitet werden:

1. Der Senat, besser seine Vertreter und Vertreterinnen, stellen sich der Diskussion mit den Betroffenen, den Beschäftigten, den Gewerkschaftern, nehmen Kritik an und Vorschläge auf, so daß zu erwarten ist, daß der zweite Gesetzesentwurf, wenn schon nicht optimal, wesentlich besser wird.
2. Bereits solche kleinen Eingriffe in das ambulante Behandlungsmonopol der niedergelassenen Ärzte, wie durch den Entwurf des Sozialstationsgesetzes als auch durch diskutierte Modelle anderer ambulanter Einrichtungen, rufen die ärztlichen Standesorganisationen auf den Kampfplatz. Da werden Erinnerungen wach an die 50er Jahre, als durch Ärztestreiks der „Sündenfall“ der im „Osten konzipierten“ Polikliniken in Westberlin aus dem Gesundheitssystem wieder getilgt wurde. Aber heute sind andere Zeiten, und der qualifizierte Ausbau ambulanter Versorgung nötiger denn je.

Planmäßig wurden auch von der Gesundheitsverwaltung die Vorschläge zu einer Novellierung des Gesundheitsstrukturgesetzes entwickelt. Hier stellt aber in der Einleitung Gesundheitsministerin Stahmer bereits fest, daß die Novellierungsvorstellungen sich auf das Dringendste und derzeit Machbare kon-

ken sollten gemindenahe Geriatriezentren entstehen. Und zusätzlich soll auch die Universität einen Lehrstuhl für Geriatrie einrichten.

Ursula Kleinert wies darauf hin, daß die Krankenkassen jedes Modell ambulanter Versorgung nur dann mitfinanzieren würden, wenn man die Bettenzahl weiter reduziert. Der Streit zwischen Krankenkassenvertretern und Beschäftigten im Gesundheitswesen hat sich also auch unter Rot-Grün nicht aufgelöst.

Immer wieder kamen wir in unserem Gespräch auf die Sparpolitik der Kassen und Norbert Blüms Linie, die Besucher verdienenden aus der Solidargemeinschaft zu verabschieden. Doch eine Änderung der gesetzlichen Regelungen, etwa durch eine Novelle des Gesundheitsstrukturgesetzes, hält Kleinert derzeit einfach nicht für durchsetzbar.

Als die nächsten und auch machbaren Aufgaben nannte Ursula Kleinert die Novelle des Sozialstationengesetzes, das als Aufgabenstellung für die Stationen zusätzlich die Bereiche Rehabilitation und psychosoziale Betreuung vorschreibt. Allerdings sei zur Zeit noch

zentrieren. Dies sind Änderungen bei der Kostenerstattung bei Zahnersatz und Kieferorthopädie, bei der Übernahme von Fahrtkosten und den Zuzahlungen bei Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln und Krankenhausaufenthalt. Ferner geht es um eine Erhöhung des Sterbegelds auf 3500 Mark. Zusammengesetzt dringt der rot-grüne Senat auf eine Abmilderung der Selbstbeteiligung vor allem sozial Bedürftiger.

Eine Novelle, die die Profitrealisierung im Gesundheitswesen reduziert, die in breiter Form die Konzipierung einer ambulanten Versorgung ermöglicht, die Wirksamkeitskontrolle bei Pharmaka verlangt, die eine Orientierung auf Prophylaxe und Krankheitsverhinderung und eine Neuorganisation unseres Krankenkassensystems beinhaltet, wird derzeit offensichtlich vom rot-grünen Senat für in Bonn nicht durchsetzbar gehalten. Diese grundätzliche Neuorientierung, die allerdings auch so nicht Gegenstand der Koalitionsverhandlungen war, ist damit erst einmal vertagt. Vielleicht hofft man an der Urania aber auch auf rot-grün in Bonn.

Nicht durch die Gesundheitsverwaltung angestrebt, aber auch nicht von ihr unterbunden, ist nun ein neuer Konflikt in der Universitätsmedizin entstanden, der leicht strategische Bedeutung bekommen könnte. Leere Staatskassen diktieren der Freien Universität einen Haushalt, der im Bereich der Polikliniken eine um ein Vielfaches höhere Kostenerstattung von Kranken-

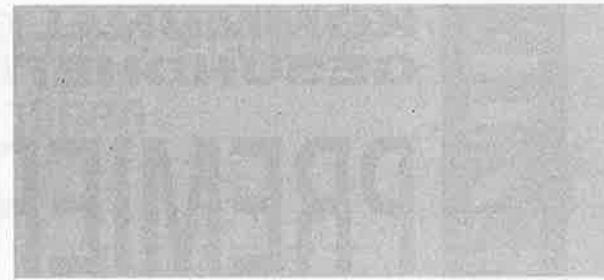
vorrangig, eine Finanzierungsregelung – 44 Mark pro Fall – durchzusetzen, die die Sozialstationen finanziell auf bessere Füße stellt. Dies müsse allerdings gegenüber den Kassen erst einmal durchgesetzt werden. Derzeit sei man in der Senatsgesundheitsverwaltung auch dabei, die Landesgesundheitskonferenzen, die durch bezirkliche ergänzt werden sollen, ins Leben zu rufen. Damit habe man dann endlich ein Planungsinstrument, das die vielfältigen Interessen im Gesundheitswesen zusammenbringe.

Für mich verdeutlichte das Gespräch drei Punkte: Erstens sind die Widersprüche, die in der Gesundheitsversorgung angelegt sind, durch einen Senatswechsel allein nicht zu lösen. Zweitens haben die Rot-Grünen Ideen genug, aber ob sie auch den Mut aufbringen, diese gegen Widerstände durchzusetzen, wird mit davon abhängen, wie viele fortschrittliche Menschen sich in der Gesundheitsversorgung engagieren. Und drittens: Wenn man sich die Summe der Vorhaben ansieht, kann jetzt nur eine vorläufige Bilanz gezogen werden. Ob die rot-grüne Koalition wirklich die beabsichtigte andere Gesundheitspolitik durchsetzt, muß wohl später beurteilt werden. □

kassen und Kassenärztlicher Vereinigung erzwingen soll. Ergebnis davon wird, so fürchten Experten, eine Reduzierung der poliklinischen Leistungen sein. Hier ist eindeutig zu kritisieren, daß die Finanzpolitik die Gesundheitspolitik diktiert.

Faßt man zusammen, so scheint die rot-grüne Gesundheitspolitik nach sieben Monaten ihres Bestehens nicht gerade erfolgreich zu sein. Eine objektive Betrachtung muß allerdings mitbeachten, daß in der Tat Sachzwänge manche positive und richtungsweisende Idee und manches Vorhaben zunichte macht. Es muß also mitbedacht und analysiert werden:

- daß Konturen einer neuen Gesundheitspolitik nicht in wenigen Wochen entworfen und umgesetzt werden können;
- daß zu einer Umorientierung natürlich Finanzen gehören, und hier sind die Haushaltsspielräume sowohl im Berliner Senat als auch bei den großen Pflichtkassen äußerst beschränkt;
- daß mit der Wahl eines rot-grünen Senats natürlich nicht die Bundesgesetze, wie etwa das Gesundheitsstrukturgesetz oder die Bundespflegegesetzverordnung oder die Finanzierungsgesetze außer Kraft gesetzt sind. Diese wirken, bis man die Mehrheit und den Mut hat, sic zu ändern;
- daß es sicher nicht gelingen kann, den Stab der Mitarbeiter, der jahrelang der CDU-Gesundheitspolitik zugearbeitet hat, unverzüglich auf eine neue Linie, auf neue Projekte und Ideen zu orientieren. Schlechtestes Beispiel ist



hier die Fortschreibung des Krankenhausplans mit der Finkschen Methode; – daß auch für denjenigen, der Neues will, die rechtsverbindlichen Vertragsgestaltungen, die der Vorgänger abgeschlossen hat, weiter gelten. Dies haben insbesondere die Kolleginnen und Kollegen des Moabiter Krankenhauses erfahren müssen, die darauf hofften, den Teil ihres Hauses, den Fink den Gemeinnützigen übergeben hatte, zurückzubekommen. Denkste, der Vertrag war vom CDU-Abgeordneten Finkelnburg auf 30 Jahre abgeschlossen.

– Ob dann die Vertretung solcher Rechtspositionen soweit gehen muß, daß Senatorin Stahmer den vielbekämpften Finkschen Krankenhausplan für die Krankenkassen bis auf weiteres garantiert, darüber sind sicher Zweifel erlaubt und notwendig.

Nun ist es nicht die Sache von Gewerkschaftern, von Krankenschwestern, Pflegern und Ärzten, abzuwarten, was beim Senat oder im Abgeordnetenhaus herauskommt, denn die ÖTV beispielsweise hat für den Personalwahlkampf, und nicht nur dafür, formuliert: Zukunft durch öffentliche Dienste. Dieser Slogan schließt die Gestaltung der Betriebe und damit auch das Krankenhaus ein. Eine Gestaltung, die im Falle von Krankenhäusern das ganze Gesundheitssystem umfassen muß, um nicht Hauptreparaturbetrieb zu bleiben. Deshalb hat die ÖTV ein kommunalpolitisches Gesundheitsprogramm formuliert, deren Eckpunkte auch die Forderungen des Abteilungsvorstands Krankenhäuser waren:

- Rücknahme des Krankenhausplans mit seinen Bettentnahmen;
- Maßnahmen gegen den Pflegenotstand;
- Rücknahme der Verlagerung der Universitätsmedizin mit der Auflösung eines städtischen Krankenhauses;
- Entwicklung einer Altersmedizin der Aktivierung und Reaktivierung,
- Modelle einer ambulanten öffentlichen Versorgung;
- Forschung und Maßnahmen zur Krankheitsverhinderung;
- Preiskontrolle im Gesundheitswesen;
- Novellierung des Gesundheitsstrukturgesetzes.

Mit diesem Programm wollen wir unsere Kolleginnen und Kollegen für den Kampf um eine andere, eine bessere Gesundheitspolitik gewinnen und den rot-grünen Senat unterstützen und fordern. □

Ernst Welters
Ist Gesamtpersonalrat an der
Freien Universität Berlin

KOMMUNALE GESUNDHEITSKONFERENZ

PREMIERE

Dezentralisierung der Gesundheitspolitik, Beteiligung der Betroffenen, hochgesteckte Ziele des AL/SPD-Senats, die im Koalitionsprogramm unter der Formel „Gesundheitskonferenz beschrieben sind. Auf Bezirksebene tagte im Oktober die erste in Berlin-Tiergarten

In den Koalitionsvereinbarungen hat der AL/SPD-Senat unter dem Motto „Umorientierung der Gesundheitspolitik“ sogenannte Gesundheitskonferenzen auf Landes- und Bezirksebene festgeschrieben. Die nicht näher definierten Veranstaltungen werden, so das Koalitionsprogramm, „die Informations-, Planungs- und Koordinationsgrundlagen für eine Gesundheitsberichterstattung und eine wirksame Gesundheitsplanung in Berlin grundlegend verbessern“. Ganz basisorientiert werden die Konferenzen „unter Einbeziehung aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligter sowie Betroffener-Organisationen eingerichtet“. Markige Worte aus der sogenannten KO-Vereinbarung, die jetzt der Umsetzung harren. Denn was auf dem Koalitionsumweltschutzzpapier steht ist eine, die realexistierende Politik eine andere Sache.

Der Bezirk Tiergarten mit seiner traditionellen Arbeiterstruktur gehört zu den drei Stadtteilen mit der schlechtesten Gesundheitssituation. Auf 1000 Lebendgeburten kommen zehn Säuglinge, die zwischen dem siebten Tag und dem ersten Lebensjahr sterben. Die TBC-Neuerkranktenrate liegt bei 60, bezogen auf 100 000 Einwohner. Der Anteil der Sozialhilfeempfänger beträgt über 15 Prozent.

Dieser Bezirk war der erste, der eine kommunalpolitische Gesundheitskonferenz am 13./14. Oktober durchführte. Es ging, obwohl das Bezirkliche Gesundheitsamt federführend war, um einen umfassenden Ansatz, den auch gleich die CDU und Teile der SPD nicht mittragen wollten, was im Vorfeld zu recht unproduktiven Konflikten führte. Trotzdem war die Konferenz

gut vorbereitet. Bezirkliche Gesundheitsplanung, Arbeit und Gesundheit, psychosoziale Versorgung, medizinische und pflegerische Betreuung alter Menschen, Umwelt und Gesundheit, waren nur einige Themen, die schon im Vorfeld von verschiedenen Verbänden, Organisationen, Gruppen und Einzelpersonen in Arbeitsgruppen vorbereitet wurden.

350 bis 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer fanden sich dann auf der Konferenz ein. Sie kamen aus Behörden, Initiativen, Unis, Hilfsorganisationen, Kirchen und Parteien. Nur die CDU nörgelte: „Alles AL-Klientel“. Auf Bezirksebene beschloß die Konferenz die Durchführung einer Geriatriekonferenz, die Einrichtung einer Stelle für eine Kinder- und Jugendbeauftragte und den Ausbau von alltagsnahen Hilfseinrichtungen für psychisch – und Suchtkranke. Überbezirkliche Anforderungen wurden in der Frage der Verringerung von Umweltgiften, der Förderung des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz und in der flächendeckenden Einführung von Tempo 30 entwickelt. Schließlich forderte die Konferenz, daß eine kommunale Gesundheitsberichterstattung entwickelt werden soll, die als Grundlage für eine Gesundheitsplanung dienen soll.

Neue Allheilmittel wurden nicht vorgestellt, und genügend Ideen gibt es schon lange in den Schubladen fortgeschrittlicher Gesundheitspolitiker. Das Neue, und darin liegt zugleich der Modellcharakter der Konferenz, war der intensive Austausch der verschiedenen Interessen und Gruppen – und zwar auf unterer, nicht zentraler Ebene.

Woran es bei der Umsetzung der Ergebnisse der Gesundheitskonferenz noch hapert, ist die fehlende Kompetenz und Akzeptanz. Eine ausreichende Kompetenz ist erst dann sichergestellt, wenn Forderungen der Bezirklichen und Berlin-weiten Konferenzen auch offizielle Senatspolitik werden und entsprechende Haushaltsmittel zur Verfügung stehen. Wer die bisherige Bereitschaft zum Umdenken (nicht nur) in gesundheitspolitischen Fragen des Senats kennt, weiß, daß dies sicher kein leichter Weg sein wird. Eine breitere Akzeptanz einer solchen neuen Politik setzt voraus, daß Gesundheitspolitik nicht mehr nur als Krankenversorgungsproblem gesehen wird. Eine alte Forderung, die immer noch auf die Umsetzung wartet. □

Michael Janßen
Ist Kranken-
gymnast und
für die AL in der
Bezirksverord-
netenversamm-
lung in Berlin-
Tiergarten.

Gesundheitsförderung in der Kommune – Plädoyer für ein gemeinsames Vorgehen

von Ute Canaris

Es geht um kommunale Gesundheitsförderung. Was ist das eigentlich? Die Urheberschaft für diese Idee kann wohl die Weltgesundheitsorganisation beanspruchen, die ein weltweites Programm zur Gesundheitsförderung vorgelegt hat. Gesundheitsförderung meint danach ein alle Lebensbereiche umfassendes soziales und politisches Handlungskonzept, also mehr als medizinische Versorgung, das den Menschen mehr, bessere und gleichere Gesundheitschancen eröffnet.

Angesichts der globalen Probleme, die unser Leben und unsere Gesundheit bedrohen – Stichworte sind Tschernobyl, Ozonloch, Vergiftung der Meere –, scheint es auf den ersten Blick verwunderlich, daß eine Weltgesundheitsorganisation als Ort, in dem Gesundheitsförderung und gesundes Leben am besten verwirklicht werden kann, gerade die Kommune in den Blick nimmt. Sogar ein Gesunde-Städte-Projekt hat sie aufgelegt, in dem inzwischen allein in Europa 24 Städte mitarbeiten. Warum tut sie das?

Zunächst einmal folgt sie damit einem allgemeinen politischen Trend, der mit dem Motto griffig beschrieben wird: „Global denken – lokal handeln“. Was heißt das? Zum einen: das St.-Florian-Prinzip zu bekämpfen, das Abschieben von Verantwortlichkeit und Notwendigkeit zum Handeln auf andere: die da oben, oder warum ich, oder wir sind doch nicht schuld usw. Weltweite Bedrohungen werden eben auch inzwischen zu Hause erfahren, schon beim Einkaufen von Lebensmitteln. Wege zum Umgang mit Bedrohendem, Möglichkeiten, einen eigenen Beitrag zu ihrer Begrenzung zu leisten und Widerstand gegen ihre Vergrößerung zu entwickeln, das kann und muß auch vor Ort geschehen.

Das heißt zum anderen aber auch, immer weiter um sich greifende Gefühle von Resignation und Ohnmacht zu bekämpfen durch die Botschaft: Bürger, mischt Euch selbst ein, denn es geht um Euer Leben und Eure Gesundheit und, an die Adresse der Politiker und Experten gerichtet: Macht Gesundheit zu einer Lebensfrage für Eure Arbeit, und läßt Euch mehr ein auf die Erwartungen, Wünsche und Vorschläge der Bürger!

Für die Stadt, die Region als besonders vielversprechendem Ort für Gesundheitsförderung sprechen also folgende Voraussetzungen:

- Die Gesundheit aller Bürger wird unmittelbar von den Umwelt-, Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Gemeinde beeinflußt,
- auch die sozialen und kulturellen Bedingungen einer Kommune/einer Region prägen Gesundheitsverhalten und Krankheitschancen ihrer Bürger ganz entscheidend, ganz besonders übrigens ein Gesundheitsförderungsprogramm, das von den Menschen angenommen werden muß,
- auf kommunaler bzw. regionaler Ebene ist in aller Regel ein umfassendes, differenziertes und doch überschaubares Angebot von Gesundheitsleistungen und -diensten vorhanden, die für eine kommunale Gesundheitsförderung noch nicht optimal genutzt werden, weil sie zu unverbunden nebeneinanderher arbeiten,

Packt man nun solch eine Aufgabe an wie kommunale Gesundheitsförderung, so kann man das sicher sehr perfekt machen. Gesunde Städte der WHO zum Beispiel, wie bei uns Bremen, Düsseldorf und München, haben sich zu folgendem verpflichtet:

- Der Entwicklung eines kommunalen umfassenden Gesundheitsplanes und seiner Umsetzung,

In Herne, NRW, fand am 23. August auf Initiative des Gesundheitsamts die 1. Herner Gesundheitskonferenz zur „Gesundheitsförderung“ statt. Wir dokumentieren den Beitrag von Ute Canaris, der ehemaligen Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

- der Bereitstellung von Geldern dafür und Durchführung von Modellprojekten,
- der Einrichtung eines kommunalpolitischen Ausschusses „Gesunde Stadt“, der Ernennung von Bürgerbeauftragten für Gesundheit und der gezielten Organisation und Unterstützung einer öffentlichen Diskussion über Gesundheit.

Angesichts dieser sehr anspruchsvollen Vorstellungen wird mancher Kommunalpolitiker jetzt sicher sagen: „Das kostet doch alles viel zuviel Geld, und das ist bei der bestehenden Finanznot unserer Stadt nicht möglich.“ Im Verständnis der Stadtoberen sind Ausgaben für Gesundheit in erster Linie konsumtive Ausgaben, so etwas wie verlorene Zuschüsse, von denen das Stadtsäckel nicht profitiert, da damit erzielte Erfolge in erster Linie den Krankenkassen und in zweiter Linie vielleicht den Versicherten zugute kommen. Abgesehen davon, daß die Verringerung von Arbeitsunfähigkeitstagen bei Beschäftigten von Verwaltungen und öffentlichen Diensten bereits einen erheblichen Spareffekt brächte, steht auch aus Analysen über die Attraktivität von Standorten für neue Industrieanstaltungen fest, daß zunehmend Umwelt- und Gesundheitsbelastungen der Region wie auch die Intensität, mit der diese bearbeitet und behoben werden, einen Einfluß auf Standortentscheidungen haben, ähnlich wie vor zehn Jahren die kulturellen Angebote, vor 20 Jahren die Bildungsinfrastruktur. Damit hat der Einsatz für mehr Gesundheitsschutz und weniger Gesundheitsschäden auch einen unmittelbaren beschäftigungs- und damit auch finanziell-politischen Effekt für die Zukunft einer Kommune/Region. Gesundheitsförderung ist eine Investition in die Zukunft. Man muß sie nicht so umfassend und perfektionistisch angehen, wie das die WHO verlangt. Andere Städte und Kreise haben auch ohne das angefangen, indem sie, in der Regel die Gesundheitsämter, die anderen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten oder an Gesundheitsförderung Interessierten zu einem Erfahrungsaustausch eingeladen haben, mit ihnen sogenannte Gesundheitstage oder Gesundheitswochen veranstaltet haben, mit ihnen regelmäßiger Kontakte gepflegt haben und dadurch allmählich eine Kooperation stabilisiert haben. In Unna ist so die Gesundheitsarbeitsgemeinschaft über die Volks hochschule entstanden, in Köln ist ein Gesundheitsforum im Aufbau. Auch in Gesetzen und Richtlinien bzw. Satzungen von Kassen verankerte Pflichtarbeitsgemeinschaften zur Koordinierung bestimmter Versorgungsaufgaben, wie zum Beispiel psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

zur psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung und die Arbeitsgemeinschaften zur Zahnprophylaxe, stellen Ansätze zur Kooperation dar, die durchaus ausgebaut werden können.

Kooperation ist aber im gesamten Gesundheitsversorgungssystem eine neue und ungewohnte Arbeitsform. Ähnlich wie im kurativen und rehabilitativen Sektor gibt es daher auch im Bereich der Prävention ein breit gefächertes Angebot an Leistungen ganz unterschiedlicher Anbieter, die eine riesige Palette gleichartiger und unterschiedlicher Leistungen aufweisen. Da offensichtlich nach wie vor eine starke Nachfrage von Seiten der Bürger besteht, werden die Angebote sogar noch weiter ausgebaut und teilweise bereits privatwirtschaftlich organisiert (zum Beispiel Weight Watchers). Darüber hinaus wird Gesundheitsförderung offenbar als ein gutes Instrument der öffentlichen Selbstdarstellung, der Imagepflege von Einrichtungen benutzt. So entsteht fast überall ein kaum noch überschaubares Wirrwarr an Kursen, Beratungen, Informationen, Aktionen, deren Qualität und Wirksamkeit bislang kaum einer Kontrolle unterliegen.

Für die Gesundheitsförderung auf diesem Gebiet, die sich also auf die Beeinflussung des Individualverhaltens einstellt, stellt sich also daher heute eigentlich weniger die Frage, ob nun noch zusätzliche Initiativen entfaltet werden sollen, als vielmehr die vorhandenen aufzuspüren, in einen Erfahrungsaustausch zu bringen, Aktivitäten abzustimmen und zu koordinieren und zu kooperieren, das heißt, es bedarf einer Infrastruktur der Gesundheitsförderung.

In einer Landschaft, in der Wettbewerb und Konkurrenz Leitbegriffe sind, die zum Beispiel den Kassen sogar gesetzlich vorgeschrieben werden, ist der Gedanke der Kooperation zunächst fremd. Von vielen wird er sicher auch als störend empfunden, da sie befürchten, daß einem jemand anderes in die Karten gucken kann und dieses im Konkurrenzgeschäft gegen einen ausspielt. Ziele, Interessen, Richtungen und Praxis der einzelnen Akteure in der lokalen Gesundheitsversorgung sind bei weitem nicht identisch. Das trifft eben auch für die Gesundheitsförderung zu. Daher ist es gut, zunächst einmal von bestehenden Interessengegensätzen auszugehen, um nicht zu große Enttäuschungen zu erleben. Was einem dabei passieren kann, soll anhand einiger Beispiele illustriert werden:

1. Bei der Gesundheitsförderung im Bereich der Zahnprophylaxe: Wollen die RVO-Kassen zum Beispiel einen Vertrag mit dem jugendzahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes für die Prophylaxe im Kindergarten abschließen, machen die Ersatzkassen nicht mit, weil sie diese Aufgabe lieber den niedergelassenen Zahnärzten übertragen wollen. Ein gemeinsamer Vertrag kommt nicht zustande. Dann gibt es wieder Gesundheitsämter, die lehnen die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, zum Beispiel Zahnbürsten, Zahnpflegebecher und anderes Material finanziert zu bekommen, nur deshalb ab, weil die Kassen dabei ihren Namen aufdrucken wollen und sie nicht Werbung machen wollen. So kommt eine Zusammenarbeit nicht zustande.

2. Im Bereich Ernährungsberatung: Kurse nach BZGA-Muster, nach den Vorschlägen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, nach denen von Herrn Bruker und anderen Health-Aposteln unterschiedlicher Couleur, nach dem Programm der Weight Watchers, Dr. Oetker und anderen Lebens-

mittelindustrien laufen völlig unkoordiniert nebeneinander her, obwohl sie sich teilweise konzeptionell total widersprechen. Wo soll ein Internist zum Beispiel einem übergewichtigen Patienten hinvermitteln? Woher weiß er, welches der richtige Kurs ist? Was macht er, wenn die Kasse gerade den nicht bezahlt, weil der ja vielleicht von einer Konkurrenzkasse angeboten wird. Soll er nicht lieber selbst einen einrichten, weil Geld dafür gibt es ja nach dem neuen Paragraphen 20 des GRG.

3. Gibt es aufgrund von neuen Bestimmungen, Modellprogrammen oder Forschungsvorhaben Gelder und Zuschüsse, laufen alle Gruppen und Verbände hinter demselben Geld her. Ein Bedarf ist ggf. schnell nachzuweisen oder auch zu wecken, da Großkonzerne wie Wohlfahrtsverbände über genügend Klientenzahlen verfügen, denen sie das neue Angebot zugute kommen lassen wollen, ohne zum Beispiel andere aufgeben zu wollen. Es kann so zu erheblichen Überangeboten in einem Bereich und Defiziten in anderen Teilen kommen, weil Überprüfungsmöglichkeiten kaum gegeben sind und ein neutraler Koordinator vor Ort nicht da ist. Daß dieser vonnöten ist, zeigt das positive Beispiel des Koordinators im Modellprogramm Psychiatre.

4. Außer dem eben beschriebenen Interessenpartikularismus gibt es aber auch inhaltliche Divergenzen zwischen einzelnen Anbietergruppen von Gesundheitsförderung, zum Beispiel zwischen Selbsthilfegruppen und Ärzten, zwischen Ärzten und Heilpraktikern, zwischen Psychologen und Ärzten, zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, zwischen Wohlfahrtsverbänden und Selbsthilfegruppen, Gesundheitsamt und Bürgerinitiativen.

Und selbst wenn alle diese Hindernisse beiseite geräumt würden, gibt es Fälle, wo satzungsgemäß oder vom Gesetz her Kooperation verwehrt wird. Selbst wenn man etwas gemeinsam machen will, kann es zum Beispiel nicht aus einem dafür zu bildenden gemeinsamen Topf finanziert werden.

Typisches Beispiel ist die gemeindennahe psychiatrische Versorgung, die häufig bereits kooperativ und koordiniert geplant wird, deren Realisierung aus einem Guß aber daran scheitert, daß es im Regelfall drei bis vier Finanztöpfe sind, die zusammengeführt werden müssen, wobei nicht nur zwischen ambulanten und stationären Anteilen getrennt wird, sondern auch nach präventiven und rehabilitativen, deren scharfe Trennung und Abgrenzung ja gerade durch die Psychiatriereform zu überwinden versucht wurde.

Gerade, wenn Gesundheitsförderung als integrierter Bestandteil einer ganzheitlichen Sicht auf die Gesundheit des Menschen gesehen wird und eben auch nicht nur gesunden, sondern auch chronisch kranken und behinderten Menschen zugute kommen soll, wird es in der Durchführung und Finanzierung kooperativer Maßnahmen sicher Probleme geben. Geradezu als sensationell kann man in dieser Situation den gesetzlich vorgeschriebenen Kooperationsauftrag für die Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung bezeichnen. Welche Schwierigkeiten die Krankenkassen mit diesem Auftrag haben, wurde auf Kongressen der jüngsten Vergangenheit deutlich.

Eine von mir gerade durchgeführte qualitative Beurteilung über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen hat denn auch

ergeben, daß das stärkste Interesse an der Kooperation mit anderen Anbietern von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei den Gesundheitsämtern liegt, und deshalb ist es auch nicht zufällig, daß der Veranstalter dieser Konferenz eben auch das Gesundheitsamt ist.

Es wird also darauf ankommen, die Attraktivität der Kooperation für die anderen überzeugend darzulegen, denn es ist meine feste Überzeugung, daß sie nur gelingt, wenn alle Beteiligten nicht nur einen Sinn darin sehen, sondern auch für ihre eigene Arbeit daraus Vorteile ziehen können, und wenn gemeinsame Maßnahmen nach Möglichkeit einvernehmlich verabredet werden und nicht zum Beispiel über die Macht der Kommunalpolitik oder das Geld der Kassen mehr oder weniger erzwungen werden.

Dennoch plädiere ich entschieden für einen kommunalen Rahmenplan in der Gesundheitsförderung, nicht als umfassende Vorabkonzeption, sondern als Arbeitsgrundlage, die es durch die praktische Arbeit zu überprüfen, ggf. zu revidieren und weiterzuentwickeln gilt.

Als wichtigstes Hilfsinstrument für einen solchen Rahmenplan wird in der gesundheitswissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussion heute die kommunale Epidemiologie gesehen. Ellis Huber drückt das so aus: „Ein kommunales System der Gesundheitsförderung braucht also ein soziales „Fieberthermometer“ oder eine sozialepidemiologische Gesundheitsberichterstattung, die kontinuierlich und für die kommunale Diskussion wirksam eine Analyse der vorhandenen Gesundheits- und Krankheitsprobleme leistet.“ Er schlägt dafür vor, schon vorhandene

Unser Bücher zum Thema:

Claasen

Ich, die Steri

Autobiographischer Bericht einer Zwangssterilisierten

Roer / Henkel:

Psychiatrie im Faschismus

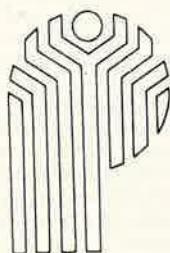
Dörner u.a.:

Der Krieg gegen die Psychisch Kranken

Finzen:

Auf dem Dienstweg

Die Verstrickung einer Anstalt in die Tötung psychisch Kranker



Psychiatrie-Verlag, Celsiusstraße 112, 5300 Bonn 1

Gesamtverzeichnis?
Bitte anfordern!

Absender:

Name, Vorname

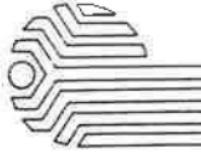
Straße, Nr.

PLZ, Ort

Bitte schick mir die
folgenden Hefte zu:

**Karte in Briefumschlag stecken,
Verrechnungsscheck oder Brief-
marken beilegen, an die
dg-Redaktion, Kölnstraße 198,
5300 Bonn schicken, und die
gewünschten Hefte kommen
postwendend!**

**Psychiatrie-Verlag:
Viel mehr als
„Irren ist menschlich“!**



dg ALT

**Liebe dg-Sammlerinnen und -Sammler,
liebe Archivfreaks, liebe Liebhaberinnen
und Liebhaber!**

Wem noch alte Hefte fehlen: Wir bieten noch einmal die Gelegenheit, die Bestände zu ergänzen.

Einige Ausgaben sind rar geworden. Deshalb berechnen wir für die Ausgaben 1/79 bis 1/85, 4/85, 6/85 und 10/85 ein Trennungsschmerzensgeld von 10 DM pro Heft.

Alle anderen Hefte sind für 3 Mark erhältlich (nicht mehr lieferbar sind 3/80, 6/83, 3/85, 5/85, 11/85 und 6/87).

Für Porto und Verpackung berechnen wir pro Sendung 3 Mark.

Ihre dg-Redaktion



Psychiatrie-Verlag gGmbH
Celsiusstraße 112
Postfach 2145

5300 Bonn 1

Hier soll's hingehen:

Name: _____
Straße: _____
Ort: _____

Schickt mir bitte Euer Gesamtverzeichnis kostenlos zu!
 Ich bestelle gleich folgende Bücher mit (Rechnung folgt mit Lieferung).

Datum: _____
Unterschrift: _____

NEU??

**Ich bin an dem geplanten Nachfolgeprojekt der
dg-Redaktion interessiert:**

- Ich möchte über die weitere Entwicklung
regelmäßig informiert werden.
- Ich möchte mich an der Arbeit für das
Projekt beteiligen.
- Ich möchte das neue Projekt durch

unterstützen.

Name

Straße

PLZ, Ort

Postkarte

**Gerd J. Holtzmeyer
Verlag**

Weizenbleek 77

3300 Braunschweig

60 Pf.
Marke

Bitte mit
60 Pf.
frankieren

POSTKARTE

An die
dg-Redaktion
Kölnstraße 198

5300 Bonn 1

Absender:

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort



Ich bestelle _____ Expl.
dieses Buches zum Preis
von DM 20,-- pro Expl.+ Porto

- Bitte, liefern Sie direkt
 Bitte, liefern Sie über
die Buchhandlung:

Name

Straße

PLZ, Ort

Datum, Unterschrift

Wenn Sie hier ausfüllen,
bitte im Umschlag einsenden!!!!

pro familia magazin

- Bitte, schicken Sie mir das „Ken-
nenlernpäckchen“ des *pro familia
magazin* (4 Hefte ab 1981 je nach
Lagerbestand) zum Kennenlern-
preis von DM 10,-(Schein/Scheck
beigefügt)

Datum, Unterschrift

Adresse umseitig

Daten, zum Beispiel aus den Gesundheitsämtern und aus den kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch Ergebnisse der Erkundung subjektiver Bedürfnisse und Befindlichkeiten der Bürger und von Befragungen von Versicherten ebenso hinzulehnen wie umweltempidemiologische Daten der Region und arbeitsmedizinische Erkenntnisse. Daraus könnte zum Beispiel das Gesundheitsamt, vorausgesetzt, es verfügt über das entsprechende Personal und zumindest eine Grundausstattung für die Aufbereitung und Auswertung von Daten und die Möglichkeit, an übergeordnete bevölkerungsorientierte Analysen des Gesundheitszustandes als Vergleichsmaßstab heranzukommen, eine grobe Situationsanalyse erstellen und gleichzeitig eine Übersicht über die Angebote der Gesundheitsförderung herstellen, die für die Bearbeitung dieser Probleme hilfreich sein kann (daraus könnten schon erste Defizite deutlich werden). Eine solche Bestandsaufnahme könnte eine gute Grundlage sein, um zu einem Kooperationsgespräch einzuladen, die Analyse zur Diskussion zu stellen, irgendwann zumindest in Teilen konsensfähig zu machen und dann sich daran zu machen, gemeinsam einige wenige, prioritäre Probleme zu formulieren, die auch wirklich gemeinsam bearbeitet werden können und allen daran Beteiligten in ihren sonstigen Routinegeschäften Vorteile bringen.

Vielleicht ist eine solche gründliche Vorarbeit hier gar nicht nötig, weil die Probleme für alle ersichtlich auf der Hand liegen. Aber selbst, wenn man sich schnell auf ein prioritäres Aufgabengebiet einigen könnte, wie zum Beispiel Gesundheitsförderung im Alter oder Gesundheitsförderung bei Kindern, wäre die Arbeit des Gesundheitsamtes dennoch sinnvoll als Überprüfungsfolie und Entscheidungshilfe für spätere Prioritätensetzungen. Mit einer sochen globalen Einigung wäre schon etwas gewonnen: Daß man eine bessere Information und Abstimmung über die Aktivitäten aller dazu verabreden könnte. Erfahrungen aus reinen Informationsgremien zeigen jedoch, daß ihr Wert für die einzelnen Beteiligten gering geschätzt wird und das Interesse derjenigen, die am wenigsten davon haben, schnell erlahmt (Schwatzbuden).

Daher empfehle ich dringend, gemeinsames Problembeußtsein weiterzuentwickeln zu ganz konkreten prioritären Arbeitszielen, die mit möglichst vielen – vielleicht nicht allen – Eingeladenen in einem fixierten Zeitraum ganz konkret bearbeitet werden können, und diese Arbeit so zu planen, daß Ihre Effekte überprüft und Erfolgsergebnisse dabei herauskommen können.

Als mögliche Schrittfolge für die Bearbeitung eines solchen konkreten Problems möchte ich Ihnen im folgenden sechs Schritte vorstellen, die zum Beispiel in einer kommunalen Arbeitsgruppe mit Geschäftsführung des Gesundheitsamtes durchgeführt werden könnten. Ich mache das exemplarisch am Beispiel einer eher klassisch medizinischen Aufgabe, um aber die Weiterungen in andere Felder wie soziale Dienste, Schule, Ausländerarbeit etc. aufzuzeigen, nämlich dem Problem der Durchimpfungsquoten der Kinder und Jugendlichen einer Kommune.

1. Schritt: Datensammlung und -auswertung:

- Impfdokumentation des Gesundheitsamtes bei Untersuchungen im Kindergarten und in der Schule (Kontrolle der Impfbücher)
- Daten der kassenärztlichen Vereinigung
- Gespräche mit SozialarbeiterInnen in sozialen Brennpunkten und Sozialberatern der Wohlfahrtsverbände über ihre Eindrücke bzw. Bitte, sich welche zu verschaffen.

2. Schritt: Verständigung auf das Ziel:
 Erhöhung der Durchimpfungsquoten für Diphterie, Tetanus, Polio, Röteln etc. in bestimmten Stadtbezirken, in denen die Durchimpfungsrate bei Kindern und Jugendlichen (Erstimpfung, Auffrischungsimpfung) unter 70 Prozent liegt. Zielsetzung: innerhalb eines Jahres Steigerung um zehn Prozent.

3. Schritt:

- Krankenhäuser werden informiert und gebeten, bei Entlaßgesprächen von Entbindungen Impfungen anzusprechen.
- KV spricht die Kinderärzte und Allgemeinarzte der Stadtbezirke an.
- Gesundheitsamt verstärkt die Mütterberatung und die Information in den Schulen und Kindergarten (bietet Elternabende etc. an).
- Schulen machen ein Projekt Impfen im nächsten Schuljahr in diesen Stadtbezirken, im Rahmen dessen der Sinn des Impfens noch einmal erläutert wird. Freie Träger sprechen mit den SozialarbeiterInnen und Mitarbeitern von Sozialstationen, damit sie das Thema bei Besuchen und Beratungen von sich aus ansprechen.
- Städtischer Sozialdienst und Gesundheitsamt überlegen ggf. vorher öffentlich angekündigt, einen mobilen Impfbus in diese Stadtbezirke zu entsenden. Die Kassen übernehmen hierfür die Kosten oder stellen ggf. den Bus zur Verfügung. (Noch engere Kooperationsformen sind denkbar, z.B. direkt impfen in Schulen, Kinderärzte mit in den Bus nehmen etc.).
- Statistisches Amt oder Gesundheitsamt übernimmt die Dokumentation.

4. Schritt: Durchführung der Aufgabe und Organisation eines ständigen Feedbacks:

Überprüfung der angestrebten und verabredeten Arbeiten (Ablaufkontrolle). Besprechung dabei aufgetretener Schwierigkeiten und Vereinbarung von Lösungswegen (alternative Organisationsformen, alternative Akteure).

5. Schritt: Beendigung der Durchführung, Erfolgskontrolle, Datenauswertung, Erstellung des Berichtes.

6. Schritt: Diskussion des Ergebnisberichtes und Entscheidung über Fortführung, Übertragung oder Beendigung des Programms.

In diesem Beispiel profitieren kurz-, mittel- und langfristig alle Beteiligten von der Maßnahme, insbesondere die Gruppe der Bürger, die bislang von den traditionellen Gesundheitsversorgungs- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen aufgrund ihres sozialen und Bildungsstatus nicht genügend angesprochen werden können bzw. denen sie eher distanziert gegenüberstehen. Ich habe dieses Beispiel auch deswegen bewußt gewählt, um zu zeigen, daß kommunale Gesundheitsförderung einen unschätzbaren Vorteil vor jeder anderen, sei sie individualmedizinisch oder zentralistisch, hat: Sie ist nach allem, was wir bislang wissen, die geeignete Form, ungleiche Gesundheitsschancen auszugleichen, denn eines der größten Probleme unseres Gesundheitsversorgungssystems ist, daß es aufgrund seiner Struktur und Organisation ungleiche Zugangschancen hat, sein Angebot ist in aller Regel – mit Ausnahme des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wo dies aber oft mit dem Odium der sozialen Kontrolle verknüpft ist – überwiegend mittelschichtorientiert. Dies trifft in ganz besonderer Weise auf die Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung zu, und deswegen muß die Verknüpfung gesundheitlicher und sozialer Dienste vor Ort versuchen, hier die Versorgungschancen gerade gesundheitlich benachteiligter Gruppen zu verbessern, denn es gibt einen eindeutig bewiesenen Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und erhöhtem Gesundheitsgefahr. Nicht nur im psychosozialen Bereich, wo dies in der sozialpsychiatrischen Diskussion quasi Allgemeingut ist, sondern auch im harten somatischen Bereich (TBC, Aids, Verkehrsunfälle, Krebs).

Gesundheitsförderung darf sich aber nicht nur darin erschöpfen, verhaltensbezogene Angebote zu verbessern und die Zugangschancen zu diesen Angeboten gleicher zu machen. Gesundheitsförderung muß sich auch auf die Handlungsfelder erstrecken, die strukturell heute Gesundheit gefährden: Arbeitsplätze, Freizeitangebote, Wohnsituation, Umweltbelastungen. Hier kommen teilweise andere Kooperationspartner ins ▶

Anzeige:

Das aktuelle Buch



MEMMINGEN:
Abtreibung vor Gericht

Dokumentation und Einschätzung eines Stückes bundesrechtlicher Rechtsgeschichte

Bearbeitet von Elke Köller
Herausgegeben von Pro Familia mit dem Komitee für Grundrechte und Demokratie
Gerd J. Holtzmeyer Verlag

»Im übrigen wäre es gut, wenn Männer, soweit sie im Rechtsstaat dazu berufen sind, besonders behutsam über die Lage der Frauen urteilen.«

Bundespräsident Richard von Weizsäcker am 24. Mai 1989

Die Verfahren gegen über 100 Frauen und das Urteil gegen den Memminger Frauenarzt Dr. Horst Theissen haben 1989 Aufsehen erregt wie kaum ein anderer Prozeß. Für 1990 ist mit dem Revisionsverfahren zu rechnen. In diesem Buch werden die Vorgänge um die Prozesse und die Reaktionen darauf ausführlich dokumentiert. Zum Beispiel:

- Fragen der Staatsanwaltschaft Memmingen zur Beschuldigtenvernehmung (Fragebogen der Kriminalpolizei)
- Plädoyers der Anwältinnen und Anwälte
- Urteile wegen Abbruchs einer Schwangerschaft
- Aktuelle Stunde des Bundestags nach dem Memminger Urteil
- Forderungen des Deutschen Juristinnenbundes zur Sicherung der 1976 erfolgten Reform des § 218 StGB
- Pressereaktionen

Holtzmeyer Verlag

224 Seiten, DM 20,-
ISBN 3-923722-36-2

pro familia magazin

Sexualpädagogik und Familienplanung

An: Gerd. J. Holtzmeyer Verlag
Weizsäckerstr. 77, 3300 Braunschweig

Bitte, schicken Sie mir das „Kennerlernpäckchen“ des *pro familia magazin* (4 Hefte ab 1981 je nach Lagerbestand) zum Kennenlernenpreis von DM 10,- (Schein/Scheck beigelegt)

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Datum, Unterschrift	

Spiel, andere Interessengegensätze tun sich auf (Arbeitsplätze gegen Gesundheit). In diesem Bereich ist verstärkt öffentliche Verantwortung für Gesundheit gefragt, und vor allem innerhalb der Kommunalverwaltungen eine stärkere Kooperation zwischen Umwelt-, Bauplanungs- und Gesundheitsamt erforderlich.

Aber auch die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, den Krankenhausärzten und den Krankenkassen ist unverzichtbar, wenn es um die Vermeidung von Gesundheitsschäden durch Umweltbelastung geht.

Ich möchte durch die Formulierung von Stichwor-

ten Ihre Phantasie anregen: Verkehrsplanung/Verkehrsberuhigung (Lärm, Unfallziffern, Schadstoffe in der Luft), Schadstoffe in der Innenraumluft (Dioxin in Kindergärten und Schulen, Asbest in Turnhallen usw.) oder Luft/Spiel und Sport.

Hier werden konkrete Maßnahmen eher als die in der verhaltensbezogenen Prävention in die Kasernen der Kommunen greifen, und daher ist hier eine Einbindung der Kommunalpolitik in die prioritäre Zielsetzung besonders wichtig. Sie ist auch vonnöten, weil der teilweise planlose Aktionismus, das Nurreagieren auf den „Schadstoff der Woche“, auf das Schreien besonders mächtiger Bürgergruppen im Rahmen einer kommunalen

Gesundheitsförderungspolitik überwunden werden muß zugunsten einer planvollen präventiven Handlungsweise.

Und wo wird das alles gebündelt, vorgearbeitet, nachgearbeitet, teilweise zusammengeführt? Ich denke, daß es dazu bislang nur eine vorhandene Institution gibt, das Gesundheitsamt. Es hat zwar erhebliche Defizite, aber es ist wohl immer noch besser und billiger, eine bestehende Institution zu stärken und zu verbessern, als gleich eine neue zu schaffen. Das Gesundheitsamt könnte so wirklich zumindest auf kommunaler Ebene allmählich die Rolle einer 3. Säule im Gesundheitsversorgungssystem übernehmen, die es bislang nicht hat. □

Für ein Gesetz zum Schutz vor den Gefahren der Gentechnologie

Resolution der Memorandumgruppe Gentechnologie

Absicht eines Gesetzes muß es nach Auffassung der UnterzeichnerInnen sein, die möglichen Gefährdungen von Mensch und Umwelt durch die Gentechnologie auszuschließen. Eine gesetzliche Regelung, die neben dem Schutz als vorrangigen Gesetzeszweck die Nutzung dieser Technik beinhaltet, konstituiert ein Gentechnikförderungsgesetz in Analogie zum Atomgesetz.

Ein ernstgemeinter Schutz aller Lebewesen vor möglichen Gefahren der Gentechnik setzt aber ein Verbotsgesetz mit möglichen Ausnahmebestimmungen voraus. Diesem Anspruch wird der Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht gerecht.

Geltende rechtliche Regelungen wie zum Beispiel das Bundesimmissionschutzgesetz, das Bundesnaturschutzgesetz oder die Gefahrstoffverordnung sind in ihren Bestimmungen schärfer als das geplante Gesetz, werden aber von diesem Gesetzentwurf außer Kraft gesetzt.

Die unterzeichnenden Verbände und Organisationen erwarten daher in dem von Bundesgesundheitsministerin Lehr vorgelegten Gesetzentwurf keinen wirksamen Schutz von Menschen, Tieren und der übrigen Natur.

Mit größter Besorgnis erfüllt die unterzeichnenden Verbände die Tatsache, daß im Gesetz ein faktischer Ausschluß der Öffentlichkeit bei gentechnischen Genehmigungsverfahren vorgesehen ist. Diese Rücknahme existierender Beteiligungsrechte bedeutet eine strukturelle Entdemokratisierung des Entscheidungsverfahrens und belegt einmal mehr, daß es sich bei diesem Gesetz um ein Gesetz zum Schutz der neuen Technik vor dem Bürger handelt.

Dies wird deutlich durch den Umstand, daß im Gesetzentwurf allen Betreibern Blankovollmachten erteilt wurden. Hat ein Betreiber einmal eine Genehmigung für fragwürdige Sicherheitsstandards erhalten, ist er weder verpflichtet, eine neue Genehmigung für neue Experimente in diesen Laboratorien zu beantragen, noch über den Verlauf der dort durchgeführten Experimente Rechenschaft abzulegen. Im vorgelegten Gesetzentwurf ist keine Prüfung der dort vorgesehenen Experimente vorgesehen. Insbesondere sind keine Vorkehrungen geplant, die verhindern, daß aus solchen Laboratorien gentechnisch veränderte Organismen in die Umwelt gelangen.

Der Schutz der Natur steht bei den Gesetzes-schöpfern hintenan, denn es gibt kein Freisetzungsverbot von gentechnisch veränderten Orga-

Am 28. Oktober trafen sich in Bonn VertreterInnen und Vertreter von Umweltverbänden, Verbraucherorganisationen, wissenschaftlichen Instituten, der Agraropposition, Tierschützer, kirchlichen Gruppen und Bürgerinitiativen, um gemeinsam ihre Ablehnung des Gengesetzentwurfs der Bundesgesundheitsministerin publik zu machen und die Breite des öffentlichen Widerstandes zu demonstrieren. Sie verabschiedeten folgende Resolution.

nismen. Beim derzeitigen Kenntnisstand über ökosystemare Wechselwirkungen ist weder ein zuverlässiger Risikoauschluß noch eine Risikoabschätzung möglich.

Der Gesetzentwurf ist ferner abzulehnen, da in ihm weder Genmanipulationen an Tieren noch die Patentierung von Tieren mit künstlich verändertem Erbgut noch einschlägige Tierversuche ausgeschlossen werden sollen. Auch die ebenso unethische wie unheilvolle Pseudoforschung an Tierembryonen wird durch die Vorlage des Bonner Kabinetts nicht verhindert.

Unter keinen Umständen kann einem Gesetz zugestimmt werden, das sowohl zahlreiche Einzeltiere als auch ganze Tierarten zu bloßen Objekten persönlicher und/oder wirtschaftlicher Zwecke erniedrigt und die Mitgeschöpfe damit vollends der Verfügungsgewalt der Verwertungsinteressen auslieft. Die rechtliche Begünstigung dieses ammaßenden Umgangs mit leidfähigem Lebewesen ist verwerflich und muß gesetzlich verhindert werden, anstatt ihn zu fördern.

Der Gesetzentwurf beinhaltet erhebliche Lücken im Definitionsbereich. Er vernachlässigt in sträflicher Weise wissenschaftliche Erkenntnisse hinsichtlich eines synergistischen Risikomodells. Im Entwurf sind unhaltbare Sicherheitsanforderun-

gen bezüglich Laboratorien und Produktionsanlagen realisiert. Mögliche Gefährdungen der Verbraucher durch gentechnische Produkte oder Medikamente sind nicht in Betracht gezogen worden. Die vorgesehene Zusammensetzung der Zentralen Kommission für Biologische Sicherheit (ZKBS) ist unakzeptabel. Völlig ungeregelt ist der Handel und der Transport von gentechnisch veränderten Organismen oder Produkten. Die im Gesetzentwurf enthaltene Gefährdungshaftung ist ungenügend, da sie dem Geschädigten den kausalen Nachweis zwischen gentechnischen Arbeiten und seinem Schaden aufbürdet. Eine Verbandsklage, die die rechtliche Durchsetzung von Belangen der Natur gegenüber den Verwertungsinteressenten ermöglichen könnte, ist nicht vorgesehen.

Die UnterzeichnerInnen fordern daher:

- einen öffentlichen Diskurs über die Notwendigkeit der Gentechnologie;
- verstärkte Erforschung von Alternativen z. B. in Humanmedizin, Tier- und Pflanzenproduktion;
- umfassenden Schutz von Menschen, Tieren und anderen Lebewesen vor den Gefahren der Gentechnologie;
- statt einer Entdemokratisierung Verstärkung der Öffentlichkeitsbeteiligung bei allen Genehmigungsverfahren;
- Verbot der Freisetzung gentechnisch veränderter Lebewesen;
- Verbot der Patentierung gentechnisch veränderter Organismen.

UnterzeichnerInnen
(Stand 28. 10. 1989)

ANTIGEN, Kiel, Arbeitsgemeinschaft bürgerliche Landwirtschaft (abl), Arbeitsgemeinschaft ökologischer Landbau (AGÖL), Arbeitskreis „Berufsverständnis in der Biologie“, Arbeitskreis „Gentechnologie“, Universität Bonn, Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland (BUND), Bundesarbeitsgemeinschaft Gen- und Reproduktionstechnologie der GRÜNEN, Bundesverband Bürgerinitiativen Umweltschutz (BBU), Bundesverband der Tierversuchsgegner/Menschen für Tierrechte, Dachverband der Deutschen Agraropposition (DDA), Deutscher Bund für Vogelschutz (DBV), Deutscher Naturschutzbund (DNR), Deutscher Tierschutzbund, Die GRÜNEN im Bundestag, Die Verbraucherinitiative, Gewerkschaft Nahrung, Genuß und Gaststätten (NGG), Genethisches Netzwerk, Katholische Landjugendbewegung (KTLJB), Naturschutzjugend im DBV, Öko-Institut, Stiftung Ökologischer Landbau, Umwelt-Institut, München, Verband demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP)

Zweiter Appell gegen in neues Sterilisationsgesetz

Arbeitskreis zur Aufarbeitung der Geschichte der „Euthanasie“

Der Entwurf der Bundesregierung für das sogenannte Betreuungsgesetz, laut dem eine Sterilisation „nicht-einwilligungsfähiger“ Behindter unter bestimmten Bedingungen legal sein soll, liegt derzeit dem Rechtsausschuß des Bundesrats zur Beratung vor. Wir dokumentieren den zweiten Appell gegen dieses Gesetz.

Der Entwurf der Bundesregierung für ein neues „Gesetz über die Betreuung Volljähriger“ vom 1.2.89 sieht die Legalisierung der Sterilisation Volljähriger ohne deren persönliche Einwilligung vor, wenn

- die Betroffenen auf Dauer einwilligungsunfähig sind,
- der Eingriff nicht gegen ihren Willen erfolgt und
- mit diesem Mittel eine Schwangerschaft vermieden wird, die sonst eine Gefahr für das Leben darstellen würde oder eine schwerwiegende Beeinträchtigung des seelischen Gesundheitszustandes.

Unter letzterem will der Gesetzgeber „die Gefahr eines schweren und nachhaltigen Leides“ verstanden wissen, das der Frau „drohen würde bei vormundschaftlichen Maßnahmen, die mit der Trennung vom Kind verbunden wären und die gegen sie ergriffen werden müßten“.

Die zunächst vorgesehene eugenische Indikation für die Sterilisation (zur Verhinderung der Geburt behinderter Kinder), angelehnt an den Paragraphen 218, ist aus dem jetzigen Entwurf herausgefallen. Damit ist zumindest ein Teil der Kritik aus unserem Ersten Appell vom November 1987 angenommen worden.

Vor dem Hintergrund unseres Wissens über die Zwangssterilisationen im Nationalsozialismus und der psychischen Spätfolgen von Sterilisationen ohne persönliche Zustimmung der Betroffenen warnen wir hier ein zweites Mal vor einem neuen Sterilisationsgesetz.

Der Gesetzentwurf setzt das Grundrecht auf körperliche Unverletzbarkeit für Menschen mit Behinderungen außer Kraft, wenn Gutachter sie als „einwilligungsunfähig“ einstufen. Grundrechte sind aber unteilbar. Sie müssen für Menschen mit Behinderung und Menschen ohne Behinderung in gleicher Weise gelten.

Ärzte und Juristen sind sich heute überhaupt nicht einig, was Einwilligungsunfähigkeit bedeu-

ten soll. Manche verstehen darunter einen Mangel der Urteilsfähigkeit über die unmittelbaren Folgen der Sterilisation, z.B. daß der Eingriff zur Kinderlosigkeit führt. Andere verzicken die Einwilligungsunfähigkeit mit der „Einsichtsunfähigkeit“ bezüglich der weiteren sozialen Folgen, z.B. wem geborene Kinder zur Last fallen könnten. Gutachterliche Entscheidungen bieten keine stabile Grenze. Auch eugenische Motive können hier erneut Einlaß finden und eugenische Entscheidungen ermöglichen:

Der Gesetzentwurf ermöglicht Zwangssterilisationen. Erfahrungen mit KlientInnen, die ohne oder nur mit ihrer herbeigeredeten Zustimmung sterilisiert wurden, sprechen dafür, daß der Eingriff als Zwang verarbeitet wurde und später häufig zum größten Problem ihres Lebens wird.

Der Gesetzentwurf richtet sich einseitig gegen Frauen. Gutachter sollen prognostizieren, ob die Wegnahme des Kindes „schweres und nachhaltiges Leid“ bei ihr, der Mutter, auslösen wird. Wer käme auf die Idee, eine solche Prognostik bei nicht-behinderten Frauen anzustellen? Wie aber sollen Gutachter erst das Leid einer eventuellen Mutter einschätzen, wenn es um die Sterilisation eines Mannes geht? Die Anwendung des geplanten Gesetzes auf Männer ist nicht praktikabel. In der Praxis wird man(n) die Frauen sterilisieren. Das sehen selbst die Gesetzesautoren so. Sie schreiben, sie wollten dies weder „verheimlichen noch beschönigen“.

Der Gesetzentwurf will das soziale Problem der unzureichenden Hilfen für behinderte Eltern technisch mit dem chirurgischen Eingriff „lösen“! Sollte der Gesetzentwurf verabschiedet werden, wird es zu einer Ausweitung der Sterilisationspraxis kommen, statt zu dem viel teureren Ausbau humarer Hilfen für die Betroffenen.

Es gibt keinen Bedarf für ein Sterilisationsgesetz, wenn ausreichend Hilfen für behinderte Eltern und ihre Kinder geschaffen werden: kleine Wohngruppen, ambulante Betreuungsangebote, Erziehungspatenschaften, Elterngruppen und zeitweise Pflegefamilien.

In Erinnerung an die hundertausende Opfer der Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, denen bis auf den heutigen Tag eine politische Anerkennung und eine angemessene Entschädigung versagt wurde, fordern wir:

- das Verbot der Sterilisation Minderjähriger und
- die Erlaubnis der Sterilisation Volljähriger ausschließlich bei ihrer persönlichen, nicht ersetzbaren Einwilligung.

Wir treten ein für eine Gesellschaft, in der es nicht Menschen mit mehr oder weniger Grundrechten gibt.

Wir treten ein für eine Gesellschaft, in der Behinderete willkommen sind und auch über ihren Kinderwunsch selbstständig entscheiden können.

Anzeige:

**Alternative
Kommunal
Politik**



**„Kirchturmspolitik“,
„tagespolitisches
Klein-Klein“,
„Gaslaternen-
sozialismus“...**

...lauten die oft wenig schmeichelhaften Urteile über die kommunale Politikebene. Da wollen wir als grün-alternative Zeitschriftenprojekt gegen halten, damit in den Rathäusern der Altpatenfilz aufhört.

Die AKP berichtet laufend über alle wichtigen kommunalpolitischen Fachthemen wie Abwasser, Privatisierung, Haushalt, Kultur, Gesundheit, Abfallbeseitigung, Städtepartnerschaften, Verkehr usw..

Ein Nachrichten- und Magazinteil, sowie die Rubriken Börse + Fundgrube, Kalender und Rezensionen runden die Zeitschrift ab und liefern vielfältigste Informationen und Anregungen für die eigene kommunalpolitische Praxis.

* * *
Die AKP erscheint 6-mal im Jahr à 68 Seiten. Das Einzelheft kostet 8,- DM (zzgl. 1,50 Versand), das Abo gibt es portofrei für 48,- DM.

Redaktion und Vertrieb:
ALTERNATIVE KOMMUNALPOLITIK
Herforder Str. 92
4800 Bielefeld 1
(0521/177517)

**Fachzeitschrift für grüne und
alternative Kommunalpolitik**

HIV-Test:

Verheißungsvoll?

Alle hin zum Test! Diese Parole geben auf einmal auch ehemalige Kritiker der HIV-Test-Ermutigungs-politik aus. Sind die Studien über AZT und Pentamidin wirklich Grund, die Zurück-haltung gegenüber dem HIV-Test aufzugeben? Rolf Rosenbrock urteilt zurück-haltender

Je besser die Ausgangssituation eines HIV-Infizierten, um so höhere Überlebensraten können erwartet werden. Eine frühzeitige Intervention mit AZT und Pentamidin kann das Fortschreiten der Erkrankung aufhalten. Diese Ergebnisse von Studien aus den USA haben auch in der Bundesrepublik die Gegner einer HIV-Test-Ermutigungs-politik dazu bewogen, von ihren War-nungen zurückzutreten. Muß die Frage nach dem HIV-Test aufgrund der US-Studien neu diskutiert werden?

Bislang ging es darum, daß der HIV-Test nicht als Mittel der Verhaltensbeeinflussung im Rahmen der Primär-prävention eingesetzt werden sollte, und natürlich auch darum zu verhindern, daß der Test als Instrument der individuellen zwangswise Suche nach „potentiellen Infektionsquellen“ mißbraucht wurde. Jetzt steht die Frage an, ob es eine medizinische Indikation zur Frühbehandlung gibt, die es gerechtfertigt erscheinen läßt, einen Aufruf, vor allem an die hauptbetroffenen Gruppen, auszusprechen, sich zu diesem Zweck der Früherkennung durch den HIV-Test bezüglichweise einer Be-stimmung des Immunstatus zu unterwerfen.

Für eine solche Empfehlung sehen die Regeln der Kunst relativ klare Kri-terien vor. Es muß bekannt sein, einem wie großen Anteil der Betroffenen tat-sächlich geholfen werden kann, wobei

„geholfen werden kann“ sich an der Verlängerung der Lebensdauer und auch der Verbesserung der Lebensqua-lität mißt.

Für die Frage der Testempfehlung ist ausschließlich wichtig, ob mit der Gabe von AZT und Pentamidin absolut symptomfreien Menschen wirklich gehol-fen werden kann. Wer so fragt, muß die Studienergebnisse aus den USA al-lerdings zurückhaltend beurteilen. Bei nahezu sämtlichen Studien zu solchen Interventionen finden sich nämlich Vermischungen zwischen Gruppen, die wirklich ohne Symptome sind, und Menschen, die bereits milde Symptome haben und bei denen durch die Medi-kation der Prozeß einer bereits laufen-den und erkannten Krankheit mögli-cherweise aufgehalten oder verlang-samt werden kann. Wenn man die Stu-dienegebnisse strikt unter dem Ge-sichtspunkt interpretiert, welche Mög-lichkeiten absolut symptomlose Men-schen haben, durch einen frühzeitigen Behandlungsbeginn ihre Chancen zu verbessern, so zeigt sich, daß dies zu einem erheblichen Teil auf Plausibili-täten und Analogieschlüssen beruht.

Ob es zum Beispiel wirklich sinnvoll ist, hunderttausende von Menschen zum Test aufzufordern, um bei einigen wenigen die Wahrscheinlichkeit eines dramatischen Verlaufs der Erst-PcP (?) zu vermindern, ist eine Frage, zu der wir mehr Wissen und mehr Wissen über längere Zeit brauchen als derzeit vorliegt.

Bei AZT spricht zwar viel an Plausi-bilität dafür, daß dieses Medikament in der Frühbehandlung weniger uner-wünschte Nebenwirkungen hat als in der Therapie von manifestem Aids. Aber auch hier wissen wir nicht, ob mit diesem Medikament tatsächlich die Le-bensdauer zu verlängern ist. Die Erfah-ruungen aus anderen Screening-Pro-grammen unter dem Konzept „Früher-



kennung zur Frühbehandlung“ lehren, daß auf diesem Gebiet oft zu früh, zu viel und ohne ausreichende Wissensbasis unternommen worden ist und wird. Bei Aids liegt das besonders nahe: die Todesangst von vielen hunderttausend Betroffenen, die Interventionsdynamik der Medizin wie auch das wirtschaftliche Interesse der beteiligten Pharma-Unternehmen zielen in die gleiche Richtung. Und die notorischen Test-propagandisten, die mit dem Test zum Teil ganz andere Interessen verfolgen, springen jetzt natürlich auch auf diesen Zug.

Für eine sachliche Abwägung von Risiken und Chancen ist das kein gutes Klima. Es führt eher dazu, daß Chancen für Gewißheiten gehalten werden und daß die Risiken und Ungewißheiten verdrängt werden. Gerade in solchen Situationen sollten die Regeln für die Zulassung eines neuen Arzneimittels besonders ernst genommen werden. Sie dienen ja gerade dazu, Arzneimittel und Therapicänsätze erst dann außerhalb der Forschung für den allgemeinen Gebrauch zuzulassen, wenn nach menschlichem Ermessen sicher oder hinreichend wahrscheinlich ist, daß die erwünschten Wirkungen auch tatsächlich eintreten und die unerwünschten Wirkungen geringer sind als die erwünschten und insgesamt tolerabel.

Sonst kommt man in die Lage, daß man etwas tut, nicht weil man weiß oder hinreichend sicher sein kann, daß es wirksam ist, sondern weil man dem Grundsatz folgt zu handeln, damit irgendetwas geschieht.

Trotzdem greifen die Vorwürfe beispielsweise von amerikanischen Aids-Aktivistengruppen, daß nicht flexibel genug auf die Bedürfnisse von Aids-Patienten eingegangen wird. Das Zulassungsverfahren für Aids-bezogene Arzneimittel, wie generell für alle Arz-

neimittel, kann und muß entbürokratisiert werden. An der Substanz der Entscheidungsregeln darf sich dadurch jedoch nichts ändern.

Für die forschenden Pharma-Unternehmen ist der Aids-Markt ein außerordentlich interessantes Verwertungsfeld, und man darf sich wohl darauf verlassen, daß dort entwickelt wird, was entwickelt werden kann. Die Sichtweise der Aktivistengruppen, daß die Zulassungsbehörde in den USA oder das Bundesgesundheitsamt Arzneimittel künstlich zurückhalten, beruht aber auf einer Fehleinschätzung der Entscheidungsregeln. Sicher muß man volles Verständnis haben für Betroffene, die nach jedem Strohhalm greifen und sich selbst als Versuchsobjekt in entsprechenden Studien zur Verfügung stellen. Nur darf man das nicht mit den Aufgaben staatlicher Gesundheitspolitik und den Zulassungsbedingungen für neue Arzneimittel verwechseln, die dafür zu sorgen haben, daß vor der Zulassung und massenhaften Anwendung von Medikamenten möglichst viele Risiken möglichst sicher ausgeschlossen werden. Es sollte nicht vergessen werden, daß die derzeit gültigen Regeln als Reaktion auf die Contergan-Katastrophe eingeführt worden sind.

In die Entscheidung für oder gegen einen HIV-Antikörper-Test gehen sowohl psychische wie soziale wie medizinische Komponenten ein. Auf der Seite der psychischen und sozialen Gefahren der HIV-Antikörpertestung hat sich nichts geändert. Auf der Ebene des möglichen medizinischen Nutzens allerdings zeichnen sich in der Tat einige verheißungsvolle Entwicklungen ab, die die Entscheidungssituation komplexer und auch schwieriger machen können. Aber es bleibt eine individuelle Entscheidung.

Wenn sich Menschen, die sich bislang gegen den Test entschieden haben, nunmehr in der Hoffnung auf die Möglichkeit einer medizinischen Intervention in die Symptomlosigkeit hinein dem Test unterziehen, wird die Anzahl positiv-getesterter Personen steigen. Dadurch steigt zunächst einmal der Beratungs- und Betreuungsbedarf für diese Menschen, und zugleich wird auch die Frage des Persönlichkeitsschutzes sowie des Schutzes der sozialen und informationellen Selbstbestimmungsrechte wichtiger, als es ohnehin schon bislang der Fall war.

An die Adresse von Menschen, die Gründe haben, sich für potentiell infiziert zu halten, kann man derzeit nur die Empfehlung richten, möglichst ohne Hysterie auf typische Erstsymptome (anhaltende Lymphknotenschwellung, Soor, Nachtschweiß, über Wochen hinweg erhöhte Temperatur oder anders nicht erklärbare Durchfälle) zu achten, bei solchen Symptomen einen in Sachen Aids kompetenten Arzt aufzusuchen und gegebenenfalls den Immunstatus bestimmen zu lassen. □

Anzeige:



Was hat

Kokain

mit den Chancen
der Linken, die nächsten

Wahlen in Brasilien

zu gewinnen,
mit den

Latinos in den USA

und den

Frauenbewegungen in Lateinamerika

zu tun ?

Es sind unsere Schwerpunktthemen bis Dezember. Zusätzlich, wie immer, aktuelle Reportagen, kurze Ländernachrichten, Berichte aus der Solidaritätsbewegung, Besprechungen von Büchern, Filmen, wichtige Termine ...

**Kostenloses Probeheft
anfordern, am besten
gleich abonnieren.**

**Zeitschrift der
Informationsstelle
Lateinamerika**

erscheint 10x im Jahr, DM 4

Oscar-

Romero-

Haus

Heerstr. 205

5300 Bonn 1

ila

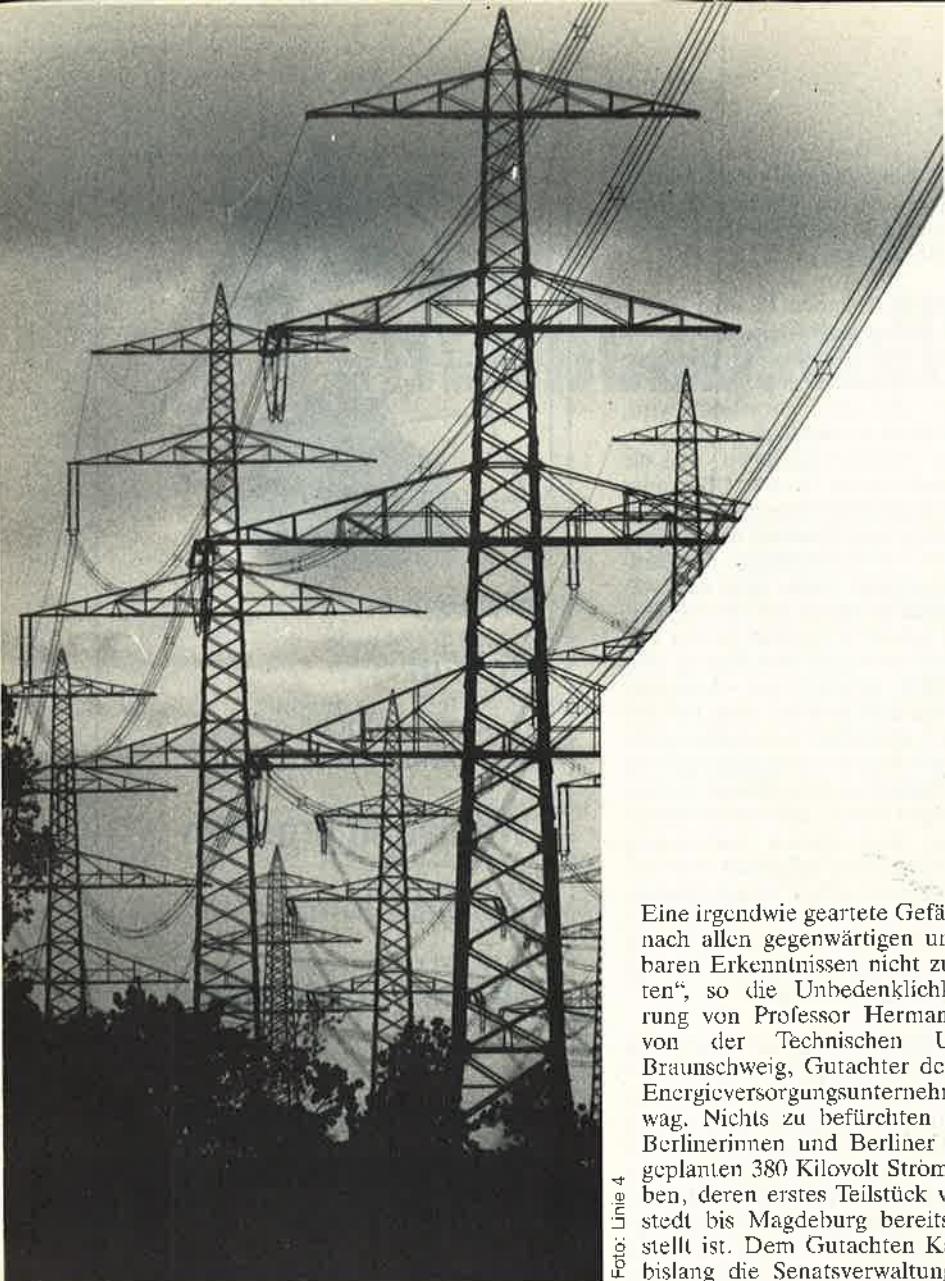


Foto: Linie 4

STROMTRASSE

AUGEN ZU

In Berlin steht eine Entscheidung über den Bau einer Starkstromtrasse an. Von möglichen Gesundheitsgefahren hat der Senat bislang keine Notiz genommen. Johannes Spatz berichtet

Eine irgendwie geartete Gefährdung ist nach allen gegenwärtigen und verfügbaren Erkenntnissen nicht zu befürchten", so die Unbedenklichkeitserklärung von Professor Hermann Kärner von der Technischen Universität Braunschweig, Gutachter des Berliner Energieversorgungsunternehmens Be-wag. Nichts zu befürchten sollen die Berlinerinnen und Berliner von einer geplanten 380 Kilovolt Stromtrasse haben, deren erstes Teilstück von Helmstedt bis Magdeburg bereits fertiggestellt ist. Dem Gutachten Kärners hat bislang die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales nicht widersprochen.

Ein Gefälligkeitsgutachten für die Elektrizitätsindustrie könnte man vermuten. Denn selbst das nicht gerade industriefeindliche Bundesgesundheitsamt hält mittlerweile die bisherigen Beobachtungen über die Auswirkungen für so bedeutsam, daß es bei Neubauten von Stromtrassen die Überspannung von Schulen, Kindergärten und Spielplätzen nicht befürwortet. Und die Hamburger Gesundheitsbehörde stellte fest: „Es wird vorbeugend empfohlen, bei zukünftigen Baunauchseidungen Hochspannungsleitungen nicht mehr über öffentliche Gebäude und Wohnhäuser zu führen, da gesundheitlich nachteilige Wirkungen nicht sicher auszuschließen sind.“

Bereits 1979 wurde in Denver, USA, in einer Studie der Zusammenhang zwischen Leukämie bei Kindern und der Nähe der Wohnungen zu Stromtrassen beschrieben. Wegen Fehlern im Aufbau der Studie wurde sie 1976 wiederholt, mit dem gleichen Ergebnis. Geleitet wurde diese zweite Studie vom Sekretär der US-Epidemiologenvereinigung, Savitz, beteiligt waren Institutionen wie die amerikanische Umweltbehörde EPA, das Krebsfor-

schungsinstitut der Weltgesundheitsorganisation IARC und die Gesundheitsbehörde des Staates New York.

In verschiedenen Studien wurden folgende biologische Wirkungen niedrfrequenter elektromagnetischer Felder beschrieben: Das Wurzelwachstum verschiedener Pflanzen, zum Beispiel Erbsen und Kürbisse, ist bis zu 80 Prozent gehemmt. Wichtige Ionen wie Kalium, die für die Aufrechterhaltung des elektrischen Potentials an der tierischen Zellmembran verantwortlich sind, können beim Passieren der Zellmembran beeinflußt werden. Menschliche Krebszellen auf Nährböden können zu einem beschleunigten Wachstum stimuliert werden. Bei Affen änderte sich der Gehalt bestimmter Neurotransmitter in der Gehirnflüssigkeit.

Besondere Beachtung verdient der eindeutige Hinweis auf Krebs. In einer zusammenfassenden Arbeit haben im Jahr 1988 Wissenschaftler des Krebsforschungsinstituts der WHO in Lyon und des Hygieneinstituts in London mehrere Untersuchungen über die Auswirkung elektromagnetischer Felder auf Elektroarbeiter ausgewertet. Sie sprechen von einem eindeutigen Anstieg von akuter Leukämie: Die Rate war bei den untersuchten Arbeitern um etwa 40 Prozent erhöht.

Inzwischen liegen mehrere Studien über Krebshäufigkeit bei Kindern vor, die in dem direkten Umfeld von Starkstromtrassen wohnen. Sie weisen ebenfalls auf eine erhöhte Leukämierate hin, daneben wurden auch andere Krebsarten, insbesondere Hirnkrebs, vermehrt gefunden. Ein Problem ist, daß für stichhaltige Belege des Zusammenhangs große Untersuchungspopulationen notwendig sind, denn Leukämie tritt zum Beispiel bei circa 10000 Kindern nur einmal auf. Daher sind auch weiterhin aufwendige und umfangreiche Studien notwendig.

Vollkommen unwissenschaftlich und demagogisch ist aber die Aussage des Gutachters Kärner, daß die Risiken – wenn überhaupt existent – so klein seien, „daß in den zurückliegenden 100 Jahren elektrischer Energieversorgung kein einziger klinischer Fall einer Schädigung durch niedrfrequente elektromagnetische Felder bekannt geworden ist“. Dann dürfte auch das Passivrauchen kein Problem sein, weil bis heute kein einziger „Fall“ bekannt geworden ist, in dem der Zusammenhang zwischen Mitrauchen und Lungenkrebs eindeutig nachgewiesen werden konnte.

Es bleibt zu hoffen, daß sich die bereits heute eindeutig benennbaren Gesundheitsgefahren durch die Veröffentlichung weiterer Studien herumsprechen werden. Dann dürfte sogar die ökologische Glaubwürdigkeit eines rot-grünen Senats nicht ausreichen, eine Stromtrasse in Berlin in Betrieb zu nehmen.

„44 Jahre nach seiner Gründung ist die Zukunft des Wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Instituts des DGB (WSI) ernsthaft gefährdet. Angesichts der massiven Finanzprobleme des DGB und seiner Gewerkschaften gibt es Pläne zur Umstrukturierung des WSI, die seine materielle Ausstattung auszehren, seine wissenschaftliche Unabhängigkeit untergraben und mittelfristig seine Existenz als gewerkschaftlich orientiertes und eigenständiges Institut gefährden können.“ So der leider ungehörte Vorab-Protest des Betriebsrats im WSI.

Einen Monat später, am 3. Oktober war beschlossene Sache, was Mitarbeiter und Betriebsrat befürchtet hatten. Weniger Geld, langfristiger Stellenabbau, weniger Eigenständigkeit, weniger Einflußmöglichkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die inhaltliche Arbeit, so kann kurz und knapp umrissen werden, wohin der Zug in diesem hervorragenden Forschungsinstitut geht.

Anlaß für die Umstrukturierung ist in der Tat die Finanzkrise des Gewerkschaftsbunds. Deshalb wurde jetzt der Zuschuß des DGB für fünf Jahre auf jährlich fünf Millionen Mark eingefroren. Zwar soll keiner der Mitarbeiter entlassen, doch freiwerdende Stellen auch nicht neu besetzt werden. Bedenken des Betriebsrats blieben dabei unberücksichtigt. Der hatte nämlich argumentiert, daß sich das jetzt schon existierende Dilemma nur verstärken würde: Entweder müsse das Institut seinen Personalstand über externe Projektträger zu sichern versuchen und entsprechend seine Beratungstätigkeit für die Gewerkschaften verringern oder aber Personalabbau akzeptieren und von *daher* weniger arbeitnehmer- und gewerkschaftsbezogene Aufgaben erfüllen.

Offensichtlich ist, daß die Finanzkrise genutzt werden soll, dem Institut inhaltliche Zügel anzulegen. In der Begründung der Beschlüsse heißt es offiziell, daß „das WSI noch effektiver als bisher wissenschaftliche Entscheidungshilfen für die Arbeit des DGB“ geben soll. DGB und Einzelgewerkschaften, die sich das Stammkapital der neugegründeten Gesellschaft je zur Häfte teilen, sichern sich durch eine Reihe von Umstrukturierungen mehr Einflußmöglichkeiten auf die Arbeit. Der Betriebsrat fürchtet dabei um den guten Ruf des Instituts, das bislang wissenschaftlich eigenverantwortlich und in seiner inhaltlichen Arbeit an Weisungen nicht gebunden war. Anliegen sei es bisher immer gewesen, „alles (zu) vermeiden, was ihm in der Wissenschaft und Öffentlichkeit den Ruf eintragen könnte, ein ‘Verlautbarungs- und Gefälligkeitsinstitut’ zu sein.“

Bis dato hatte der DGB nur Einfluß auf die mittelfristige und Jahresplanung, die gemeinsam mit der Geschäftsführung zu vereinbaren war. Inhaltliche, personelle und organisatori-

WSI DES DGB

ZÜGEL ANGELEGT



sche Probleme standen allein im Zuständigkeitsbereich der Geschäftsführung, die diese wiederum mit den WSI-Beschäftigten laut einer internen Betriebsvereinbarung abzustimmen hatte. Diese Betriebsvereinbarung soll nun gekündigt werden, wie der DGB empfiehlt, und statt der Binnenumstrukturierung untereinander ein Abteilungsleitersystem eingesetzt werden.

„Direkte Durchgriffsmöglichkeiten bis in die Tagesarbeit“ befürchtet denn auch der Betriebsrat und darüber hinaus das Risiko, die WSI-Arbeit dem partizipatorischen Proporzdenken auszuliefern. Daß dort ein Einfallstor für „bestellte Forschungsergebnisse“ geschaffen werden und sich in der Arbeit

des WSI divergierende Einstellungen von Einzelgewerkschaften durchschlagen könnten, diese Befürchtung ist bei der jetzt beschlossenen Umstrukturierung wohl kaum von der Hand zu weisen. □

**ud – Nicht nur Finanzprobleme
hat der DGB mit seinem Wirt-
schafts- und Sozialwissen-
schaftlichen Institut. Mitarbeiter
befürchten auch inhaltliche**

Eingriffe

dg 39

ABTREIBUNGSSURTEIL IN DEN USA

WIE IN BAYERN



Konservative und militante Abtreibungsgegner in den USA haben an Land gewonnen: Der Oberste Gerichtshof der USA hat ein Urteil gefällt, das das Recht auf freie Entscheidung über eine Abtreibung einschränken wird. Was dies genau bedeutet, hat Reinhild Steingrüber

⁴⁰ dg in den USA erfahren

Wenn die Bundesstaaten das Urteil des Gerichtshofs übernehmen – und dies ist in einigen absehbar –, drohen den US-Amerikanerinnen bayerische Verhältnisse: Theoretisch gibt es ein Recht auf Abtreibung. Praktisch ist es teuer und schwierig, einen Abbruch zu bekommen

Als das Oberste Gericht der USA am 3. Juli seine Entscheidung über Abtreibungen verlesen ließ, erhob sich ein Sturm der Entrüstung. Unkenrufe von besorgten Vertreterinnen der „Pro choice“, einer Bewegung für das Recht auf Abtreibung, hatten sich bewahrheitet: Das seit 1973 durch die Entscheidung im Fall Roe gegen Wade etablierte Recht der Frauen ist ernsthaft bedroht.

Der Oberste Gerichtshof entschied mit der knappen Mehrheit von fünf zu vier, daß die einzelnen Bundesstaaten das Recht haben, Abtreibungen in öffentlichen Krankenhäusern zu verbieten. Darüber hinaus hat er der sogenannten „Viability Testing Clause“ Tür und Tor geöffnet, laut der ab der 20sten Schwangerschaftswoche „Lebensfähigkeitstests“ durchgeführt werden sollen. Falls die Ergebnisse darauf schließen lassen, daß der Fetus bereits außerhalb der Gebärmutter überlebensfähig ist, wäre eine Abtreibung nicht mehr gestattet. Auch darüber werden letztendlich die einzelnen Bundesstaaten zu befinden haben.

Heute können sich die Vertreter der rechts-konservativen Organisation gegen Abtreibungen „Operation Rescue“ mehr als zuversichtlich geben, daß die Mehrzahl der Bundesstaaten den Vorschlägen des Obersten Gerichtshofs folgen wird. Bereits in 20 Bundesstaaten existieren Gesetzesvorlagen, die das Recht auf Abtreibung einschränken sollen. Sie wurden bislang bloß nicht umgesetzt, weil die Rechtsgrundlage dafür fehlte.

Was wirklich auf dem Spiel steht, beschreibt Donna Miller, Vertreterin der National Organization for Women (NOW) aus New Jersey. „Für viele Frauen kann diese Entscheidung eindeutig das Aus bedeuten. Besonders junge oder arme Frauen werden betroffen sein. Falls unser Kongress in New Jersey demnächst beschließt, den Richterspruch zu übernehmen, besteht faktisch keine Möglichkeit für einen Großteil der Frauen hier, eine Abtreibung zu erhalten. Theoretisch hätten sie zwar das Recht dazu, praktisch fehlen jedoch die Möglichkeiten.“ Tatsächlich werden die Mehrzahl der 1,5 Millionen Abtreibungen jährlich in öffentlichen Krankenhäusern vorgenommen.

Sollte dieser Weg demnächst versperrt sein, werden sich die Warteschlangen vor den privaten Kliniken unwiderrücklich verlängern. Daß das in einer fortgeschrittenen Schwanger-

schaft fatal sein kann, ist kein Geheimnis. Außerdem werden sich dann auch die Kosten für einen Abbruch, die momentan bei durchschnittlich 150 Dollar liegen, erhöhen. Besonders im ländlichen Raum kommen noch lange Anreisezeiten dazu, die es gerade armen oder jugendlichen Frauen im Zweifelsfall unmöglich machen, rechtzeitig zu einer privaten Klinik zu gelangen.

Besonders pessimistische Anhänger von „Pro choice“ befürchten sogar, die Formulierung im Urteil des Gerichtshofs „... keine Abtreibungen in öffentlichen Krankenhäusern oder mit öffentlichen Geldern, Personal etc. mehr durchzuführen“ könnte bedeuten, daß die Existenz privater Kliniken, die auf öffentlichem Gelände oder in öffentlichen (gemieteten) Gebäuden untergebracht sind, bedroht sind. Bleibt abzuwarten, ob es dazu kommen wird.

Ein weiterer Zankapfel ist die erwähnte „Viability Testing Clause“, mit der die bis dato geltende Einteilung der Schwangerschaft in Trimester aufgehoben werden soll. Der Streit, wann menschliches Leben beginnt, konnte natürlich auch durch diesen Spruch des Obersten Gerichtshofs nicht beantwortet werden. Kriterium soll aber jetzt der Test auf Lebensfähigkeit außerhalb der Gebärmutter nach der 20. Woche sein. Der unter Ärztinnen und Ärzten verbreiteten Auffassung, daß ein solcher Test erst ab der 24. Woche sinnvoll sei, halten die Richter eine Sicherheitsfrist von zusätzlichen vier Wochen entgegen. Richterin O’Connor jedenfalls sieht es nicht als eine unzumutbare Mehrbelastung für die Schwangere an, wenn dieses Verfahren in vielen Fällen zu einer erheblichen Verteuerung der Behandlung führen wird (zwischen 125 und 250 Dollar). Extrakosten oder mögliche gesundheitliche Komplikationen, die durch den Test verursacht werden können, seien keine Einschränkung des freien Rechts auf Abtreibung.

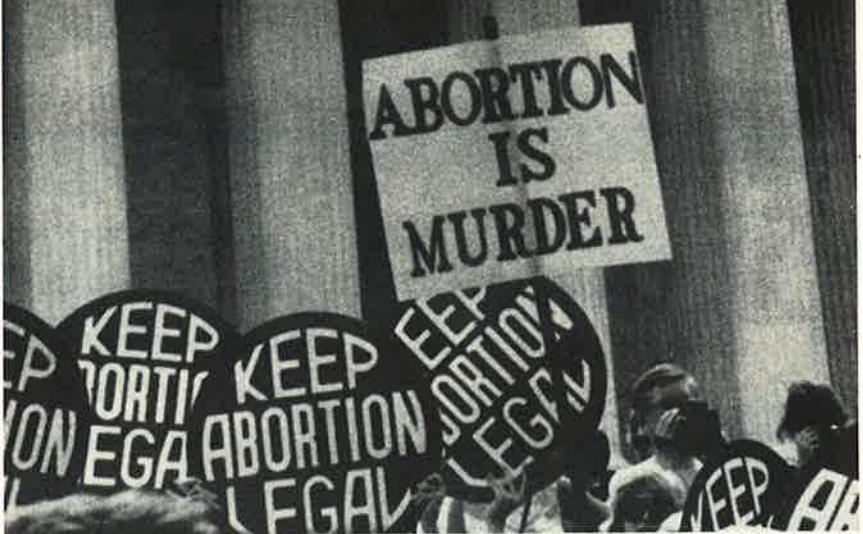
NOW-Sprecherin Molly Yard sieht das ganz anders: „Ein fundamentales Selbstbestimmungsrecht der Frau ist ernsthaft bedroht. Wenn Frauen unter dem Vorwand religiöser oder moralischer Motive das Recht entzogen wird, über eine so grundsätzliche Frage wie die Geburt eines Kindes selbst zu entscheiden, kann von Gleichberechtigung wohl kaum noch gesprochen werden.“

Wie ungewöhnlich hart im Obersten Gerichtshof um das vorliegende Urteil gestritten wurde, deutet der Kommentar

tar des Vertreters der Minderheit, Richter Blackmun, an: „Für heute bleibt das freie Selbstbestimmungsrecht der Frauen dieses Landes bestehen. Aber die Zeichen sind deutlich, ... und ein eisiger Wind weht.“ Im krassem Gegensatz dazu die Begründung seines Gegners, des von Reagan berufenen Richters Antonin Scalia. Unverblümmt fordert er das Gericht zu weitreichenderer Gesetzgebung und der Widerrufung der Entscheidung im Fall Roe gegen Wade auf. Scalia plädiert für die moralische Verpflichtung des Staates zum Schutz des ungeborenen Lebens, ungeachtet der Umstände der Schwangerschaft oder des Willens der Schwangeren.

Ausgerechnet die erste und einzige Frau des Obersten Gerichtshofs, Sandra Day O’Connor, befindet sich auf Seiten der Abtreibungsgegner. Da ihre Haltung in dieser Frage jedoch bereits vor ihrer Nominierung durch Reagan bekannt war, war sie für die Frauenbewegung zwar Grund zur Bitterkeit, aber keine Überraschung. Ironischerweise wird jedoch gerade Day O’Connor, obwohl auf Seiten der Mehrheit, in der Urteilsbegründung von Scalia massiv attackiert. Ihre Haltung sei unentschieden, nicht richtig durchdacht und in sich unsinnig. Sie formuliere zu vage, und ihre Begründung sei insgesamt unlogisch.

Kein Zweifel, die Abtreibungsdebatte ist zu einem dominierenden Politikum in den USA geworden. Seitdem die Entscheidung Roe gegen Wade vor 16 Jahren das freie Recht auf Abtreibung im ersten Drittel der Schwangerschaft und ein leicht eingeschränktes Recht im zweiten Drittel festgeschrieben hatte, haben Abtreibungsgegner in den USA mobilisiert. Kein Wahlkampf ohne heiße Debatten darüber, und kein



zur Wahl stehender Politiker entgeht der Forderung nach einem klaren Statement. Pizza-Fastfood-Ketten werden von Abtreibungsbefürwortern wegen hoher Geldspenden an die militante „Operation Rescue“ in großem Stil boykottiert, Unterschriften werden gesammelt und Demonstrationen veranstaltet.

Meinungsumfragen belegen, daß mehr als 53 Prozent der Bevölkerung mit dem Urteil des Obersten Gerichtshofs nicht übereinstimmen. Einer Umfrage des Nachrichtenmagazins „Newsweek“ zufolge, wollen 51 Prozent der

Anzeige:

US-Amerikaner die Abtreibung unter bestimmten Umständen, weitere 29 Prozent unter allen Umständen als legale Entscheidungsmöglichkeit für Schwangere belassen. Doch die Neubesetzung von Richterstühlen durch Ronald Reagan haben neue Möglichkeiten für die Konservativen ergeben.

Die außerordentlich aktiven Frauengruppen, häufig vertreten durch große Verbände wie „Planned Parenthood“, vergleichbar mit der bundesdeutschen Pro familia, oder die NOW haben auch Grund zur Sorge, weil bestimmte Fundamentalistengruppen Anti-Abtrei-

bungskampagnen mit allen Mitteln betreiben. Sie versuchen, Frauen mit in Flaschen gezwängten Embryonen oder Horrorgeschichten von mißlungenen Abtreibungen zu schockieren. Die Sprecherin einer Frauenorganisation in New York, Lynn Einhorn, beschreibt in einem Interview ihre Erfahrungen mit der „Operation Rescue“ vor einer Abtreibungsklinik: „Es waren in der Mehrzahl Männer, die vor der Klinik Schilder und Transparente hochhielten, auf denen stand: 'Abtreibung Mord', 'Du tötest Dein Kind und bringst Dich selbst in Gefahr', 'Wenn Du diese Klinik betrittst, wirst Du verdammt sein'. Wir von NOW begleiten Frauen, die sich für eine Abtreibung entschieden haben, und versuchen, sie gegen die gehässigen Rufe oder tätlichen Übergriffe abzuschirmen. Manchmal gelingt es, durch einen Hinterausgang zu entkommen, aber oft bleibt es ein Spießrutenlauf.“

Die US-Frauenbewegung sieht sich jedenfalls erneut in die Defensive gedrängt. Sicher enthält die 200 Jahre alte Verfassung der Vereinigten Staaten keine Sonderklausel, die Frauen ausdrücklich das Recht auf freie Abtreibung zugesteht. Die relativ kurze und allgemein gehaltene Verfassung läßt vielmehr reichlich Raum für Interpretationen. In dem momentan konservativen politischen Klima ist die Entscheidung des Obersten Gerichtshofs wohl erst der Anfang.

Bereits zwei neue Fälle zur weiteren Modifizierung des Abtreibungsrechts stehen demnächst an, von denen einer, Turmoc gegen Ragsdale, zum Schlag auch gegen private Abtreibungskliniken werden könnte. Der Bundesstaat Illinois argumentiert in dem vorliegenden Fall, daß für eine private Abtreibungsklinik die gleichen medizinischen Standards gelten müssen wie für die öffentlichen Krankenhäuser. Ärzte und Ärztinnen haben dagegen darauf hingewiesen, daß dies nicht notwendig sei, daß die allermeisten privaten Kliniken auf „herkömmliche Abtreibungen“ spezialisiert seien. Viele von ihnen wären jedenfalls in ihrer Existenz bedroht, falls das Urteil eine Anpassung notwendig mache. Nach dem Urteil Turmoc gegen Ragsdale sollen weitere Präzedenzfälle folgen. Es geht um Pflichtberatungen wie in der Bundesrepublik; um die Einwilligung von Eltern zu Abtreibungen bei jugendlichen Schwangeren und anderes mehr.

Jetzt mobilisiert die US-Frauenbewegung zu einem großen Marsch nach Washington im November. Eine Million Frauen sollen aktiviert werden, um Druck auf den Kongress auszuüben und die zweifelsfrei liberalere Haltung der Bevölkerung gegenüber dem Urteil des Obersten Gerichtshofs zum Ausdruck zu bringen. Bleibt zu hoffen, daß der Frauenbewegung das gelingt. □

DIE GRÜNEN IM BUNDESTAG

»ARGUMENTE« ZUR FRAUENPOLITIK

Entscheidungsfreiheit statt Bevormundung

Dokumentation der öffentlichen Anhörung der GRÜNEN im Bundestag gegen das geplante Beratungsgesetz und für die Streichung des § 218. Beiträge u.a. von Verena Krieger, Rosa Schmidt, Gerhard Amendt.

1. Auflage November 1988, 82 Seiten
Schutzgebühr: DM 2,50 ab 10 Ex. DM 2,-

Gegen das geplante Beratungsgesetz zum § 218

Warum »Beratung« zur Entmündigung wird. Aus dem Inhalt: Das geplante Gesetz, Antrag und Gesetzentwurf der Fraktion, GRÜNE Alternative.

3. Auflage September 1988, 32 Seiten
Schutzgebühr DM 1,50 ab 10 Ex. DM 1,-

In Vorbereitung:

Abtreibung neu diskutieren
Dokumentation der Grünen Frauenforen »Selbstbestimmung und Bevölkerungspolitik« und »Welche Antworten gibt es auf den Tötungsvorwurf?«

Bezug über: DIE GRÜNEN
Colmantstraße 36 · 5300 Bonn 1
Telefon: 0228/692021

Argumente

ENTSCHIEDUNGSFREIHEIT
STATT BEVORMUNDUNG

DIE GRÜNEN

Argumente

Gegen
das geplante
Beratungsgesetz
zum § 218

DIE GRÜNEN

Anthropologentagung geplatzt

Das Land ist still, was beunruhigt eigentlich die Teams in der Genforschung? Auch der Organisator der geplanten 21. Tagung der Gesellschaft für Anthropologie und Humangenetik, der Populationsgenetiker Professor Hubert Walter, mauert, als er nach dem Inhalt der Tagung gefragt wird: „Die Tagung ist für die Presse eigentlich gar nicht so sehr interessant. Alles Wesentliche wird auf einer Pressekonferenz am 20. September bekanntgegeben.“

Das schienen andere auch zu finden. Die Humangenetiker zum Beispiel, die fast geschlossen abgesagt hatten, da sie mittlerweile eine eigene fachliche Vertretung, die Gesellschaft für Humangenetik, haben. Doch immerhin 150 Anthropologen, unter anderem aus den USA, Japan, der Sowjetunion und der DDR, waren kurz vor dem Anmarsch. Zwei Tage vor der offiziellen Eröffnung hieß es dann von Professor Walter, daß man den Kongreß habe absagen müssen. Er gehe davon aus, daß die Tagung nicht ungestört und nur unter Polizeischutz habe durchgeführt werden können, da Gewalt angedroht worden sei. (Damit Polizisten wissen, wofür sie ihre Köpfe und Knüppel hinhalten, werden in Niedersachsen jetzt sogar schon Ausflüge zur politischen Bildung in eine Genforschungseinrichtung in Braunschweig veranstaltet.)

Hintergrund des Ganzen: Das Bremer Frauenplenum gegen Gentechnologie und Bevölkerungspolitik hatte unter dem Motto „Wir bringen den Kongreß zum Tanzen“ zu Gegenaktivitäten aufgerufen. Das Plenum greift die Anthropologie grundsätzlich als Wissenschaft an, die biologistische, rassistische und sexistische Ideologien produziert und rechtfertigt. Die Bremer Frauen weisen darauf hin, daß die Gesellschaft für Anthropologie und Hu-

mangenetik 1948 bei ihrer Gründung Sammelbecken als derer wurde, die schon im Nationalsozialismus führende Positionen als Rassekundler und Eugeniker innegehabt hatten.

Professor Walter dagegen beklagte sich bei der öffentlichen Absage des Kongresses bitter: Die Kritikerinnen hätten das Programm ja gar nicht gekannt, sondern sich allein auf den Namen der Gesellschaft gestützt. Ob sie nach der Lektüre der vorab verschickten Abstracts zum Kongreß ihre Haltung geändert hätten?

Aber vielleicht hätte sie folgende Beobachtung aus dem Steinheimer Wald der Jahre 1881 bis 1981 gar nicht interessiert: „Für die 420 Ehen umfassende Bevölkerung mit abgeschlossener Reproduktionsphase wurde ein durchschnittlicher Inzuchtkoeffizient von 0,00542, für die Teilpopulation der konsanguinen Ehen von 0,02909 ermittelt.“ Diese hinreißende Erkenntnis stammt aus einer Untersuchung von W. Scheffran über die Verwandtschaftsbeziehungen schweizerischer Walser.

Interessanter ist da schon die Studie von Voland und Engel aus Göttingen über die Erscheinungsform „Biologischer Angepaßtheit“, worunter zu verstehen ist, daß das durchschnittliche Heiratsalter der Frauen im ostfriesischen Krummhörn um so geringer war, je reicher die heiratswilligen Bauern. „Wir interpretieren dies als Ausdruck einer konditionalen Partnerwahlstrategie mit altersabhängig sinkendem Anspruch an die ‚Qualität‘ des Partners.“ Alles klar?

Für K. Sommer von der Ost-Berliner Humboldt-Universität sind fundierte anthropologische Kenntnisse „wissenschaftliche Grundlage zur Schaffung erschwernisfreier, effektivitäts- und per-

sönlichkeitsfördernder Arbeitsbedingungen, – mittel, – gestaltung, Gewährleistung der Arbeitssicherheit, Erhöhung der Arbeitsproduktivität, Verbesserung der Gebrauchswerteigenschaften der Produkte“. In der Sportpraxis könnten anthropologische Kenntnisse zur Einschätzung der Eignung für Training und zur Trainingsgestaltung genutzt werden.

Dem Kongreßpublikum sollte sogar Nachhilfeunterricht in genetischer Wahrsagerei erteilt werden: Die Handlungen entstünden weitgehend unabhängig von Umwelteinflüssen und zeichneten gar das Menetekel eines Kindes mit Trisomie 21 den Eltern deutlich auf die Hand. Ganz nebenbei sollte Christian Rittner aus Mainz auf dem Kongreß auch über den „Stellenwert der DNA-Analyse bei rechtsmedizinischen Fragen“ referieren.

Schwierigkeiten macht nur noch die computergestützte Auswertung der DNA-Fingerabdrücke: „Einerseits ist das genetische Modell meist nicht vollständig bekannt. Anzahl der beteiligten Genorte, Anzahl der Allelen sowie das Zusammenwirken der Genorte beim Entstehen des Bandenmusters sind größtenteils ungeklärt. Andererseits wäre selbst bei vollständig bekanntem genetischen Modell eine große Anzahl von Parametern zu schätzen. Aufgrund des geringen Umfangs vorhandener Familiendaten scheint eine verlässliche Schätzung dieser vielen Parameter nicht möglich.“ Also werden die Gendetektive noch fleißig Daten sammeln müssen, bis ihre Ermittlungen etwas nützen. Und die Hilfe nicht nur der niedersächsischen Polizei beanspruchen. Ob da eine geplante Namensänderung und ein neues Gesicht der Gesellschaft mehr ist als Retusche, dürfte fraglich sein.

Hans René Bockig

Der 21. Kongreß der Gesellschaft für Anthropologie und Humangenetik sollte in diesem Jahr eigentlich im September in Bremen stattfinden. Doch die Veranstaltung fiel ersatzlos aus

Retusche reicht nicht



**Mein Bauch gehört
Dir**

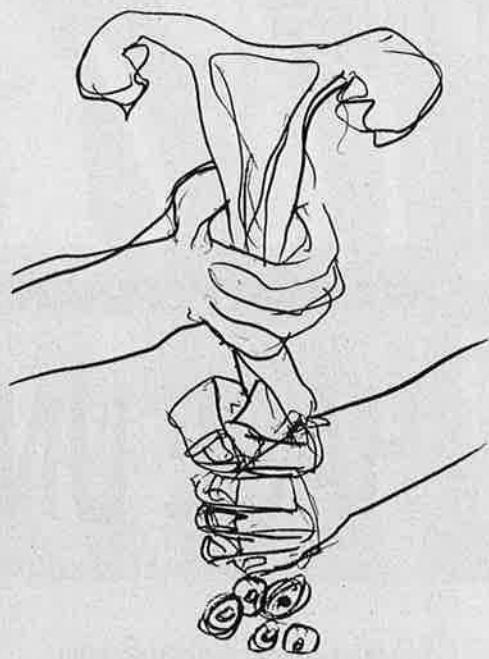
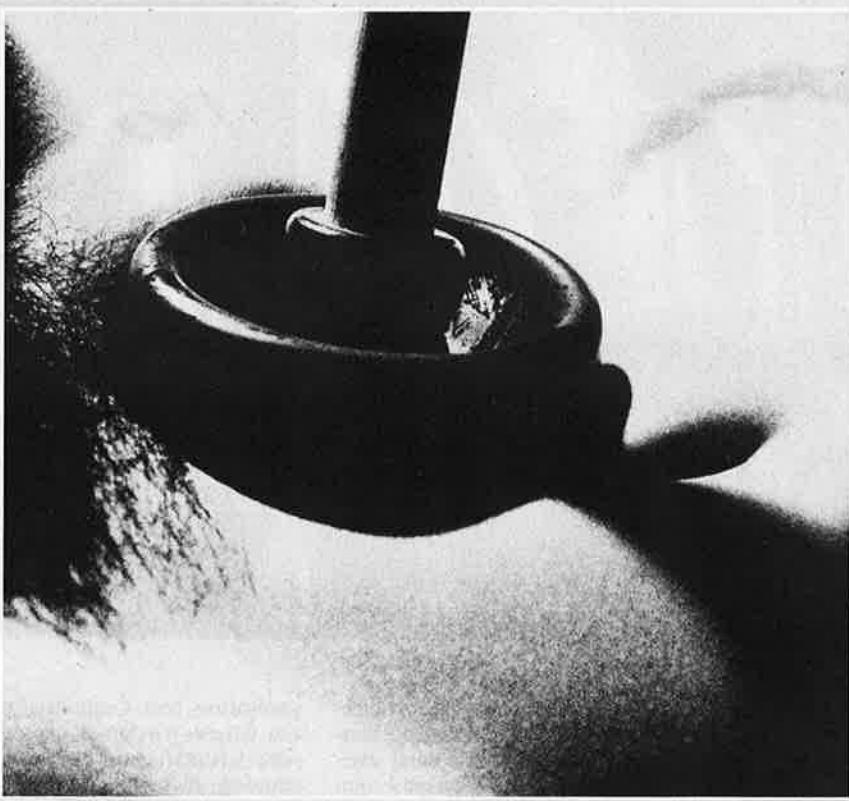
„Ja komm, steck rein,
ja, ja ruhig mehr,
und tiefer, genau so,
ja, jetzt blasen,
jetzt, ahhh,
(Sie stöhnt),
ich fühle, wie alles
weiter wird,
saug, mehr, jaaaa
(heftigeres Stöhnen),
saug alles raus, ahhhh
(Sie hält es nicht
mehr aus, ohne
laut zu schreien),
jetzt rausziehen,
langsam, ahhhh.“
„Fertig!“
„Fix und fertig,
in Narkose hätte ich
diesen Eisprung nie
erlebt.“

appetitlich
einen hamburger essen
menschlich
unfruchtbarkeit ist nicht
gleich kinderlosigkeit
kreativ
die ärzte in den genlaboren
aufregend
die entstehung von leben
zwischen glas und schläuchen
praktisch
die tiefkühltruhe
unterhaltsam
das familienprogramm
von commodore

was darf es sein?

das formschöne Gesicht
das intelligente Kind
ein Kind ohne Behinderung
der chemiefeste Arbeiter
die Büroangestellte mit
verschleißfreien Gelenken
der Bildschirmarbeiter
ohne Sehstörungen
der krebsfreie
Asbestarbeiter
der strahlenresistente
Embryo

Zwei Studentinnen der Hamburger Hochschule für bildende Künste, Inge Luttermann und Juliane Westphal, haben mit „Verwandlungen im Kleinsten“ einen faszinierenden Bildband über Gentechnologie vorgelegt. Absicht war es, eine künstlerische Form zu suchen, die Inhalte auf eine sinnliche Art ausdrückt, ohne auf Argumentationsmuster herschender Logik zurückzugreifen, so die Autorinnen. Dies ist gelungen, die drastische Sprache der Fotos und Texte hält die Betrachter fest, wenn auch einige allzu agitatorische Schablonen dem ein wenig Abbruch tun. Doch wer den teilweise fast brutalen Bilder gar keinen Glauben schenken mag, vergewissere sich in dem neu erschienen Band von Renate D. Klein, Das Geschäft mit der Hoffnung. Frauen berichten über ihre Erfahrungen mit der Fortpflanzungsmedizin. Klein liefert die Argumente zu den Bildern und Kurztexten in „Verwandlungen im Kleinsten“.



Verwandlungen im Kleinsten



Familie 89

Wir wollen ...
eine harmonische Zeugung
keine Stöße
eine gleichberechtigte Beziehung
keine Schwangerschaft
einen gesunden Embryo
keine Bakterien
eine sanfte Geburt
keine Wehen
ein sauberes Kind
kein Blut
eine Hausgebur
nimm das Glas mit nach Hause
unser Hobby: Sex

EMBRYONENSCHUTZGESETZ

HASE UND IGEL

**Die Wissenschaft setzt Fakten,
die Politik rennt erfolglos wie
der Hase dem Igel hinterher.
Das Embryonenschutzgesetz,
mit dem sich im September der
Bundesrat befaßt hat, will das
ändern. Den Wettkauf kommen-
tieren Anne Waldschmidt und
Gabriele Peter**

Schweren Zeiten sehen Reproduktionsmediziner, Gynäkologen und Embryologen entgegen, könnte man meinen. Während sich im Ausland den Forscherinnen und Forschern von keinem Gesetz gehemmt in der Reproduktionsmedizin ein weites Betätigungsgebiet bietet, müssen bundesdeutsche Vertreter der Zunft sich mit einem Forschungsmoratorium abfinden. Zu allem Überfluß droht jetzt „das restriktivste Embryonenschutzgesetz der Welt“, so jedenfalls die offizielle Charakterisierung des Gesetzesvorhabens, das die Bundesregierung am 19. Juli auf den Weg gebracht hat.

So schlimm wird es wohl nicht kommen. Die 1988 der Zentralen Ethik-Kommission der Bundesärztekammer (BÄK) zur Genehmigung vorgelegten Forschungsanträge in diesem Bereich verdeutlichen das Bemühen der bundesdeutschen Forscher, die Lücken der berufsrechtlichen Regelungen zu nutzen. Von den insgesamt fünf Anträgen, die zur Beurteilung und Genehmigung anstanden, bezogen sich drei Vorhaben auf das Einfrieren von Eizellen im Vorkernstadium. Weltweit arbeiten Forscherteams an der sogenannten Kryokonservierung von Keimzellen und Embryonen, an verschiedenen Tiefgefrier- und Gefrierschutztechniken sowie über unterschiedliche Zeitpunkte des Einfrierens. Im Bericht der BÄK-Kommission werden diese Experimente „Heilversuche“ genannt. Mit keinem Wort erwähnt wird allerdings, daß die tiefgekühlten Keimzellen gleichzeitig das Reservoir für die fortgeschrittenstechnologische Arbeit der Zukunft bilden. Die Anträge erhielten grünes Licht.

Ein vierter Projekt, das der Kommission vorlag, hatte sich zytopathologische Analysen und Genomanalysen von inseminierten, aber noch nicht befruchteten Eizellen vorgenommen, um Kenntnisse von ihrer Chromosomenor-

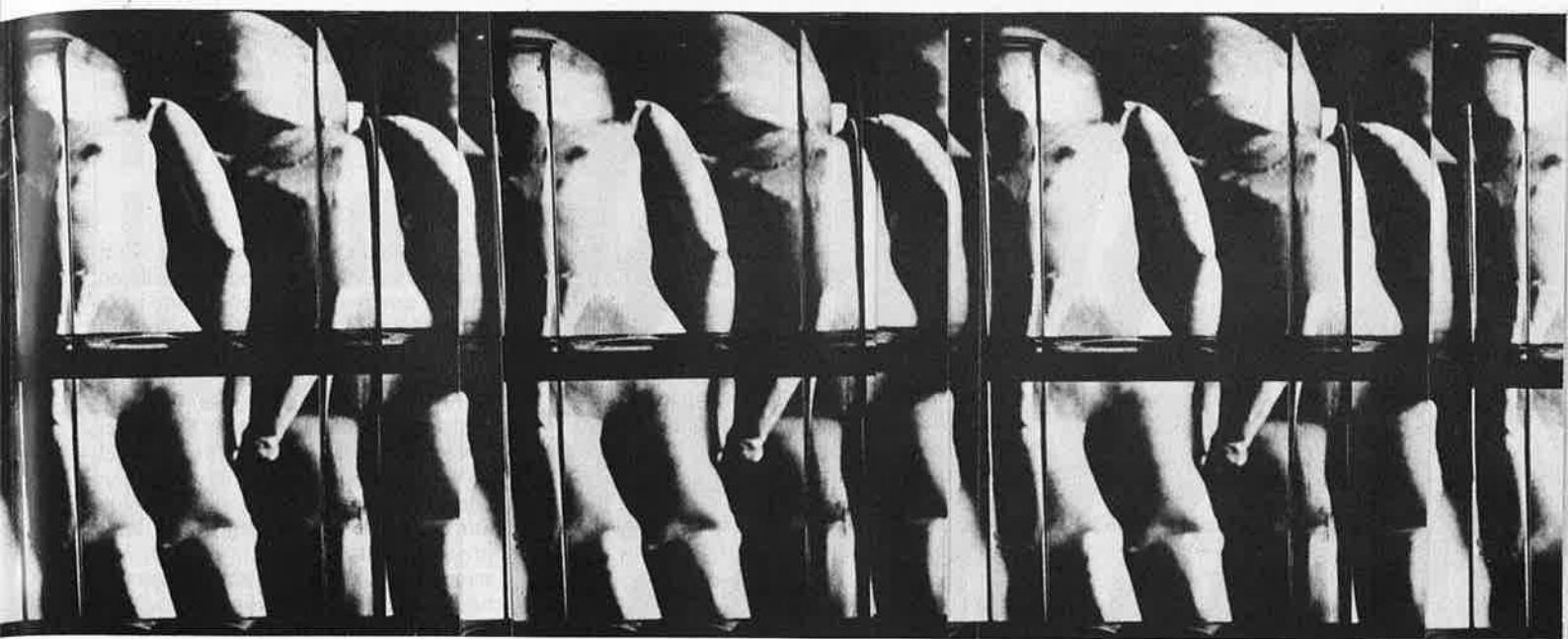


ganisation und Genaktivität zu erhalten. Dieses Vorhaben erntete methodische Kritiken, ethische Vorbehalte bestanden nicht. Die Forschung über Chromosomenaberrationen menschlicher Eizellen und über Embryonen mit mehreren Vorkernen ist mittlerweile in vielen Ländern fest etabliert.

Die Arbeiten über Befruchtungsabläufe und Steuerung der Chromosomenverteilung in Keimzellen müssen im Zusammenhang mit den Forschungen zur Genomanalyse an Embryonen vor ihrer Rückverpflanzung in den Körper der Frau geschehen werden. Die Präimplantationsdiagnostik wird von europäischen, australischen und ostasiatischen Forschergruppen weiter perfektioniert, um nicht allein nur Chromosomenanalysen, sondern in Zukunft auch DNA-Analysen zu ermöglichen. Immer früher und präziser Erbkrankheiten aufzuspüren, ist das Ziel. Die Embryonendiagnostik ist außerdem eine wichtige Grundlagenforschung zur Entwicklung von Gen- und Keimbahntherapie.

Der fünfte Projektantrag war ein weiterer Vorstoß, um gegenüber den ausländischen Forscherkollegen aufzuholen. Doch das Projekt erhielt von der Ethik-Kommission „zum gegenwärtigen Zeitpunkt und Erfahrungsstand“ keine Zustimmung. Es ging um schönfärbigerisch „assistierte Fertilisation“ genannte Forschungsbemühungen, mit dem Ziel, Spermien, die zur Penetration der Zona Pellucida der Eizelle nicht fähig sind, den Weg zu bahnen. Es sollen bereits Kinder nach dieser Art der Befruchtung geboren werden sein, trotz der großen Fragwürdigkeit dieses Verfahrens. Schließlich wird auf diese Weise männliche Unfruchtbarkeit über medizinische Eingriffe in den Körper der Frau therapiert.

Während in der biomedizinischen Forschung bereits Fakten geschaffen



werden, planen die Politiker zaghaftes Regelungsversuche. Der Entwurf des Embryonenschutzgesetzes (ESchG) der Bundesregierung geht über eine strafrechtliche Verbotsbene nicht hinaus. Mit Mitteln des Strafrechts aber die Reproduktionstechnologie einschränken oder die Embryonenforschung kontrollieren zu wollen, geht völlig an der Realität vorbei. Ebenso bleiben die zahlreichen rechtlichen Folgeprobleme, die ihre Anwendung verursacht, ungeklärt.

Als erste offizielle Instanz befaßte sich jetzt der Bundesrat mit dem Entwurf des ESchG. Gleichzeitig hatte er über entsprechende Gesetzentwürfe der Länder Bayern und Niedersachsen zu entscheiden, die bereits vor Monaten vorgelegt worden waren. Der bayerische Entwurf eines „Fortpflanzungsmedizingesetzes“, der Ende letzten Jahres veröffentlicht worden war, beinhaltet restriktivere Vorschriften als die Regierungsvorlage und beschränkt sich nicht auf strafrechtliche Verbotsregelungen. Er enthält unter anderem einen Änderungsvorschlag für das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB), um Mutterschaft zu definieren. Die künstliche Befruchtung sollte nur bei Ehepaaren unter Verwendung ihrer eigenen Keimzellen, also im homologen System, zulässig, Samen- und Eispenden verboten sein. Auch die Strafbarkeit der Leihmutter war im Entwurf Bayerns ausgedehnt worden.

Im Rechtsausschuß des Bundesrats ist dieser Entwurf auf Ablehnung gestoßen. Nach Ausschußmeinung sollten Samenspenden bei der künstlichen Befruchtung straffrei bleiben, nicht dagegen bei der Befruchtung im Glas mit anschließendem Embryotransfer. Außerdem empfahl der Rechtsausschuß eine Gleichbehandlung von Ehepaaren mit nichtehelichen Lebensgemeinschaften – soweit die künstliche Befruchtung mit Keimzellen des Partners vollzogen

wird – nicht dagegen bei Verwendung von Spendersamen. Befürwortet wurde eine Änderung des BGB, durch die die Anfechtung der Ehelichkeit des Kindes durch den Ehemann ausgeschlossen werden soll, wenn er zuvor einer Samenspende zugestimmt hat. Anonymous Samenspendern soll garantiert werden, daß sie in keinem Fall die rechtlichen Folgen der Vaterschaft zu spüren bekommen.

In seiner Plenarsitzung am 22. September hat sich der Bundesrat der Empfehlung des Rechtsausschusses angeschlossen und den bayerischen Entwurf zurückgewiesen. Dennoch ist die Vorlage Bayerns nicht in der Schublade verschwunden, sondern zur wesentlichen Grundlage für die Stellungnahme des Bundesrats zum ESchG-Entwurf geworden. Offensichtlich ist sogar wörtlich abgeschrieben worden: So soll das neue Gesetz statt „Embryonenschutzgesetz“ die Bezeichnung „Fortpflanzungsmedizingesetz“ bekommen. Auch die Regelung eines „Arztvorbehalt“, wie sie der bayerische Entwurf vorsah, ist für gut befunden worden. Alle Nichtmediziner machen sich dann strafbar, wenn sie künstliche Befruchtungen durchführen. Für den einzelnen Arzt ist die Mithilfe freiwillig. Letztlich hat der Freiwilligkeitsvorbehalt zur Konsequenz, daß die ethischen und politischen Diskussionen über diese Technologien unterdrückt werden. Grundsätzliche Skrupel gegenüber der Fortpflanzungsmedizin werden zur reinen Gewissensentscheidung einzelner Ärztinnen und Ärzte.

Auch die präzisere Verbotsformulierung des bayerischen Entwurfs hat der Bundesrat übernommen. Obwohl sonst Grundgesetzänderungen sorgfältigen Abwägungen unterzogen werden, will in diesem Fall der Bundesrat ohne Probleme die verfassungsrechtliche Garantie der Freiheit und Forschung antasten. Verhindert werden soll ein mögli-

Das Verbot der gezielten Abtötung von Mehrlingen nach künstlicher Befruchtung will der Bundesrat über den Paragraphen 218 geregelt wissen. Eine neue Abtreibungs- debatte steht bevor, die das Ziel der Straffreiheit in weite Ferne rücken läßt

cher „Dammbruch“ der Embryonenforschung. Die Menschenwürde wird als höherrangiges Gut gegenüber der Forschungsfreiheit gewertet.

So weit, so gut. Doch hinter dieser konsequenten Haltung verbirgt sich die Argumentation der „Lebensschützer“, die Menschenwürde nur für das ungeborene Leben reklamieren. Die Fortpflanzungsmedizin selbst gilt nicht als Verstoß gegen die Menschenwürde und schon gar nicht gegen die der Frau. Sanktionslos dürfen Frauen weiterhin als Forschungsressource benutzt werden. In die gleiche Stoßrichtung zielen die vorgeschlagenen zusätzlichen Regelungen zur Leihmutter. Auch hier ist es nicht die funktionalisierte Rolle der Frau als Gebärmaschine, die den Eingriff des Gesetzgebers rechtfertigt, sondern das Kindeswohl, das durch „gespaltene Mutterschaft“ bedroht sein soll. Werbung und Vermittlung von Leihmutterchaften will der Bundesrat stärker sanktioniert wissen. In seiner Stellungnahme ist ebenso die von Bayern vorgeschlagene Änderung ► dg 47

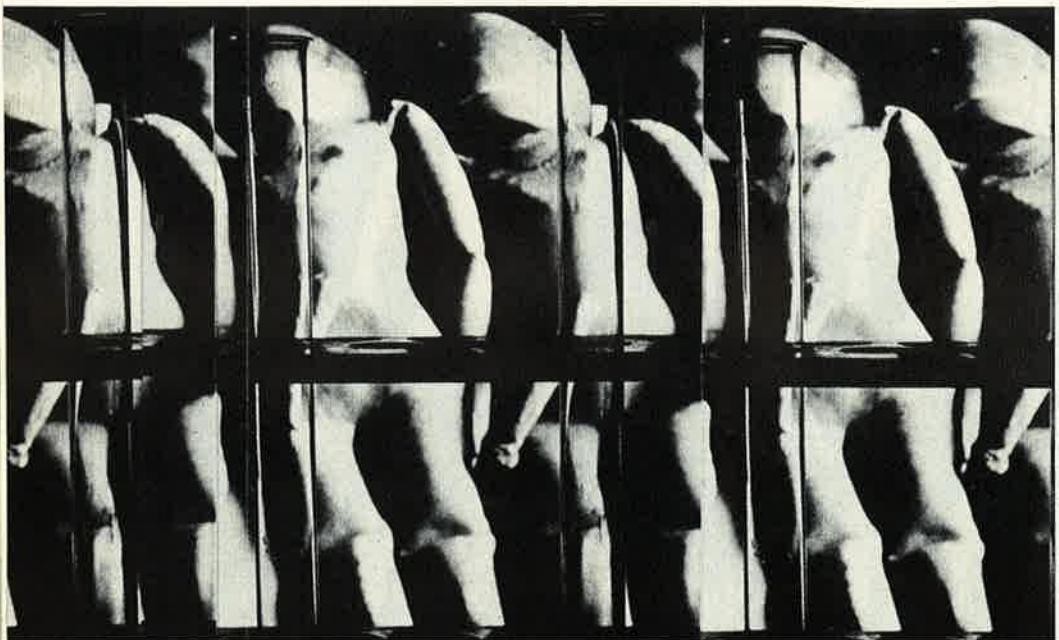


Foto: Verwandlung im Klarstein

**Weil die Mitwirkung von
Medizinern an der künstlichen
Befruchtung freiwillig sein soll,
wird der Gesetzgeber die leidige
Diskussion über die ethischen
Probleme los. Grundsätzliche
Bedenken gegenüber der
Reproduktionsmedizin werden
an das Gewissen einzelner
Ärztinnen und Ärzte delegiert**

des BGB enthalten, daß nur die Frau als Mutter anzusehen sei, die das Kind geboren habe.

Unabhängig von der bayerischen Vorlage empfiehlt der Bundesrat, das Verbot der gezielten Abtötung von Mehrlingen im Mutterleib nach künstlicher Befruchtung („Fetozid“) durch eine Änderung der Paragraphen 218 und folgende des Strafgesetzbuchs festzuschreiben. Der erste Schritt ist damit getan, um eine neue Debatte um die Abtreibungsgesetzgebung zu eröffnen. Wird die Abtreibung künstlich erzeugter Embryonen verboten, so wird nach herrschender Argumentation mit den übrigen Schwangerschaftsabbrüchen nicht anders verfahren werden dürfen. Die Legalisierung der Abtreibung rückt in weite Ferne.

Im Antrag Niedersachsens ging es um eine Grundgesetzänderung, die eine Ausdehnung der Gesetzgebungs kompetenz des Bundes im Bereich der künstlichen Befruchtung und der Humangenetik zum Ziel hat. Noch liegt

die Gesetzgebungsbefugnis für Fortpflanzungsmedizin, Genomanalyse sowie Gentherapie – zivil- und strafrechtliche Regelungen ausgenommen – in der Hand der Länder. Der Bundesrat hat die Initiative zur Grundgesetzänderung gebilligt und an den Bundestag weitergeleitet. Tatsächlich erfordern diese medizinischen Techniken umfassendere Bestimmungen als die geplanten. Aber weder der Bund noch die Länder bemühen sich um ein adäquates Regelwerk. Der Bundesgesetzgeber beschränkt sich auf das wahrscheinlich wirkungslose Strafrecht, und die Länder wollen ihre Gesetzgebungs befugnis freiwillig an den Bund abgeben, was in der Geschichte der Bundesrepublik erst zum zweiten Mal passiert. Die Hilflosigkeit der Gesetzgebungsinstanzen tritt hier offen zutage. Die weitere Diskussion um die offenbar ungeliebten Kompetenzen darf mit Spannung erwartet werden.

Die bundesdeutschen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler brauchen das Embryonenschutzgesetz nicht zu fürchten. Denn im Gesetzestext hat man sich selbst das Bein gestellt, über das das Vorhaben ins Stolpern geraten könnte. Das vorliegende Embryonenschutzgesetz beruft sich in seinen Grundannahmen auf den „Stand des naturwissenschaftlichen Wissens“, demzufolge ein Embryo mit der Kern verschmelzung entsteht. Zu diesem Zeitpunkt fängt menschliches Leben an, das nach dem Grundgesetz zu schützen ist. Folglich hat der Staat hier die Verpflichtung, es gegen Zugriffe – wenn nötig, auch mit dem Strafrecht – zu verteidigen. Ausgehend von dieser biologistischen Definition des Lebens beginns wird der Embryo für unantastbar erklärt. Der Stand des naturwissenschaftlichen Wissens aber ist keine unveränderliche Größe.

Derzeit sind Biologen und Molekulargenetiker eifrig dabei, den Beginn

menschlichen Lebens auf den Zeitpunkt der Genexpression zu verlegen. Einem englischen Forscherteam ist es in den Jahren 1987 und 1988 gelungen, den Beginn der Aktivität des vollständigen Chromosomensatzes, also des embryonalen Genoms, auf das 4-Zellstadium zu terminieren. Damit sei, so die Argumentation, die bis dato geltende Sichtweise hinfällig geworden. Die befruchtete Eizelle habe Individualität erst mit dem Beginn der Genexpression und nicht schon mit der Verschmelzung der beiden Kerne. Der embryonale Zellhaufen gilt demnach bis zu seinem 8-Zellstadium nicht als Mensch, entsprechend dürfen Keim und Embryozellen im Reagenzglas bis zur ersten Genexpression ruhigen Gewissens beforscht und verbraucht werden – danach nicht mehr. Frühste embryonale Entwicklungsstadien werden somit der wissenschaftlichen Verfügung anheimgestellt. Der Gesetzestext müßte vom eigenen Ansatz her und der Glaubwürdigkeit wegen diese naturwissenschaftlichen Umdefinierungsversuche nachvollziehen, also Forschung bis zur Genaktivität des Embryos zulassen – schließlich stützt er sich gerade auf die Prämissen der Biologie und der Genetik. Zu befürchten ist deshalb, daß das Embryonenschutzgesetz auf dem Wege parlamentarischer Änderungsanträge oder im Zuge künftiger Novellierungen von einem schon heute nur symbolischen Gesetz zum Schutz menschlicher Embryonen vollends zu einem Gesetz zur Förderung der Embryonenforschung und technisierter menschlicher Fortpflanzung verkommt.

Im Gegensatz zu den Interessen der beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler spielen die Bedürfnisse von Frauen in der Debatte um die In-vitro-Befruchtung nur eine geringe Rolle. Ebenso finden kritische Mediziner kaum öffentliches Gehör. Nur die Artikulation anderer, nichtwissenschaftlicher Interessen aber könnte den selbstgerechten Anspruch der Reproduktionsmediziner und Fortpflanzungstechnologen unterminieren, allein Definitionen und damit politische und juristische Normen zu setzen.

Im Fall des Embryonenschutzgesetzes ist das parlamentarische Geschäft noch nicht abgeschlossen. Das Gesetz befindet sich augenblicklich in der Beratung und ist längst noch nicht vom Bundestag verabschiedet. Es gibt also für alle Kritikerinnen und Kritiker der Fortpflanzungstechnologien noch einige Gelegenheiten, ihre Standpunkte im politischen Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozeß zu vertreten – laut und vernehmlich. □

Anne Wald-
schmidt ist wis-
senschaftliche
Mitarbeiterin im
Arbeitsbereich
Gen- und Fort-
pflanzungs-
technologie bei
der Bundes-
tagsfraktion der
Grünen.

Gabriele Peter
arbeitet dort als
wissenschaftli-
che Mitarbe-
rin im Justitia-
riat für den Ar-
beitskreis Frau-
enpolitik

IST KRIEG IN EUROPA NOCH FÜHRBAR?

MEDIZINISCHE ANALYSEN UND Szenarien

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein dichtbesiedeltes Land. Neben vielen Großstädten liegen Atomkraftwerke, Lager für atomare und fossile Brennstoffe, chemische Industrieansiedelungen, Lager für konventionelle, chemische und atomare Waffen.

Die Bundesrepublik ist durchzogen von Erdöl- und Erdgasleitungen, täglich werden auf der Straße und der Schiene hochgefährliche Güter transportiert.

WAS PASSIERT IN EINEM KRIEG IN UNSEREM LAND?

Wenn atomare, konventionelle oder chemische Waffen eingesetzt werden – haben wir eine Chance zu überleben? Wie steht es mit den Nahrungsvorräten, wie schnell ist das Trinkwasser verseucht, welche chemischen Stoffe werden freigesetzt, können unsere Städte evakuiert werden, wer soll die Verletzten pflegen? Wie sieht die medizinische Versorgung aus? In medizinisch-wissenschaftlichen Vorträgen sollen diese Probleme behandelt werden.

DIE INTERNATIONALEN ÄRZTE
FÜR DIE VERHÜTUNG DES ATOMKRIEGES (IPPNW)
MÖCHTEN SIE ZU DIESER TAGUNG
EINLADEN:

SAMSTAG, 25. NOVEMBER 1989
9.30-17.00 UHR
HAUS DER TECHNIK · HOLLESTRASSE
4300 ESSEN

TAGUNGSABLAUF

9.30 Eröffnung: Prof. Dr. med Ulrich Gottstein
(Bürgerhospital Frankfurt/M)

9.45 Dr. med. Walter Popp (Universitätsklinik Essen):
Medizinische Auswirkungen eines Krieges in Mitteleuropa auf die Bevölkerung
der Bundesrepublik Deutschland. – Anschließend Diskussion

10.30 Prof. Dr. sc. med. Hans Röding (Bezirkskrankenhaus Potsdam):
Medizinische Auswirkungen eines Krieges in Mitteleuropa auf die Bevölkerung
der Deutschen Demokratischen Republik – Anschließend Diskussion

11.30 Ursus Fuhrmann (Hauptreferent beim Deutschen Städtetag):
Zivilschutz aus der Sicht der Städte – Anschließend Diskussion

12.30 Mittagspause.
Belegte Brötchen und Getränke stehen zur Verfügung.

13.00 Prof. Dr. med. Roland Scholz (Universität München) und
Prof. Dr. med. Thomas Zilker (Universitätsklinik München):
Chemisch-toxikologische Auswirkungen eines Krieges in Mitteleuropa und
Erfahrungen medizinischer Behandlung von Opfern chemischer Kampfstoffe
des Irak/Iran-Krieges – Anschließend Diskussion

14.00 Prof. Dr. med. Dieter Gerecke (Köln):
(angefragt)
Möglichkeiten moderner Behandlungsverfahren im Falle eines Krieges in
Mitteleuropa. – Anschließend Diskussion

14.45 Prof. Dr. Kathryn Nixdorff (Institut f. Mikrobiologie TH Darmstadt):
Seuchenhygienische Auswirkungen eines Krieges in Mitteleuropa.
Anschließend Diskussion

15.30 Prof. Dr. med. Bernd Domres (Universitätsklinik Tübingen):
Medizinischer Erdbeben Einsatz in Armenien und die psychische Befindlichkeit
der Überlebenden. – Anschließend Diskussion

16.15 Dr. med. Hermann Flux (Kassel):
Die Genfer Zusatzprotokolle und ihre Bedeutung für einen Krieg in Europa. –
Anschließend Diskussion

16.45 Schlußwort: Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein

BITTE AUSSCHNEIDEN UND SENDEN AN:

IPPNW, BAHNHOFSTRASSE 24, 6501 HEIDESHEIM

Hinweis: Die Deutsche Bundesbahn bietet den Teilnehmern der Tagung die Möglichkeit,
mit 30% Ermäßigung anzureisen. Interessenten mögen sich bitte bei der Geschäftsstelle
der IPPNW rechtzeitig melden!

- Ich nehme an der Tagung teil und melde mich hiermit an.
 Ich bitte um Zusendung des Belegs für die 30%ige Ermäßigung der Bundesbahn
 Ich muß in Essen übernachten:
 Freitag, 24.11. auf Samstag, 25.11. Samstag, 25.11 auf Sonntag 26.11.1989
 Ich möchte im Hotel übernachten Ich möchte privat übernachten.

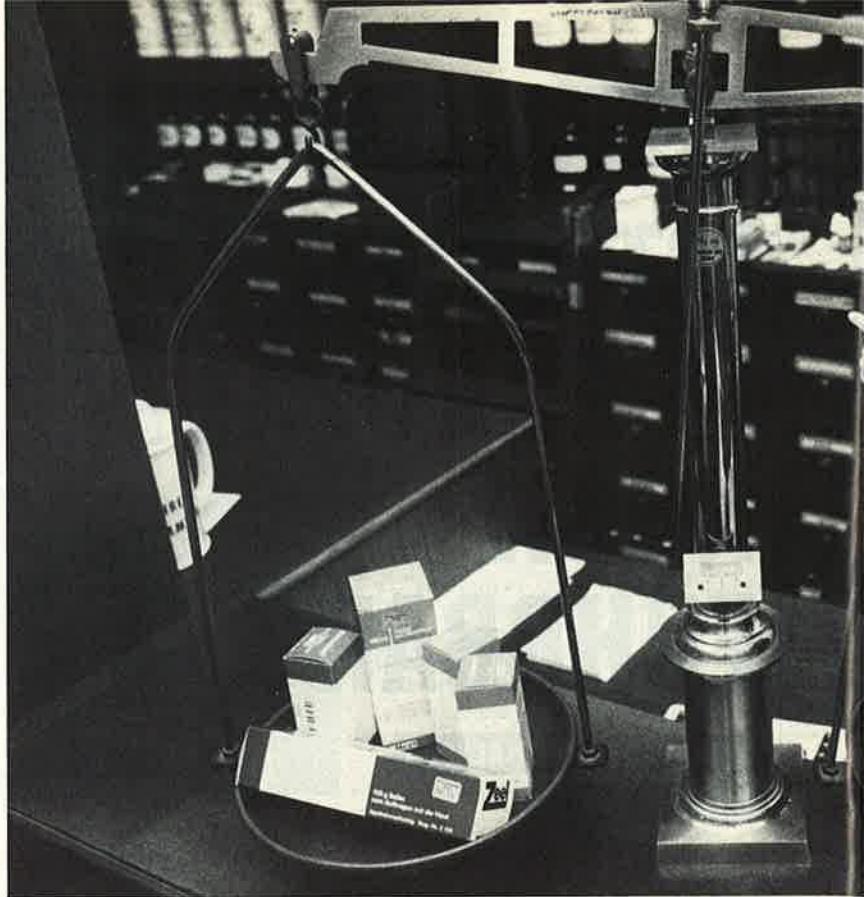
Name, Vorname _____

Straße _____

Datum _____ Unterschrift _____

Einer der wenigen positiven Posten im „Gesundheitsreformgesetz“, die Negativliste, ist vorerst gestoppt. Dabei hätte sie der wichtigsten Forderung an eine qualitativ hochstehende Arzneimitteltherapie, dem gesicherten therapeutischen Nutzen, auf die Beine helfen können.

Gerd Glaeske zu dem Hin und Her



NEGATIVLISTE

POSITIVPOSTEN

Viele rieben sich verwundert die Augen, als im Juli 1989 in den Arznei-Informationen der Gesetzlichen Krankenversicherungen zu lesen war: „Negativliste im Herbst – FDP gibt Widerstand auf.“ Zu lange war bereits kontrovers hin und her diskutiert worden, was im Paragraphen 34 des „Gesundheitsreformgesetzes“ (GRG) unter der Überschrift „Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel“ formuliert ist. Dieser Paragraph eröffnet dem Bundesarbeitsministerium (BMA) die Möglichkeit, Arzneimittel unter ganz bestimmten Voraussetzungen für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr aus der Erstattung der Krankenkassen herauszunehmen.

Im Absatz 2 werden Arzneimittel angesprochen, – die „üblicherweise gegen geringfügige Gesundheitsstörungen verordnet werden“, im Absatz 3 Arzneimittel, die unwirtschaftlich sind. Hierunter fallen insbesondere solche Produkte, die für das angestrebte „Therapieziel oder zur Minderung von

Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist.“ Für beide Kriterien gilt die Einschränkung, daß bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen (wie homöopathischen, phytotherapeutischen oder anthroposophischen Arzneimitteln) der besonderen Wirkweise dieser Mittel Rechnung zu tragen ist.

Nun ist eine „Negativliste“ keineswegs so neu in „diesem unserem Lande“ wie das Datum des Inkrafttretens des GRG am 1. Januar 1989 glauben machen könnte. Bereits am 1. April 1983 war eine derartige Liste in Kraft getreten, die ganz nach dem Muster des Absatzes 2 des Paragraphen 34 „gestrichen“ worden war: Also Ausgrenzung der Therapie mit Arzneimitteln bei sogenannten geringfügigen Gesundheitsstörungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Über den Unsinn dieser Regelung wurde allerdings schon bald gestritten: So konnten die Krankenkassen darauf

verweisen, daß die kostendämpfenden Resultate, die sich die Verantwortlichen im BMA von dieser Regelung erwarteten, nämlich eine Ersparnis von 350 bis 400 Millionen Mark, nie und nimmer erreicht wurden. Das Ausweichen der Ärzte auf „andere Erkrankungen“, als Begründung für die Verordnung eines Negativisten-Mittels, zum Beispiel fiebrigke Bronchitis statt einfacher Erkältung, machte einen Großteil der anvisierten Einsparungen zunichte. Heute werden sogar die meist völlig unsinnigen Grippemittel wieder so häufig verordnet, daß die GKV 40 Millionen Mark dafür ausgibt. Darüber hinaus spricht gegen eine solche Form der Negativliste, also gegen die Ausgrenzung ganzer Krankheits- oder Symptombereiche, daß sie schlicht unsozial ist. Schließlich werden Krankenkassenbeiträge von den Versicherten eingezahlt, damit sie beim Vorliegen von Befindlichkeitsstörungen bishin zu Krankheitssymptomen therapiert werden können.

Daher war die Fachöffentlichkeit zu Beginn des Jahres 1989 einigermaßen erstaunt, daß trotz bekannten Kritikpunkten an diesem Typ Negativliste offensichtlich eine Fortsetzung geplant war. In die Diskussion gerieten Arznei-



Foto: Joker

Anlässe für Unmut geboten werden sollten.

Doch die Männer um Blüm gaben nicht auf und besannen sich auf den dritten Absatz des Paragraphen 34, der den Ausschluß unwirtschaftlicher Arzneimittel unabhängig vom Krankheitsbild regeln kann. In einem Schreiben des zuständigen Ministerialdirektors Jung wird der Begriff „unwirtschaftliches Arzneimittel“ folgendermaßen „übersetzt“:

- „Für die Verordnung nach Paragraphen 34 Abs. 3 (unwirtschaftliche Arzneimittel) interessiert,
 - welche Wirkstoffe üblicherweise als nicht erforderliche Bestandteile zu bezeichnen sind,
 - welche Wirkstoffe aus Gründen ihrer pharmakotherapeutischen Eigenschaften nach dem Stand der Wissenschaften nicht in fixen Kombinationen eingesetzt werden sollen,
 - ab welcher Zahl von Wirkstoffen in fixen Arzneimittelkombinationen therapeutische Wirksamkeit, Nutzen Wechselwirkungen und Risiken der Arzneimittelkombination nicht mehr mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können und
 - für welche Wirkstoffe der therapeutische Nutzen als nicht nachgewiesen werden kann.“

Diese Fragestellungen legen die Zielrichtung fest: Alle als nicht sinnvoll erkannten fixen Kombinationspräparate und alle bislang von den sogenannten Aufbereitungskommissionen beim Bundesgesundheitsamt negativ bewerteten Wirkstoffe sollten von der Leistungspflicht der GKV ausgeschließt werden (siehe hierzu auch dg 7/8/1989). einige Beispiele aus dem Referentenentwurf (Stand 7. September 1989) mit eigenen Arzneimittelnennungen in Klammern:

- Antifibrillantien mit anderen Wirkstoffen (zum Beispiel Cordichin: Chinidin + Verapamil)
- Benzodiazepine mit anderen Wirkstoffen (zum Beispiel Persumbran: Oxazepam + Dipyridamol; zum Beispiel Silentan: Diazepam, Acetylsalicylsäure; zum Beispiel Limbatril: Chlordiazepoxid + Amitriptylin)
- Chinin mit anderen Wirkstoffen (zum Beispiel Togal: Chinin + Lithiumcarbonat + Acetylsalicylsäure)
- Herzglykoside mit anderen Wirkstoffen (zum Beispiel Nitro-Novodigal: β -Acetyl digoxin + PETN)

Für die Negativ-Monographien („therapeutischer Nutzen nicht erwiesen“) wurde eine gesonderte Anlage zum Referentenentwurf erstellt, darunter befinden sich zum Beispiel Buccatin, Cholin, Cinnerazin bei Hirnleistungsstörungen im Alter, Clofezon, Crotamiton, Dantron und viele andere mehr.

Die Reaktionen auf diesen Referentenentwurf waren wiederum drastisch: Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßten den Entwurf, weil er darauf reagiert, daß nach wie vor in

erheblichem Umfang gegen die Einhaltung der Arzneimittel-Richtlinien verstößen wird, in denen der verordnende Arzt bei der Verschreibung auf den nachgewiesenen therapeutischen Nutzen beziehungsweise die plausible Kombination zu achten hat. Dagegen machten die pharmazeutischen Hersteller sofort eine Rechnung auf, wer denn alles in welchem Umfang von dem tangierten 1,5-Milliarden-Segment betroffen ist. Der Entwurf übertrifft die Befürchtungen der Arzneimittelhersteller, er strafe vor allem kleine und mittlere Firmen. Die Apotheker befürchten, daß die geplante Negativliste in die Kompetenzen des Bundesgesundheitsministers eingeinge, der doch mit der 4. Arzneimittelgesetz-Novelle den Pharmaherstellern die Möglichkeit biete, ihre Produkte dem herrschenden Kenntnisstand anzupassen (siehe dg 10/89). Die Ärzteverbände vertraten unterschiedliche Meinungen, manchen war der vorgesehene Ausschluß in „bestimmten Kombinationen“ jedoch zu weitgehend.

Vor allem die homöopathisch und phytotherapeutisch tätigen Ärzte fühlten sich in ihrer Therapiefreiheit eingeschränkt, weil von dieser Negativliste 44 Phytopharmaka und 125 homöopathische Wirkstoffe betroffen seien. Ein Vorwurf, der letztlich verkennt, daß die betreffenden Negativ-Monographien für diese Therapierichtungen in eigens dafür eingerichteten Aufbereitungskommissionen (D und E) zuständig gekommen sind, die doch in der Mehrzahl entweder mit Phytotherapeuten oder mit Homöopathen besetzt sind.

Die Auswirkungen des jetzigen Referentenentwurfs wurde kürzlich von A. Hecke und M. Müller in der Pharmazeutischen Zeitung vom 14. September zusammengefaßt. Danach sind insgesamt 147 Medikamente unter den 1000 am häufigsten verordneten betroffen: Kosten für die GKV rund 1,1 Milliarden Mark. Die Einsparungen für die GKV betragen rund 200 Millionen Mark, wenn jede bisherige Verordnung weitergeführt und durch ein pharmakologisch und medizinisch sinnvolles Produkt ersetzt würde. Gewonnen wäre damit weniger spektakulär im Kostenbereich als deutlich im Bereich der Qualität der verordneten Mittel: Der gesicherte therapeutischen Nutzen ist nämlich die erste Forderung in den Arzneimittel-Richtlinien an eine kassenärztlichen Arzneimittelversorgung.

Bedenkenswert ist jedoch auch ein zweiter Gesichtspunkt: Durch die Festbetragssregelung werden nun zumeist sinnvolle Arzneimitteltherapien mit Monopräparaten, also Arzneimittel mit nur einem Wirkstoff, kostengünstig für die Versicherten der GKV anwendbar. Ist es in diesem Zusammenhang nicht eine absurde Vorstellung, daß in den gleichen Indikationsbereichen weiterhin unsinnige Kombinationspräparate zu hohen Originalpreisen verordnungs- ► dg 51

mittel zur Behandlung eines niedrigen Blutdrucks, Arzneimittel zur Behandlung von Magen- und Darmstörungen und Medikamente zur Behebung von Schlafstörungen. Die entsprechenden Mittel sollten allerdings weiterhin verordnungsfähig bleiben, wenn sie medizinisch indiziert sind. Ein Beispiel wurde in diesem Zusammenhang zitiert: „Wer nach einem aufregenden Fernsehfilm am späten Abend nicht einschlafen kann, muß sich das entsprechende Präparat auf eigene Kosten kaufen. Erstattet werden aber Schlafmittel in begründeten Ausnahmefällen, etwa bei psychischen Störungen.“ Erwartet wurde aufgrund dieser Aufstellung eine Einsparung von rund 300 Millionen Mark.

Diese Liste ist nie offiziell als Referentenentwurf veröffentlicht worden, die zwiespältigen Erfahrungen mit der '83er Version einer solchen Liste und die heftigen Diskussionen in der Öffentlichkeit hätten letztlich, so hört man zumindest auf den Gängen des BMA, trotz Ferienzeit Kanzler Helmut Kohl zu einem Telefonanruf bei Norbert Blüm bewogen. Schließlich hatte das GRG schon genug negative Publicity gebracht, als daß dem ohnehin aufgebrauchten Wahlvolk noch weitere

fähig bleiben, obwohl sich für die meisten dieser Produkte seit Jahren eine Negativ-Bewertung durch die Literatur zählt? Schon allein aus diesem Grund ist es dringend erforderlich, die Negativliste der unwirtschaftlichen Arzneimittel und nicht sinnvollen Kombinationen als ergänzende Maßnahme in Kraft zu setzen, zumal in den Indikationsbereichen, in denen Festbeträge für sinnvolle Arzneiwirkstoffe festgesetzt sind.

In einem Leserbrief eines – zusammen – Apothekers hieß es: „Die zu erwarten-de Negativliste räumt hoffentlich recht bald mit obsoleten Arzneimittelkombinationen aus vergangenen Jahrzehnten auf. Es gibt sie leider immer noch, die Schrottschüßpräparate mit drei, vier oder mehr Kombinationspartnern, beispielsweise bei Koronarpräparaten oder Asthamitteln, angesichts deren Zusammensetzung man das kalte Grauen bekommt. (Wohlgemerkt, ich spreche von Präparaten der Schulmedizin.) Ärztliche Erfahrung führt sich bei solchen Präparaten selbst als absurdum. Die Verantwortung für ihre Erzeugnisse trägt in erster Linie die Pharmaindustrie, nicht das BGA oder das Arbeitsministerium. Die Industrie hat jedoch gezeigt, daß leider nur durch Druck von außen etwas bewirkt werden kann. Jeder Patient hat Anspruch darauf, mit Präparaten therapiert zu werden, die dem heutigen Niveau entsprechen. Umsatzträger aus der pharmazeutischen Mottenkiste haben nichts mehr in der Therapie zu suchen.“

Diesen Leserbrief sollten wir tausendfach an Kanzler Helmut Kohl schicken. Obwohl nämlich dieses Mal keine Urlaubszeit ansteht, bei der ein Telefonat über Einsamkeitsgefühle am Wolfgangsee hinweghelfen müßte, hat er sich wiederum eingemengt: „Kanzler Kohl stoppt Arzneien-Liste. CDU-Protest: Blüm muß ‚nachsitzen“ – so hieß es am 7. Oktober in der Neuen Ruhr Zeitung.

Die Prognosen für eine verbesserte Qualität in der Arzneimitteltherapie stehen im Moment also wieder einmal nicht so gut. Wenn dahinter stünde, daß die Erstellung einer Positivliste in Angriff genommen werden sollte, könnte ich den Auftrag zum Nachsitzen noch verstehen. Es sieht allerdings mehr danach aus, daß eine der positiven Regelungen des GRG überhaupt den Interessen pharmazeutischer Hersteller „angepaßt“ werden soll.

Im Moment vermag niemand mit Sicherheit zu sagen, ob diese wichtige Chance zur Aufräumarbeit in unserem Kramladen Arzneimittelmarkt nicht sogar gänzlich vertan wird. Das Problem der Belastung unseres Arzneimittelmarktes mit unsinnigen, obsoleten oder auch risikoreichen Produkten wäre also nach wie vor nicht ausgestanden, weil es, wie auch andere Probleme, offensichtlich ausgesessen werden soll. □

KONGRESS „EVALUATION“

ANMERKUNGEN



W eit über 350 Referenten, Moderatoren und Arbeitsgruppenleiter und mehrere hundert Teilnehmer trafen sich in Berlin vom 5. bis 7. Oktober unter dem Motto „Bewertung im Gesundheitswesen (Evaluation)“ zur 25. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention. Schon der quantitative Überblick verdeutlicht, daß es unmöglich ist, auch nur einen ansatzweise vollständigen Bericht über die Präsentationen und Diskussionen zu geben. Dieser Eindruck wird zur lärmenden Gewißheit, wenn die Themenpanne etwa von der „Evaluation der zentralen Berufswerte bei Ärzten und Medizinstudenten“ bis zu den „Täglichen Peakflow-Messungen und Medikamenteneinnahme bei Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen“ reicht. Daraus sollen hier lediglich drei Aspekte, Schwerpunkte oder Eindrücke vorgestellt werden.

Ist „Evaluation“, die Analyse von Wirkung gesundheitspolitischer und medizinischer Maßnahmen, ein alter Hut oder die Zukunftsaufgabe der Sozialmedizin?
Drei Anmerkungen von Bernard Braun zu einem Mammut-Kongreß

Gerd Glaeske
Ist Leiter des pharmakologischen Beratungsdienstes der AOK Mettmann

52 dg

Zum ersten ist es ein Nachdenken über das Thema selber, das heißt die bisherige Bedeutung und das Verständnis des Themas „Evaluation“. Schon in den Gruß- und Begleitworten zur Tagung offenbarten sich einige Unsicherheiten, was das Verhältnis der Sozialmedizin zur Bewertung gesundheitlicher Problemlagen, gesundheitspolitische- oder Interventionsprogramme und Wirkungen anlangt. So stellten Evaluationen im Gesundheitssystem für R. Brennecke vom mitveranstalteten Institut für soziale Medizin an der Freien Universität Berlin „nichts Neues“ dar. Deutlich zurückhaltender formulierte die wissenschaftskundige Ber-

liner Wissenschaftssenatorin B. Riedmüller den alltäglichen Stand evaluativer Bemühungen, wenn sie es für „um so begrüßenswerter“ hielt, daß nun mehr – wohl zum ersten Mal – eine wissenschaftlich medizinische Gesellschaft dieses Thema im breiten Kontext aufgreift“. Auch der Präsident der Gesellschaft, H. Vieschues, sprach wohl eher in die Zukunft orientiert: „Die systematische Evaluationsforschung wird die vorrangigste Aufgabe der deutschen Sozialmedizin sein.“

Mit ihrer eher prospektiven und überwiegend programmatischen Annäherung an das Thema befindet sich die Sozialmedizin allerdings nicht allein. So gehört die Klage über eine fehlende oder völlig unzulängliche Wirkungsanalyse seit Jahrzehnten zum Standardrepertoire diverser Anläufe zu einer Soziologie des Sozialversicherungssystems in der Bundesrepublik.

Um so bemerkenswerter ist es, daß im Rahmen der Jahrestagung die Frage nach den Gründen für eine derartige faktische Ausblendung und Vernachlässigung der Bewertung von Effektivität, Effizienz und Akzeptanz des Gesundheitswesens kaum gestellt wurde. Warum wird zum Beispiel das Agieren der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), dem mit derzeit 130 Milliarden Mark jährlichem Aufwand für die gesundheitliche Versorgung von über 90 Prozent der Bevölkerung „sorgenden“ allein schon quantitativ gewichtigsten Kernstück des Gesundheitssystems, durch ein krudes Kostendämpfungsdenken dominiert? Warum trat an dessen Stelle zum Beispiel nicht die Frage, wie effektiv, sinnvoll, sachadäquat und eventuell unökonomisch und inhuman zugleich jährlich fünf Milliarden Mark für nachweislich therapeutisch unwirksame oder umstrittene Medikamente sind? Warum gibt dieselbe GKV trotz seit vielen Jahren immer wieder belegten und repetierten Grundkenntnissen über den qualitativen Krankheitsartenwandel (Dominanz chronischer Erkrankungen) lediglich fünf Prozent ihrer Gesamtausgaben für im weitesten und recht wohlwollenden Sinn bewertete präventive Aufgaben aus? Warum sinkt die Betroffenheit von Frühinvalidität trotz einer rasch ansteigenden Anzahl von Betriebsärzten und eines seit 1973 existierenden einheitlichen normativen Rahmens (Arbeitssicherheitsgesetz) nicht? Warum öffnet das gerade verabschiedete sogenannte Gesundheitsreformgesetz (GRG) einer unbremsten Früherkennungs- und Risikofaktorenuntersuchungs-Mentalität durch den Gesundheits-Check-Up Tür und Tor, obwohl es über die Effektivität der „alten“ Früherkennungsuntersuchungen gerade erste, auch auf der Jahrestagung präsentierte valide Erkenntnisse gibt?

Trotz notwendiger methodischer Debatten hätte eine Reflexion über mögliche Gründe für die relative Folgenlosigkeit bisheriger Bewertungen eine

wichtige Ergänzung der Tagung geliefert. Dem möglichen Einwand, dies stelle eine zu praktisch-politische Überforderung einer wissenschaftlichen Tagung dar, stand der begrüßenswerte vielfache Bezug auf große gesundheitspolitische Interventionsvorhaben, zum Beispiel der Herz-Kreislauf-Prävention, und Institutionen wie der GKV entgegen.

Im Mittelpunkt der zweiten Anmerkung steht der Stellenwert und die Präsenz des Problemfeldes Arbeitswelt auf dem Kongress. So altmodisch statt postmodern es auch klingen mag, die Arbeitswelt ist nach wie vor Haupt-Problembasis beziehungsweise Auslöser von Prävention und zugleich ein umfassender Gradmesser ihrer Wirksamkeit. Unbestreitbar gäbe es auch genügend Anlässe und Ansatzpunkte für Programmevaluationen (zum Beispiel Arbeitssicherheitsgesetz, Gefahrstoffverordnung), Prozess- beziehungsweise Wirkungsevaluationen (Veränderung im Belastungs- und Beanspruchungsgeschehen).

Wie schon auf der letztjährigen Jahrestagung in Hannover war dieser Schwerpunkt völlig unterrepräsentiert. Großzügig gerechnet beschäftigten sich elf von circa 180 Referaten in den Arbeitsgruppen direkt und ausführlich mit präventiven und sozialmedizinischen Problemlagen in der Arbeitswelt. Die arbeitsweltlichen Bedingungen rückten dann aber in einigen der wenigen Referate noch weiter in die Kulissen beziehungsweise traten gar nicht aus ihnen hervor. So stand im Mittelpunkt der „Evaluation eines multifaktoriellen Interventionsprogramms“ bei Betriebskrankenkassen ausschließlich das „Gesundheitsverhalten der Betriebsangehörigen“. Hier wurde mit allzu leichter Hand selbst über die gesetzlich fixierte Mindestpflicht des medizinischen Arbeitsschutzes hinweggegangen. Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen festzustellen.

Wurde in einem der elf Referate dann doch auf eine kritische Broschüre über gesundheitsgefährdende Bedingungen in der chemischen Industrie verwiesen, wurde prompt deren Unwissenschaftlichkeit behauptet: Man „wisse ja, woher diese Art der Kritik käme.“ Der Einwand der Referentin, selbst die betroffene chemische Industrie hätte auf die Kritik juristisch nicht reagiert, ging in dieser Art der Diskussion unter. Daß es sich bei dieser Art des überwiegenden Nichtumgangs mit sozialmedizinischen Fragen der Arbeitsweltprävention leider nicht nur um ein „Zwischenstiel“ handelt, zeigt das auf der diesjährigen Tagung offenkundig gewordene sang- und klanglose Scheitern einer nach jahrelanger Vor- diskussion 1988 gestarteten Initiative, einen „Arbeitskreis Medizin und Prävention in der Arbeitswelt“ zu gründen.

Die dritte Betrachtung des Tagungsberichts bezieht sich auf den Workshop

der „Arbeitsgemeinschaft Aus- und Weiterbildung in Bevölkerungsmedizin und Gesundheitspflege (School of Public Health)“, zu dem sich eine beachtlich hohe Anzahl von Teilnehmern in samstäglicher Fruhe zusammengefunden hatte. Trotzdem trafen sich letztlich viel zu wenige Interessenten und potentiell Betroffene zu der Vorstel-

Bei der Diskussion um die „School of Public Health“ stellt sich die einfache, praktische Frage: „Wie bekommt man die Absolventen rein ins Gesundheitssystem“

lung und Diskussion von derzeit 13 universitären Institutionen zum Aufbau einer Aus- und Weiterbildung qualitativ für die Bundesrepublik neuartiger wissenschaftlicher Akteure.

Ein eher unsympathischer Teil der Diskussion des Workshops konzentrierte sich auf die inhaltliche Prädominanz einzelner Konzepte innerhalb der Schar der 13 Interessenten. Nicht zuletzt die offen betriebene Konkurrenz um die Förderchancen von drei bis vier Modellen durch Bonner Ministerien spitzte dieses Ringen auch ganz irdisch zu. Auch die Interessen der traditionellen Medizin und ihrer Organisationen, nicht „herausgedrängt“ zu werden, spielte eine große Rolle.

Dringend weitergeführt werden muß die Diskussion, wie die Akzeptanz für eine derartige, neu oder andersartige Arbeitsverhältnisse schaffende, Verwissenschaftlichung herzustellen ist. Die einfache praktische Frage eines Teilnehmers, wie man denn die Absolventen der Gesundheitswissenschafts-Studiengänge in das Gesundheitssystem „rein bekäme“, besitzt schon eine Ahnung von der tatsächlichen Immobilität und dem Beharrungsvermögen der großen derzeitigen Institutionen gegenüber wissenschaftlichen „Quereinsteigern“ und ihren Sichtweisen und Strategien. Wie schwer sich wiederum die GKV mit ihren rund 100 000 Beschäftigten über lange Zeit zum Beispiel mit der Einstellung von wissenschaftlich qualifizierten Sozialarbeitern in die sozialen Dienste getan hat und tut, war in einem Parallel-Workshop konkret und exemplarisch zu erfahren.

Das Thema der nächsten Jahrestagung, nämlich „Gesundheitsberichterstattung und Public Health“ eröffnet erfreulicherweise die Perspektive für eine kontinuierliche Beschäftigung mit dem jetzt angestoßenen Thema. Dieses unter Einschluß zum Beispiel arbeitsweltbezogener Themen öffentlich anzureichern und vorzustrukturen, ist eine wichtige Zukunftsaufgabe alternativer Gesundheitspolitik. □

Internationales Ärztliches Bulletin, Jahrgang I-VI (1934-1939), Reprint, Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik, Band 7, Berlin 1989. Rotbuch-Verlag, 48 Mark (im Abonnement 28 Mark)

„Die Wollust der Kreaturen ist eben gemengt mit Bitterkeit“, natürlich sei es besser, eine Schwangerschaft zu verhüten, aber immer werde es auch ungewollte Schwangerschaften geben: „Der Keim, der sich im Körper der Mutter entwickelt, ist kein Lebewesen, das unabhängig von der Mutter oder gar gegen sie Rechtschutz genießen kann – er ist nur eine Lebensmöglichkeit.“ Modern mu-

tet das Plädoyer Käte Frankenthal für die Abschaffung des Paragraphen 218 an, veröffentlicht im „Internationalen Ärztlichen Bulletin“ 1935. Sie, die dreifach Verfluchte – Frau, Intellektuelle, Jüdin – war nach Prag geflohen, wie Ewald Fabian, Schriftführer des „Sozialistischen Arztes“, der im Exil die Nachfolgezeitschrift, das Internationale Ärztliche Bulletin, herausgab. Die Zeitschrift erschien in Prag bis Mitte 1938, danach kamen noch einige Doppelhefte in Paris heraus. Mitte 1939 wurde das Erscheinen eingestellt.

Wie die Abtreibungsfrage griff das Bulletin Themen auf, die schon während der Weimarer Republik im „Sozialistischen Arzt“ behandelt wurden. Vor allem war es jedoch Reflex auf die gesundheitspolitischen Verhältnisse im faschistischen Deutschland. Die Leserinnen und Leser konnten erfahren, wie schnell sich manche Ärzte in den Dienst der Nationalsozialisten stellten. Zum Beispiel der Psychiater Karl Bonhoeffer, der den mutmaßlichen Brandstifter des Reichstags, van der Lubbe, zu begutachten hatte. Er hielt ihn für zurechnungsfähig, nicht für psychisch krank, van der Lubbe wurde daraufhin hingerichtet. Bonhoeffer habe sich an die nationalsozialistischen Machthaber hingegeben, schrieben die Prager Exilärzte, indem er „den Mord an einem Geisteskranken die wissenschaftliche Basis des ärztlichen Gutachters geliefert“ habe. Die Rede sei vom Versuch des Karl Bonhoeffer: „Wie mache ich einen mißbrauchten Psychopathen hinrichtungsfähig?“

1934 druckte das Bulletin einen offenen Brief Professor Sauerbruchs ab, den dieser an die Ärzteschaft der Welt richtete, in dem er Partei für die Nationalsozialisten ergriff. In der „Offenen Antwort“ der „Socialist Medical Association“, die eine Anklage gegen das faschistische Regime war, hieß es zu Sauerbruch: „Ihr Protest ist verstummt und der Zustimmung gewichen, und mit Trauer sehen wir, daß die Gewalt sich auch Ihre von uns wegen der großen ärztlichen Forschungserfolge, Leistungen und Lehren verehrte Persönlichkeit gefügt zu machen verstanden hat.“

Interessant und zum Teil verwirrend sind die Aussagen im Bulletin zur Sterilisierungspolitik und zum Umgang mit angeblich „Lebensunwerten“. Da wird ein Professor A. Mayer aus Tübingen zitiert, der sich gegen

Toxikologie der Haushaltprodukte

2., überarbeitete und ergänzte Auflage



**Josef Velvart
Toxikologie der Haushaltprodukte. Aus der Kasuistik des Schweizerischen Toxikologischen Informationszentrums. 2. überarbeitete und ergänzte Auflage, Bern 1989, Verlag Hans Huber, 78 Mark**

Das vorliegende Buch ist ein empfehlenswerter Ratgeber für alle, die interessiert, was Produkte aus unserem täglichen Leben anrichten können. Das Buch stützt sich auf die Erfahrung eines großen Schweizer Toxikologieberatungszentrums und die dort dokumentierten Fälle. Dadurch liegt sein Schwerpunkt natürlich auf der akuten Toxikologie. Chronische Schädigungen – also die Frage aller jener Befindlichkeitsstörungen, die zum Beispiel Holzschutzmitteln, Formaldehyd oder PCB angelastet werden – werden nur zu einem geringeren Teil angesprochen.

Insgesamt werden 82 Produktgruppen besprochen, gegliedert in die großen Kapitel „Haushaltsreinigung und -pflege“, „Körperpflege“, „Garten-

pflege, Pflanzenschutz, Schädlingsbekämpfung“ sowie „Freizeit und Hobby“. Innerhalb dieser großen Kapitel sind dann wiederum einzelne Anwendungsgruppen angegeben, in die die jeweiligen Produktgruppen eingeteilt sind. Beispiel „Körperpflege“: In diesem Kapitel findet sich etwa die Gruppe der „Haarpflegemittel“, die aufgeteilt ist in Haarfestiger und Haarlacke, Haarschampoos, Dauerwellenwasser, Haarfärbemittel und Enthaarungsmittel.

Jede derartige Produktgruppe wird kurz, aber prägnant vorgestellt. Die Inhaltsstoffe einschließlich ihrer Mengenanteile werden genannt. Wirkungseintritt und -dauer werden beschrieben. Symptome und Therapievorschläge folgen. Häufig sind beispielhafte Kasuistiken beigelegt. Seltener ist die Darstellung einer Produktgruppe länger als drei bis vier Seiten; im Notfall dient sie aber einer schnellen und damit hilfreichen Orientierung. Eine Abschätzung, ob überhaupt Gefahr besteht, ist auf jeden Fall möglich. Wenn eine Giftzentrale noch konsultiert werden soll, kann schon einmal eine erste Therapie nach den Buchangaben begonnen werden.

Das Buch ist interessant für alle, die mit akuter Toxikologie durch häufige Stoffe unseres täglichen Lebens zu tun haben, und wirklich empfehlenswert für Ärzte, die Vergiftungsfälle bekommen können. Ebenso hilfreich ist es für Personal auf Intensivstationen und in Notaufnahmen. Aber auch Berater in Umweltberatungsstellen werden das Buch schnell nicht mehr missen wollen. Schulen, Kindergärten, ja selbst Familien mit Kindern, ihnen allen kann eigentlich die „Toxikologie der Haushaltprodukte“ nur empfohlen werden.

– wp

Anzeige:

Das Schicksal der Medizin im Faschismus

Auftrag und Verpflichtung zur Bewahrung von Humanismus und Frieden. Internationales wissenschaftliches Symposium europäischer Sektionen der IPPNW, 17.– 20. November 1988 in Erfurt/Weimar, DDR.

Herausgegeben von Achim Thom und Samuel Rapoport

1989. Etwa 380 S., kt. ca. DM 29,-



Jungjohann Verlagsgesellschaft

die ausufernde Praxis von Sterilisierungen in Deutschland wandte: „Wir sollen bei unserem Handeln nicht fragen: Wo kann ich sterilisieren? Sondern: Wo muß ich sterilisieren?“ Es zeigte sich nämlich, daß von einer großen Anzahl der antragsberechtigten beamteten Ärzte bei der Auswahl ziemlich planlos verfahren wird“. Frauen jenseits des gebärfähigen Alters würden sterilisiert und Männer im Greisenalter, so die Kritik Mayers.

Verwirrend sind auch die Kommentare zu der Broschüre von Binding und Hoche über die Vernichtung „unwerten“ Lebens. Beiden Autoren – die heute als Vordenker der „Euthanasie“ gelten – wird im Bulletin „größtes Verantwortungsgefühl“ und „tiefste Menschenliebe“ attestiert. Bei ihrer Veröffentlichung habe es sich „nicht um die im Dritten Reich unter Hitler angewandte Sterilisation sogenannter lebensunwerten Menschen“ gehandelt. Die Bro-

schüre von Binding und Hoche wird den Lesern zum Studium empfohlen, da „die Auflage von den Machthabern im Dritten Reich nicht vernichtet worden ist“. Weiter ist zu lesen, daß der Psychiater Alfred Hoche kein Nationalsozialist gewesen sei – im Gegenteil. In seinen Lebenserinnerungen fänden sich etliche „Kriegserklärungen an den Nationalsozialismus und seine autoritären Staatsführung“, so Ewald Fabian, und er verweist auf die Ausführungen Hoces, daß sich ein akademischer Vertreter weder an „Weisungen aus Rom“ noch an solche „aus dem Kultusministerium“ gebunden fühlen dürfe.

Ewald Fabian verschwieg aber, daß Hoche dies nicht gegen einen nationalsozialistischen Staatsapparat geschrieben hatte. Hoche prangerte in seinem 1935 erschienenen Buch „Jahresringe“ die staatlichen Versuche an, in das akademische Leben einzugreifen, „die zum Beispiel zur Zeit der sozialdemokratischen Minister häufig von Leuten ausgingen, die niemals persönliche Fühlung mit einer Universität hatten“.

Hoche war Nationalkonservativer, er war für die Todesstrafe und hatte als Arzt keine Skrupel, Versuche an gerade Exekutierten vorzunehmen. Er ließ sich von der Staatsanwaltschaft die „geri gewährte Genehmigung“ geben, die „Leichen schon 120 Sekunden nach dem Fallen des Beils auf meinen Tisch“ – gemeint ist der Sektionstisch – zu bekommen. Da sucht man vergebens nach der „tiefsten Menschenliebe“, die ihm der Prager Exilant attestierte.

Auch unter linken und sozialistischen Ärzten gab es eine eugenische Denkrichtung und eine Diskussion über den „Wert“ des Lebens, in stärkerem Maß als wir glauben und als uns vielleicht lieb ist.

Daß diese Diskussion durch das Reprint zugänglich wurde, ist Stephan Leibfried zu danken, der die Originalexemplare des Bulletins zur Verfügung stellte, die aus dem Nachlaß eines emigrierten Arztes aus New York stammen. Zu danken ist der Ärztekammer Berlin und dem Institut für Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin der Freien Universität Berlin, die durch ihre finanzielle Unterstützung zum Erscheinen beigetragen haben.

Asmus Finzen, Der Patientensuizid – Untersuchungen, Analysen, Berichte zur Selbsttötung psychisch Kranke während der Behandlung, Bonn 1988. Psychiatrie-Verlag, 248 Seiten, 29,80 Mark

Asmus Finzen hat mit seinem Buch den notwendigen Auftakt sozialpsychiatrischer Forschung über den Patientensuizid gegeben. Der Autor, der mittlerweile als Hochschulprofessor in Basel tätig ist, war als leitender Arzt im Landeskrankenhaus Wunstorf in Niedersachsen durch Suizidserien in den Umbruchperioden der Klinik aufgeschreckt und gefordert worden. Diese Vorgänge sind die Basis des Buches, in dem Theorien über den Patientensuizid und die praktischen Bewältigungs- und Eindämmungsstrategien eine Einheit bilden.

Für Wunstorf bestätigte sich die Annahme, daß Menschen mit psychotischen Erkrankungen am meisten gefährdet sind. Abhängigkeitskranke Menschen dagegen suizidieren sich heute so gut wie gar nicht innerhalb der Mauern von Landeskrankenhäusern, obwohl ihr Anteil an den Aufnahmen bundesweit 40 bis 50 Prozent beträgt.

Finzen verabreicht den psychiatrisch Tätigen einerseits eine wohl dosierte Menge wissenschaftlicher Theorie, andererseits sind die Suizidserien in ihrer Bedrohlichkeit für alle Beteiligten hautnah geschildert. Wem dieses Buch noch immer zu viel Wissenschaft enthält, sei das im Oktober erschienene Buch des Autors „Sozialprophylaxe bei psychischen Störungen“ empfohlen, das praxisnahe Anleitungen für den psychiatrischen Alltag gibt. Doch Finzen gelingt es auch hier, die ablaufenden Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse sowie die Dynamik innerhalb der gesamten Institution allgemeinverständlich darzustellen. Er zeigt das Gefährdungspotential der offener arbeitenden Psychiatrie, ohne für eine Umkehr zu plädieren.

Dabei greift er eine Fülle offener Fragen auf. Von überragender Bedeutung ist dabei die Frage, ob ein gesteigerter Rehabilitationsdruck, wenn er auf psychisch verletzte Menschen ausgeübt wird, suizidauslösend ist. Auch der Ansteckungsgefahr vollendeter Suizide und dem Risikofaktor „Hoffnungslosigkeit von Therapeuten“ gegenüber suizidgefährdeten Patienten mißt Finzen eine wichtige Rolle bei.

In der Sozialpsychiatrie gilt Asmus Finzen bei vielen als konservativ. Auch diesem Buch wurde das Etikett „konservativ“ angeheftet. Dabei ist es gerade das Verdienst des Autors, sich gründlich mit Problemen psychiatrischen Handelns, so wie sie sich eben jetzt und heute darstellen, auseinanderzusetzen. Die Hochschulpsychiatrie forscht ja viel zu wenig über die alltägliche Situation in der psychiatrischen „Versorgung“. Gerade der Kenntnisstand über den Patientensuizid steckt noch in den Kinderschuhen, wie auch Finzen am Schluß seines Buches betont: „Aber wir wissen, daß wirksame Methoden zu seiner Vermeidung möglich sind, auch wenn wir sie nicht ausreichend gezielt einsetzen können. Der Bericht einer schwedischen Expertenkommission (Självord 1985), daß in einer besonders betroffenen schwedischen Region allein die Tätigkeit einer Untersuchungskommission zum drastischen Abfall der Suizidrate in den psychiatrischen Krankenhäusern führte, gibt zu denken.“ Der Forschung über den Suizid psychisch Kranke ist noch viel hinzuzufügen.

jgr

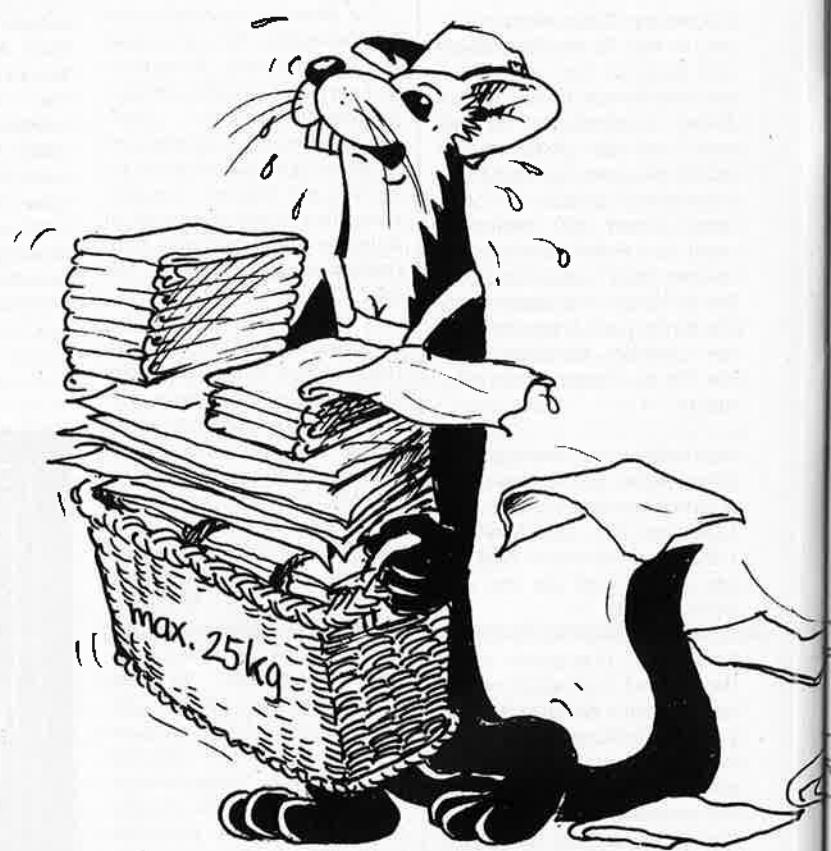




FILTER-WIESEL



LERN-WIESEL



PFLEGE-WIESEL



KOLONIAL-WIESEL

ABGESANG IN WIESELN



Untrennbar verbunden mit der Geschichte von dg ist das Wiesel, die Ausgeburts eines Gelages in der Gründungsphase der Zeitschrift. An seiner Zeitung beteiligt war die Erinnerung an die berühmte Ratte des Berliner Extradienstes und ein Wortspiel: Aus demokratischem Gesundheitswesen wurde unter Einfluß von Alkohol ein demagogisches Gesundheitswiesel (Es muß wohl ziemlich viel Alkohol gewesen sein). Zur Welt gebracht hat es dann unser Zeichner Christian Paulsen.

Zunächst sollte es eigentlich nur selbstironisch kommentieren, was in einigen Artikeln allzu bärbeißig daherkam. Aber mehr und mehr wurde das Wiesel Sprecher der Leserinnen und Leser, gähnte, wenn es ihnen zu langweilig wurde oder biß auch schon einmal in das Heft hinein, sandte Herzchen aus bei Lob oder ging wie ein Leserbriefschreiber in die Luft. Auf diesen Seiten also ein Wiesel-Revival.

Als Ex-Redakteur Norbert Mappes 1983 zu dg kam, ging die Schlacht los: „Schülerzeitungsniveau“, war sein Kommentar. 1985 erhielt er Unterstützung von Ursula Daalmann: „Der Charme der frühen 70er Jahre“. Bald war das Tier auf die Leserbriefseite verbannt, aber immer noch nicht totzukriegen.

Gab es einmal pro Heft nur ein Wiesel, ertönte sofort Protest auf Redaktionssitzungen: Wo ist das Wiesel? Den Todesstoß versetzte ihm Joachim Neuschäfer mit dem neuen Layout-Konzept, in dem sich das arme Vieh wirklich sehr anachronistisch ausmachte, wie auch härteste Wieselbefürworter zugeben mußten. Das Wiesel wurde ausschließlich von den hauptamtlichen Tätern beseitigt. Endgültig gemachelt wurde es in 4/87.

Einige Redakteure sollen diesen Verlust nie verwunden haben.



PHYTO-WIESEL



MÜSLI-WIESEL

PRIMA KLIMA!



impressum

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Sabine Drube (Heidelberg), Helmut Keupp (München), Brigitte Kluthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hütingen), Christa Pötter (Gießen), Michael Regus (Siegen), Hartmut Reiners (Düsseldorf), Rolf Rosenbrock (Berlin), Annette Schwarzenau (Berlin), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich Wulf (Hannover).

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1, Tel. 0228/693389 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

Anzeigenleitung: Pahl-Rugenstein Verlag, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 3600238.

Redaktion:

Chefredaktion: Ursula Daalmann (ud)
(V.i.S.d.P.), Joachim Neuschäfer (yn)

Ausbildung: Reinhard Busse (rb), Demokratisierung: Edi Erken (ee), Frauen: Karin Kieseier (kk), Monika Gretenkort (mg), Ethik: Helmuth Copak (hc), Frieden: Walter Popp (wp), Gewerkschaften: Norbert Andersch (na), Historisches: Helmut Koch (hk), Peter Liebermann (pl), Internationales: Peter Schröder (ps), Stefan Schözel (sts), Krankenpflege: Bettina Kolmar (bk), Gesundheitspolitik: Matthias Albrecht (ma), Klaus Priester (kp), Niedergelassene: Gunnar Stempel (gst), Pharma: Ulli Raupp (urp), Prävention/Selbsthilfe: Uli Menges (um), Psychiatrie: Joachim Gill-Röde (jr), Standespolitik: Gregor Weinrich (gw), Umwelt: Peter Walger (pw).

Der für das jeweilige Ressort zuständig 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, Postgiroamt Essen Nr. 15420-430

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GE-SUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:
Pahl-Rugenstein-Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/360020, Konten: Postgiroamt Köln 6514-503, Stadtsparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

Abonnementsrechnungen sind innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Ausstellung zu begleichen. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn keine Kündigung beim Verlag eingegangen ist. Kündigungsstermin: 6 Wochen vor Ende des Bezugszeitraumes. Preis (Jahresabonnement): 57 Mark; für Auszubildende, Studierende und Arbeitslose: 51 Mark; Förderabonnement: 100 Mark. Alle Preise inkl. Porto.

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

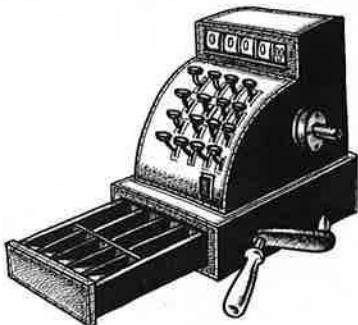
Graphik: Christian Paulsen, Renate Alf

Titelblatt: Joker, Paulsen, yn

Layout: Ursula Daalmann, Joachim Neuschäfer, Peter Schröder

Satz und Druck: Druckerei Locher GmbH, Raderberger Str. 216-224, 5000 Köln 51

ISSN: 0932-5425



Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Jetzt ist es so weit. Nach Monaten der Verhandlung und des Hin und Her steht die Entscheidung fest: dg wird eingestellt, vor Ihnen liegt die letzte Nummer. Manche Autorinnen und Autoren, aber auch die Redaktion werden sich jetzt erst einmal fragen, wo sie ihre regelmäßigen oder gelegentlichen Artikel veröffentlichen sollen. Und die Hauptamtlichen von dg müssen eine neue Arbeit finden. Die Redaktion möchte vor allem ihnen ganz herzlich danken für die Arbeit der letzten Jahre. Bedanken möchten wir uns auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pahl-Rugenstein Verlags und besonders natürlich bei unsren vielen Leserinnen und Lesern, die gelesen, abonniert, kritisiert und gelobt haben.

Der Hintergrund dieser Entscheidung ist die Tatsache, daß die Zeitschrift sich finanziell nicht trägt und der Pahl-Rugenstein Verlag nicht in der Lage ist, das Defizit aufzufangen. Redaktion und Verlag haben in den letzten Wochen darüber diskutiert, wie dg weitergeführt werden könnte. Kostendeckung wäre nur mit einem Konzept zu erreichen, das die Zeitschrift in kurzer Zeit zu einem Rumpfprodukt dahinslechen lassen würde. Unter den für den Verlag möglichen Bedingungen würde das zu viel Kraft binden, für eine Zeitschrift, deren Ende mit einer solchen Lösung wohl nur verschoben wäre. Kraft, die wir aber dringend brauchen, wenn wir eine tragfähige Perspektive für ein neues Projekt entwickeln wollen. Also: Einstellung von dg.

Wie wird es weitergehen? Die Frage verspricht schon Optimismus, der sich erst einmal als berechtigt erweisen muß. Redaktion und Herausgeber haben die Absicht, wei-

terhin publizistisch tätig zu sein. Wir sind der Meinung, daß das bundesdeutsche Gesundheitswesen mehr als eine fortschrittliche gesundheitspolitische Zeitschrift brauchen kann, wenn denn die Chance einer Fusion von dg und Dr. med. Mabuse bedauerlicherweise ungenutzt bleiben muß. Das Netzwerk linker Expertinnen und Experten, die hinter dg stehen, einfach aufzulösen, halten wir für einen zu großen politischen Verlust.

Allerdings kann es sich nicht um eine Wiederauflage von dg handeln. Denn unabhängig von den finanziellen Problemen ist der auf Feierabendarbeit beruhende Arbeitsstil der dg-Redaktion nicht dauerhaft fortzuschreiben: Zu stark hat das Engagement der kleinen Redaktions-Ingroup wegen beruflicher und familiärer Belastungen nachgelassen. Und zu der Auslastung durch den Alltag kommt auch ein gerütteltes Maß an Verunsicherung, ob und wie weit einige „ewige Wahrheiten“ der Linken noch Geltung haben. Zehn Jahre dg – Ulli Raupp, einer der Väter des Blatts, hat auf Seite 4 darüber geschrieben.

Wir können uns für die Zukunft nur ein Zeitschriftenprojekt denken, das diese Verunsicherung produktiv nutzt und stärker als bisher den Streit um Programme und Ziele kultiviert und Handlungsmöglichkeiten diskutiert, damit mehr Ideen, aber auch mehr verschiedene Positionen dort Eingang finden können. Wir bieten den Organisationen, Vereinen, Verbänden und Einzelkämpferinnen und Kämpfern, die an solch einem Zeitschriftenprojekt Interesse haben, an, sich in die Debatte einzumischen.

Der Pahl-Rugenstein Verlag, der über die Rechte an dg verfügte, gibt uns dazu dankenswerterweise eine große Starthilfe: die Adressenliste der Abonnentinnen und Abonnenten.

Daher können wir Sie, liebe Leserinnen und Leser, sofort informieren, wenn wir die Grundlagen für ein neues Projekt geschaffen haben. Es hängt auch von Ihnen ab, ob es uns gelingt. Nur wenn aus Ihrem/Eurem Kreis Anregungen kommen, Ideen, vielleicht auch ein kleiner Lotto-Hauptgewinn, dann kann es neu losgehen. Für alle Interessierten, für alle, die an einer breiten gesundheitspolitischen Alternative zu den ärztlichen Standesblättern, den Status-Blättern, der Investitionsberatung für Ärzte und dem Stellenanzeigenmarkt für die Krankenpflege interessiert sind, haben wir dieser Ausgabe eine Karte beigeheftet. Melden Sie sich bei uns. Je mehr Köpfe, desto mehr Chancen für das Gelingen eines neuen Projekts. Wir würden es uns und der gesundheitspolitischen Landschaft in dieser Republik wünschen.

Ihre dg-Redaktion

P.S. Einige Leserinnen und Leser haben sich erkundigt, ob sie im Falle einer Einstellung von dg ein Guthaben beim Pahl-Rugenstein Verlag haben. Dies ist in der Regel nicht der Fall, denn für die im Januar von Ihnen beglichene Rechnung haben Sie den jetzt abgeschlossenen Jahrgang 1989 erhalten. Mögliche Überzahlungen durch ein erst im Laufe dieses Jahres begonnenes Abonnement werden vom Verlag erstattet.



Klassiker zum Studienpreis



Studienausgabe
der 12. überarbeiteten und ergänzten Auflage unter Einbezug sämtlicher Gefäßareale. 1989, XI + 455 Seiten, 915 (wovon 71 farbige) Abbildungen, 14 Tabellen, flexibel gebunden DM 148.—

Alfred M. Debrunner
Orthopädie

Die Störungen des Bewegungsapparates in Klinik und Praxis

Mit einem Beitrag von Professor ALFRED M. DEBRUNNER, 2. Auflage 1989, 12. überarbeitete und ergänzte Auflage



Einmalige kartonierte Studienausgabe nur DM 98.—



Nachdruck 1988 der 2. durchgesetzten und ergänzten A.-Aufl. Mit einem Geleitwort von Maurice E. Müller. 635 Seiten, 694 Abbildungen, 35 Tabellen, kartoniert DM 98.—

Aus dem Englischen übertragen und bearbeitet von M. Kramm und K. Vorberg. 2. erweiterte Auflage, 1989, 850 Seiten, 147 Abbildungen und 13 Tabellen, gebunden DM 48.—

Aktuelle Themen – Arbeitsmedizin



Aus der Kasuistik des Schweizerischen Toxikologischen Informationszentrums. 2. überarbeitete und ergänzte Auflage. 1989, 463 Seiten, zahlreiche Tabellen, gebunden DM 78.—



Ergebnisse und Empfehlungen einer interdisziplinären Studie. 1988, 120 Seiten, 2 Abbildungen, 25 Tabellen, kartoniert DM 39.80



Bedrohte Umwelt – kranker Mensch

Mit Beiträgen von B. Böhlen, J. Egger, W. Vogler und H. Wanner

Mit Beiträgen von B. Böhlen, J. Egger, W. Flury, W. Vogler und H. Wanner, 1990, 69 Seiten, kartoniert DM 28.—

Aktuelle Diskussion – Pflegenotstand



Pflege zwischen heute und morgen

Die Zukunft der Pflegeberufe als Herausforderung und Chance.

Mit Beiträgen von P. Czerny, E. Hämmerle, A. H. Höglund, F. J. Jost, U. Küller, D. Lüthje, G. Wehner

Verlag Hans Huber
Bern Stuttgart Toronto

Die Zukunft der Pflegeberufe als Herausforderung und Chance. 1989, 131 Seiten, 10 Abbildungen, 3 Tabellen, kartoniert DM 44.—



Ergebnisse einer Untersuchung. 1989, X + 334 Seiten, 76 Abbildungen, kartoniert DM 48.—



Herausgegeben von Silvia Kämpf, Victoria Maria Häfner, Zürich

Berät: A. Alisch, Edelholz, H. Althaus, Birsfelden, Württemberg, A. Bösch, Schaffhausen, C. Kratz, Laufersweiler, M. Krieg, Wien, E. Kühn, Bielefeld, H. Kühn, R. Künzli, Fazit

D. Schönenbeck, Olten/Basel, E. Seuff, Wien, H. Stegmaier, Berlin, G. Wehner, Bern

Zeitschrift PFLÄCHE erscheint 2 x jährlich Abonnementspreis DM 56.— + Porto DM 5.— Verlagen Sie Probenummer!

Plakate und Prospekte erhalten Sie vom Verlag Hans Huber GmbH, Postfach 50 11 67, 7000 Stuttgart 50, Telefon 0711-56 18 59



Verlag Hans Huber
Bern Stuttgart Toronto