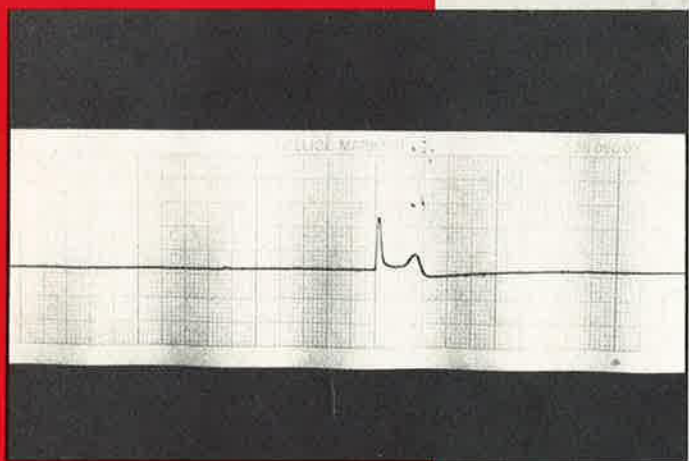


dg

Demokratisches
Gesundheitswesen
Nr. 10 · Oktober 1989
Einzelheft 5 Mark
G 2961 E



KILLER- KLINIK?

Zum Hintergrund
von „Lainz“
und „Wuppertal“



**DROGENENTZUG:
„SNOEZELRAUM“**

**AUS- UND WEITERBILDUNG:
ZAUBERFORMEL 5 + 3
EKLAT IN DER ÄK-NORDRHEIN**

**PHARMA:
VIERTE AMG-NOVELLE
WAS BRINGT DER BINNEN-
MARKT?**

Stopp für
BKK-Gründungen?

SAURER NORBERT



Ursula Daalman ist hauptamtliche
Redakteurin im Bonner dg-Büro

Norbert Blüm ist sauer. Aber diesmal nicht auf wehleidige Bürger, die nicht einsehen wollen, daß sie draufzahlen müssen, wenn sie krank sind. Nein, er ist sauer auf Unternehmer und Verbandsfunktionäre, die neue Betriebskrankenkassen gründen.

Neugründungen von Betriebskrankenkassen gehen immer zu Lasten der AOK. So auch im Fall der BKK Audi, der Blüm und seine Mitstreiter so auf die Palme bringt. Die Gründung der BKK Audi kostet die AOK Ingolstadt voraussichtlich 20 000 Mitglieder mit zumeist überdurchschnittlichem Einkommen. Eine Beitragssatzerhöhung von mindestens 0,5 Prozentpunkten steht ins Haus. Daß diverse andere Großunternehmen, so BMW in München, entsprechende Pläne fertig in den Schubladen haben, ist kein Geheimnis.

Blüm hat nichts gegen Betriebskrankenkassen, und daß er ein besonderer Freund der AOK ist, kann man auch nicht behaupten. Was ärgert ihn dann so sehr, daß in seinem Ministerium Pläne für einen vorläufigen Gründungsstopp von Betriebs- und Innungskrankenkassen ausgearbeitet werden? Ganz einfach: Jede Beitragssatzerhöhung – egal wo und aus welchen Gründen – versaut ihm die Statistik. Durch die mit dem GRG verfügbaren Zuzahlungen und Leistungskürzungen können die Beitragssätze der Krankenkassen in diesem Jahr konstant bleiben. Diese oder jene Kasse wird womöglich sogar ihre Beiträge leicht senken können. Dahinter stecken natürlich keine Effektivitätsverbesserungen, sondern nichts als Umverteilungen zu Lasten der Patienten, aber Blüm verkauft diese Zahlen als Beweis für die Nützlichkeit seiner „Gesundheits“-Reform. Wenn da auf einmal Ortskrankenkassen aus der Reihe tanzen und ihre Beiträge erhöhen, weil eine BKK-Gründung ihre Mitgliederstruktur verschlechtert hat, paßt das nicht ins gewünschte Bild.

Dabei hat er sich dieses Dilemma selbst zuzuschreiben. Das GRG hat das wohl drängendste Problem der Krankenkassen nicht einmal in Ansätzen angepackt: die enormen, auf unterschiedliche Risikostrukturen zurückzuführenden Beitragsunterschiede (siehe dg 2/89). Nachdem klar war, daß das GRG keine Organisationsreform bringen würde, lag für viele Unternehmen die Überlegung nahe, sich

den hohen Beiträgen der AOK in ihrer Region durch die Gründung einer BKK zu entziehen und auf diese Weise ihre eigene Organisationsreform zu machen. Die Bundesregierung kommt dadurch in Verdrückung, weil sich dadurch nicht nur die gewünschte Optik von GRG-Folgen verschlechtert, sondern auch die eigene Wähler- und Mitgliederbasis benachteiligt wird. Die durch BKK-Gründungen bewirkten Beitragssatzerhöhungen der AOK treffen nicht nur die in der AOK verbleibenden Versicherten, sondern auch deren Arbeitgeber, die höhere Lohnnebenkosten in Form von Arbeitgeberanteilen erwarten. Der Vorteil von Großbetrieben wird unmittelbar zum Nachteil von Klein- und Mittelbetrieben, einer besonderen Klientel von CDU/CSU und vor allem der FDP. Die Bundesregierung befindet sich in einem Dilemma: Ein Gründungsstopp für Betriebskrankenkassen verärgert die Großunternehmen; läßt sie alles so laufen, erhöhen sich die Lohnnebenkosten in den Klein- und Mittelbetrieben.

Eine Organisationsreform der GKV ist, wenn sie erfolgreich sein soll, immer mit der Verletzung ständischer Interessen verbunden. Die Privilegien der Ersatz- und Betriebskrankenkassen sind Ursache der Verwerfungen im GKV-System. Hier muß der Schnitt angesetzt werden durch einen kassenartenübergreifenden Risikoausgleich, wie ihn der DGB und der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion fordern. Die Bundesregierung wird sich auf eine solche, von fast allen verbandsunabhängigen Fachleuten favorisierte Lösung der Organisationsprobleme der GKV nicht einlassen können, ohne wesentliche Teile der eigenen Basis zu verprellen.

Die SPD freilich sollte sich hüten, über diese Lähmung der Bundesregierung mit Häme herzuziehen. Ihr Vorschlag eines bundesweiten kassenarteninternen Finanzausgleichs geht nicht nur an den Problemen komplett vorbei; dadurch würde sich die Situation der AOK in ihren Stammländern Hamburg und Nordrhein-Westfalen sogar noch verschlechtern, da dort hohe Grundlöhne zu verzeichnen sind und die AOK Geld an die wirtschaftlich gesunden süddeutschen Kassen abgeben müßte. Dieses Konzept ist zudem auch nur der Ausdruck eines internen Kompromisses. Schließlich haben Ersatz- und Betriebskrankenkassen auch in der SPD eine Lobby.

Report

- Killer Klinik?
Zum Hintergrund von „Lainz“
und „Wuppertal“ 10

Patientenversorgung

- Snoezelraum
Drogenentzug in Lengerich 16

- Prahlerci und Horror
Fötalmedizin 28

Frieden

- Fronten bröckeln
Katastrophenschutzergänzungs-
gesetz 22

Pharma

- Dauerbaustelle
Zur vierten Novelle des Arznei-
mittelgesetzes 24

Ausbildung

- „5 + 3“
Reform der Aus- und Weiterbildung 27

- Der Eklat
Weiterbildung in Nordrhein 33

- Transzendentaler Luxus?
Ethik im Studium 30

Umwelt

- Preisfrage
Malaria bekämpfung 32

- Programmwechsel
Ein Muß für die Umweltpolitik 35

Dokumente

- Der EG-Arzneimittelmarkt ab 1993
Chancen und Risiken 19

- Feministische Ansätze in der
Gesundheitsdiskussion 20

Rubriken

- Echo 4
Trends 5
Memo 8
Lesezeichen 38
Kölnstr. 198 39

IN HALT



Foto: dpa

Das Publikum buhte
angesichts des milden
Urteils gegen Michaela
Roeder, weil es in der
Klinik einen Ort des
Friedens sehen will.
Wunsch oder Realität?
Der Report

10 24

Der vierte Reparatur-
plan des Arzneimittel-
gesetzes liegt vor. Es
wird nicht der letzte
sein, denn dazu müßten
neue Architekten her.
Gerd Glaeske analysiert
die Dauerbaustelle

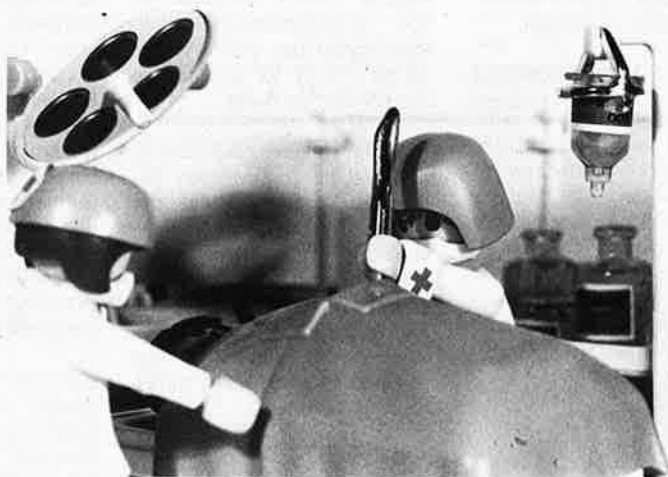


Foto: Menzen

Das Gesundheitsministerium in Nordrhein-
Westfalen hat eine umfassende Reform der
Aus- und Weiterbildung auf den Weg ge-
bracht. Was ist dran an der Zauberformel
„5 + 3“?

26

Licht ins Dunkel

dg 7-8/89: „Arzneimitteltherapien – in alter Feindschaft“?

Seiten so geschüttelt! Den Kopf nämlich. In dem ansonsten recht objektiven Artikel ist Gerd Glaeske in dicker Hund zum Thema Homöopathie passiert. Von einem einzigen Werk eines Autors (v. Fellenberg-Ziegler) darf nicht geschlossen werden, daß in der Homöopathie die gleichzeitige oder aufeinanderfolgende Gabe von zwei oder mehreren Arzneistoffen etwa generell mit religiöser Inbrunst abgelehnt werde. Der Begründer der Homöopathie, Samuel Hahnemann selbst, hat in bestimmten Fällen Kombinationen von wenigen Stoffen durchaus bejaht (allerdings nicht zwei Dutzend zusammengemixt nach dem Motto „Etwas hilft bestimmt“).

Zweites Manko: Auf das vielversprechende Erklärungsmodell der „Reiztherapie Homöopathie (durchaus vergleichbar mit der Immuntherapie) mithilfe kybernetischer Regelkreise – das schon nüchterne Physiker zu Homöopathiebefürwortern machte – ist der Autor nicht eingegangen. Zur Klärung sei die Lektüre der kostenlosen Informationsschriften „Kybernetisches Erklärungsmodell der Homöopathie“, „Propädeutik: Die sieben Schichten der Homöopathie“ und „Das homöopathische Arzneipotenzierungsverfahren“ der Deutschen Homöopathie-Union in Karlsruhe wärmstens empfohlen.

PETER GÖRGLER
Erlangen

Unverantwortliche Unterstützung

dg 7-8/89: „Volle Unterstützung“ – Leserbrief von Udo Schagen, Sprecher der Fraktion Gesundheit, Berlin

Ein merkwürdiges Verständnis von persönlicher Verantwortlichkeit legt der Sprecher der Fraktion Gesundheit in der Berliner Ärztekammer, Udo Schagen, an den Tag. „Tölpelhaft, ja dummdreist“ seien meine Angriffe auf Hannelore Burmeister, für die Fraktion im Vorstand der Berliner Ärztekammer und Leiterin der dortigen Akademie für ärztliche Fortbildung. Es geht um Burmeisters vierjährige Vizepräsidentschaft bei der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben. Schagens Fazit: Frau Burmeister sei „über jeden Verdacht erhaben, etwa spektakuläre Aktive-Sterbehilfe-Aktionen des Herrn Atrott zu unterstützen“. Sie habe „für die von ihr übernommenen Aufgaben in der Berliner Ärztekammer und darüber hinaus weiterhin volle Unterstützung“ der Fraktion Gesundheit.

Schagens Persilschein für seine Fraktionskollegin ist von schlichter Machart. Die vierjährige Vizepräsidentschaft in der DGHS mache Burmeister noch lange nicht verantwortlich für deren Aktivitäten.

In diversen Stellungnahmen, in denen er mir diffamierende Angriffe im Rahmen einer persönlichen Kampagne gegen Burmeister vorwirft, ist stets nur von „öffentlichkeitswirksamen Kampagnen des DGHS-Vorsitzenden Atrott für eine aktive Sterbehilfe“ die Rede.

Schagen erkennt, daß auch in einer relativ zentralistisch geführten Organisation wie der DGHS das Vereinsrecht demokratische Strukturen vorschreibt, die Frau Burmeisters offensichtlich während ihrer immerhin vierjährigen Tätigkeit als zweithöchste Funktionärin, aus welchen Gründen auch immer, nicht genutzt hat:

Auf die Gefahr hin, bei Schagen, vielleicht auch seinen Fraktionskolleginnen, nun endgültig ein Image als Großinquisitor wegzuhaben, bestehe ich auf Frau Burmeisters persönlicher Verantwortung für die Taten „ihrer“ DGHS während der Vizepräsidentschaft.

Sie hat sich in einer Situation um diese Vizepräsidentschaft beworben, als durch den Tod von Hermi Eckert in Hackethals Chiemsee-Klinik mit Hilfe des von DGHS-Präsident Atrott gelieferten Zyankali bereits klar war, daß die DGHS todeswilligen Kranken Gift liefert.

Zum Zeitpunkt ihrer Kandidatur war Frau Burmeister auch bekannt, daß die DGHS wahllos nach einem Jahr Mitgliedschaft Selbstmordanleitungen verschickt, auf deren Grundlage sich nach eigenen Angaben der Sterbehelfer 2000 bis 3000 Menschen jährlich „erfolgreich“ umbringen.

Während der Vizepräsidentschaft von Frau Burmeister ist diese Anleitung, wie sich die DGHS ausdrückt, in „verbesserter Auflage“ erschienen, will sagen, tödlich optimiert worden. Wollen Udo Schagen und Frau Burmeister uns wirklich weismachen, die zweithöchste DGHS-Funktionärin habe hier von nichts gewußt? Hat Frau Burmeister den Mut, wie ihr Vorgänger als DGHS-Vizepräsident, Dr. Wilhelm Rasche, die DGHS-Vorstandsprotokolle ihrer Amtsperiode den Sterbehilfekritikern zugänglich zu machen? Udo Schagen kritisiert, ich unterschlage die Motive für Burmeisters Arbeit als Vizepräsidentin ebenso wie die Motive, weiterhin Mitglied der DGHS zu bleiben. Läge es nicht bei Frau Burmeister selbst, hier für Klarheit zu sorgen? Weder während ihrer Vizepräsidentschaft noch jetzt sind von Frau Burmeister DGHS-öffentliche Äußerungen von Kritik gehört worden.

Bis heute hat sie es, sonst nicht gerade unflott, ihren Gegnern juristische Konsequenzen anzudrohen, nicht für nötig gehalten, folgendes Zitat aus der DGHS-Postille „Humanes Leben – Humanes Sterben“ durch die DGHS richtigstellen zu lassen:

„Ein anderes Thema betraf die Broschüre ‚Menschenwürdiges und selbstverantwortliches Sterben‘. Frau Dr. Burmeister und Vizepräsident von Hoesch erklärten, daß die DGHS auf die ‚botanische Ergänzung‘ der Broschüre verzichtet hätte, weil

die in Frage kommenden Teile von Pflanzen, die Gefahr des Erbrechens und damit die Zahl mißlungener Suizide erhöht hätten. Alle medizinischen Berater der DGHS hätten hier letztlich abgeraten. Mit dem neuen Wirkstoff der orphenadrinhaltigen Medikamente habe man die Broschüre auf ein wichtiges ‚zweites Standbein‘ gestellt, das sich als tauglich bestätigt habe.“

In einem Gespräch mit der Ärzteleitung hat Frau Burmeister dieses Zitat als frei von DGHS-Präsident Atrott erfunden bezeichnet. Warum um alles in der Welt besteht sie dann nicht auf einer Gendarstellung? Warum bleibt sie, sollte es sich bei dem Zitat wirklich um eine Verleumdung handeln, weiterhin Mitglied einer Gesellschaft, die mit solchen Mitteln arbeitet?

Statt DGHS-intern eine Richtigstellung zu erzwingen und damit möglicherweise Grundlage für eine verbandsinterne Opposition zu schaffen, unterstützt Frau Burmeister weiterhin Atrotts Versuche, die DGSP und seine sonstigen Gegner mundtot zu machen. Gerade versucht sich der DGHS-Präsident an einer neuen Unterlassungsklage gegen mich und vier weitere Gegner seiner Gesellschaft. Grundlage der Klage: eine eidesstattliche Erklärung von Hannelore Burmeister.

LOTHAR EVERS
Köln

Skurril

Seit Jahren zählen wir zu euren Abonnenten und kooperieren auch hin und wieder mit euch. Heute endlich möchten wir mal loswerden, was uns schon lange trotz aller Gemeinsamkeiten und Sympathie aufstößt. Konkreter Anlaß ist der Kommentar „Ökologischer Umbau – Ja! Aber wie?“ Wann wird endlich bei dg ökologisch umgebaut und auf UWS-Papier produziert??? Das Hochglanzpapier, das ihr einsetzt, ist das schädlichste überhaupt! Ihr könnt noch nicht einmal das Farb-Argument ins Feld führen, da ihr nur s/w produziert. Auf jeden Fall halten wir es für zunehmend verantwortungslos, derart zu produzieren, wie ihr das tut. Und finden es obendrein etwas skurril, derartige Öko-Kommentare etc. auf solch umweltschädlichem Papier zu drucken.

AXEL KÖHLER-SCHNURA
Köln

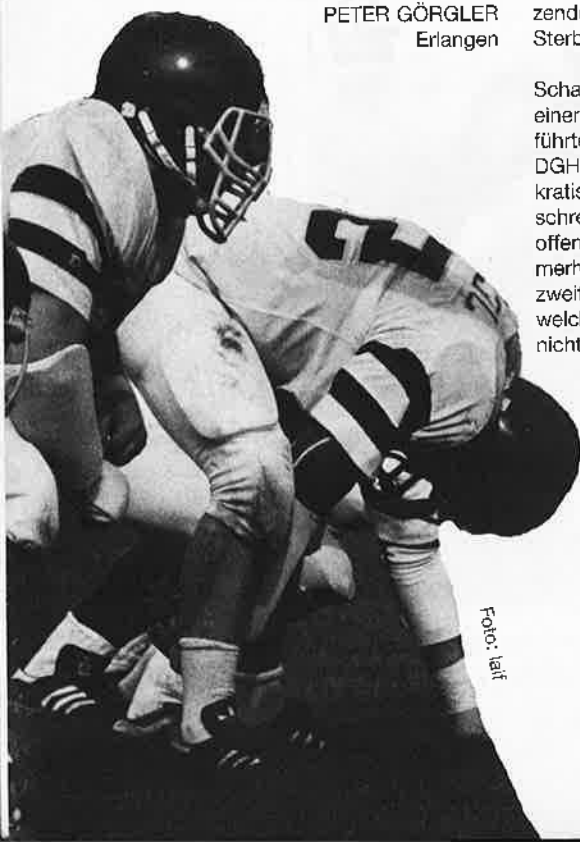


Foto: laif

Protest gegen unkontrollierte Pharma-Exporte

Die BUKO Pharmakampagne hat jetzt eine Protestaktion gegen den Export von verbotenen Arzneimitteln in Länder der Dritten Welt gestartet. Mit einer Postkartenaktion sollen bei Bundestagsabgeordneten und Fraktion Bedenken gegen eine Ausnahmeregelung in der 4. Änderung des Arzneimittelgesetzes angemeldet werden. Die geplante Novelle sieht zwar generell ein Ausfuhrverbot für Medikamente vor, die in der Bundesrepublik verboten sind, enthält aber gleichzeitig eine Ausnahmeregelung für solche Arzneimittel, „für die der zuständigen Behörde eine Einfuhrgenehmigung der zuständigen Behörde des Bestimmungslandes vorliegt“. Die BUKO Pharmakampagne gibt als Grund für diese Ausnahmeregelung „seltene Fälle“ an, in denen ein Dritt-Welt-Land aufgrund von Geldknappheit zu anderen Nutzen/Risikobewägungen gegenüber risikoreichen Arzneimitteln gelangen könne, sie öffne jedoch der Pharmaindustrie Schlupflöcher für den Export. Eine sinnvollere Regelung sei es, so die alternativen Pharmaexperten, beim Export hier verbotener Arzneimittel das informierte Einverständnis des Importlandes zu verlangen. Entsprechend einem Änderungsentwurf der SPD-regierten Länder solle das Importland über die Einfuhr entscheiden, nachdem ihm vom Bundesgesundheitsamt die Gründe für das Verbot des Arzneimittels in der Bundesrepublik mitgeteilt worden sind. Wer sich an der Postkartenaktion beteiligen möchte, kann Vordrucke anfordern bei der BUKO Pharmakampagne, August-Bebel-Str. 62, 4800 Bielefeld 1.



Foto: Heigl

Umweltschutz im Alltag

Die Anti-Atom-Gruppe Steglitz/Friedenau in Berlin hat eine sehr praktische Anleitung zum Strom- und Geldsparen im Alltag herausgebracht. Knapp 30 Prozent des gesamten Strom wird in Privathaushalten verbraucht. Neben allgemeinen Energiespartips für den Haushalt gibt es Ratschläge vor allem für verbrauchsstarke Geräte, die rund drei Viertel des privaten Stromverbrauchs ausmachen. Bei jedem Tip wird nicht nur die maximale jährliche Stromersparnis in Prozent angegeben, sondern auch der Betrag, den man bei konsequenter Einhaltung spart. Das Faltblatt – mit Bändchen zum Aufhängen am „Schwarzen Brett“ – kann gegen eine Mark (zehn Exemplare für 5 Mark, 100 für 25 Mark) bezogen werden bei Ekkehard Skoring, Rheinstr. 12-13, 1000 Berlin 41.

Hohe Kindersterblichkeit in Südafrika

Der Informationsdienst „South African Barometer“ hat kürzlich Zahlen über die Kindersterblichkeit in Südafrika – ohne die vier Homelands – veröffentlicht. In den Jahren 1981 bis 1985 lag die Kindersterblichkeitsrate für weiße Kinder bis zum Alter von fünf Jahren bei 12, für indische bei 18, für farbige bei 52 und für afrikanische zwischen 94 und 124 (auf 1000 Lebendgeburten). In ländlichen Regionen erreichte sie bei afrikanischen Kindern bis zu 135. Als Vergleich führte der Informationsdienst Zahlen aus Guinea und Bangladesh an, wo die Kindersterblichkeit während der ersten vier Lebensjahre 1985 bei 18 beziehungsweise 34 lag.

amnesty:

Jetzt auch mit der Pflege

Der Arbeitskreis Medizin-Psychologie von amnesty international hat beschlossen, jetzt auch Krankenschwestern und -pfleger in seine Reihen aufzunehmen

Zu seiner 23. Tagung hat sich der Arbeitskreis Medizin-Psychologie der deutschen Sektion von amnesty international im Jugendgästehaus in Köln getroffen. Neben den bekannten waren viele neue Gesichter zu sehen, was den Schluß zuläßt, daß der Arbeitskreis mittlerweile doch einen gewissen Bekanntheitsrat erreicht hat.

Ein türkischer Kollege, der nach Jahren der Verfolgung in der Türkei die politische Situation in seinem Heimatland mit großer Aufmerksamkeit verfolgt, berichtete, daß auch nach Unterzeichnung der Antifolterkonvention in der Türkei trotz gegenteiliger Versicherungen seitens der Regierung weiterhin gefoltert wird. Gerade die jüngsten Hungerstreiks werfen ein bezeichnendes Licht auf die momentane Situation in den türkischen Gefängnissen. Trotzdem kann ein Menschenrechtsverein in insgesamt 33 Städten arbeiten. Er ist bemüht, ein Rehabilitationszentrum für Folteropfer einzurichten. Die weitere Entwicklung der Menschenrechtssituation in der Türkei muß abgewartet werden, es ist zu hoffen, daß durch politischen Druck von außen eine Besserung eintritt.

Die Einrichtung eines Lehrstuhls für Folterforschung stößt auf Schwierigkeiten, da bisher alle Ansprechpartner aus dem medizinischen, psychologischen und psychotherapeutischen Bereich ihre Bedenken gegenüber einem solchen Projekt geäußert haben. Es besteht zwar ein grob umschriebenes Konzept über die Forschungs- und Lehrinhalte, die in einem solchen Projekt verwirklicht werden sollen, aber es ist noch unklar, an welche Fakultät ein solcher Lehrstuhl angebunden werden soll. Da der gesamte Komplex nicht losgelöst von

politischen Bezügen weiterverfolgt werden kann, sind in nächster Zeit Diskussionen mit Politikern und Mitgliedern von amnesty international vorgesehen. Der Arbeitskreis ist von der Notwendigkeit eines Lehrstuhl für Folterforschung überzeugt und wird die weitere Entwicklung im Rahmen seiner Möglichkeiten unterstützen.

Der Bericht eines deutschen Kollegen, der über das Notärzte-Komitee Cap Anamur sieben Monate in Somalia in einem Krankenhaus unter desolaten Zuständen gearbeitet hat, zeigte deutlich die Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit von Hilfsmaßnahmen im medizinischen Bereich und auf dem wirtschaftlichen Sektor auf. In der Diskussion kam vor allem die Verflechtung mit den ökonomischen Interessen der westlichen Geldgeber zur Sprache.

Die auf der letzten Sitzung im November 1988 bereits avisierte Integration des Krankenpflegepersonals in den Arbeitskreis Medizin-Psychologie wurde jetzt beschlossen. Zur Sprecherin des Pflegepersonals im Arbeitskreis wurde Claudia Hollnagel aus Hamburg einstimmig gewählt. Sie berichtete über ihre Kontakte zu dem Krankenpflegepersonal am Rehabilitationszentrum für Folteropfer in Kopenhagen und ihre Aktivitäten, einen Kreis von Schwestern und Pflegekräften aufzubauen, der sich im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit mit Menschenrechtsfragen befaßt. Entsprechende Einladungen wurden bereits in Krankenhäusern und Krankenpflegeschulen verteilt. Man ist bestrebt, die Menschenrechtsproblematik in die Krankenpflegeausbildung als Unterrichtsthema einzubringen.

Für Interessenten sei noch einmal die Kontaktadresse genannt:

Claudia Hollnagel
Dierksstr. 10
2102 Hamburg 93
Tel. (040) 75 79 39

Dr. Johannes Bastian
Karl-Knöllner-Str. 5/1
7130 Mühlacker
Tel. (07041) 431 55

Johannes Bastian ist Sprecher des AK Medizin-Psychologie von amnesty international

IHG: Untersuchungsausschuß gefordert

Die Interessengemeinschaft der Holzschutzmittelgeschädigten (IHG) hat Anfang September in Bonn die Einsetzung eines Untersuchungsausschusses durch den Bundestag gefordert. Dort solle die Interessenverflechtung zwischen dem Bundesgesundheitsamt und den Herstellern von gesundheitsschädlichen Holzschutzmitteln untersucht werden. Mitarbeiter des BGA hätten, so die Interessengemeinschaft, Gutachten über die Schädlichkeit von Inhaltsstoffen „nach Bedarf manipuliert“. Die Frankfurter Staatsanwaltschaft, die nach mehrjähriger Ermittlung Anklage gegen leitende Mitarbeiter von 39 Herstellerfirmen erhob, hat ebenfalls den Verdacht der Bestechlichkeit von BGA-Mitarbeitern formuliert.

Pestizidgrenzwert nicht einhaltbar

Der Pestizidgrenzwert der Europäischen Gemeinschaft für Trinkwasser, der am 1. Oktober dieses Jahres in Kraft tritt, kann von zehn bis 20 Prozent der bundesdeutschen Wasserwerke nicht eingehalten werden. Dies meldete der Informationsdienst „Ökologische Briefe“ in seiner ersten Ausgabe. Das Bundesgesundheitsministerium habe allerdings den Wasserwerken, denen formal zum 12. Oktober die Schließung drohe, eine Hintertür geöffnet. Es erteilt dann eine Ausnahmeregelung von bis zu zehn Jahren, wenn verbindliche Sanierungspläne für das Einzugsgebiet des betroffenen Wasserwerks verabschiedet werden. Nach Angaben des Informationsdienstes haben einige Wasserwerke bereits Experten eingestellt, die die Landwirte im Einzugsbereich bei der Umstellung auf grundwasserverträgliche Düngemittel- und Pflanzenschutzmittel beraten sollen.

Infektionsrate im Krankenhaus bei sechs Prozent

Die im internationalen Vergleich niedrige Infektionsrate von Patienten im Krankenhaus hat deutlich zugenommen. Zu diesem Ergebnis kommt eine Untersuchung von Infratest Gesundheitsforschung, München, die im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft durchgeführt wurde. Danach liegt die Infektionsrate zwischen 5,7 und 6,3 Prozent, je nachdem ob die Definition den frühesten Beginn der Infektion am 2. oder 3. Tag des Krankenhausaufenthalts annahm.

Der größte Teil entfällt dabei auf Harnwegsinfektionen (38 Prozent), Wundinfektionen (22,9 Prozent) und Infektionen der unteren Atemwege (14,3 Prozent bzw. 15 Prozent). Die Infektionsrate älterer Patienten (65 bis 74 Jahre) liegen dabei mit 7,2 bzw. 7,6 Prozent überdurchschnittlich hoch, ebenso wie die von Patientinnen, die mit 7,1 bzw. 7,8 Prozent höher liegt als die von Patienten (3,7 bzw. 4,1 Prozent).

Die DKG geht davon aus, daß die Infektionsrate seit der Untersuchung, die im Jahr 1987 vorgenommen wurde, deutlich zugenommen hat. Beziffern läßt sich dies jedoch nicht, da die jetzt vorgestellte Analyse die erste repräsentative in der Bundesrepublik ist. Gründe für diese Annahme sieht die DKG unter anderem in der Zunahme stationär behandelungsbedürftiger Patienten mit geschwächter körpereigener Infektionsabwehr, in der Zunahme komplizierter und zeitaufwendiger Operationen und der vermehrten Anwendung komplizierter operativer und invasiver Eingriffe in den primär nicht operativen Fächern.

Wegezeiten:

Erste Arbeitnehmerpflicht

Wieviel unbezahlte Zeit geht eigentlich beim Weg zur Station und beim Umkleiden drauf? In Darmstadt wollten es die Beschäftigten einmal genau wissen

Bereits im April 1987 hatten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Darmstädter Elisabethenstift die ersten Anträge auf Bezahlung der Wege- und Umkleidezeiten gestellt. Die Leitung vertröstete sie immer wieder: die Rechtslage sei noch nicht geklärt und man möge doch etwas Geduld haben. Im April 1989 haben nun die ersten 30 Kolleginnen und Kollegen Klage beim Arbeitsgericht eingereicht und für die Wege- und Umziehzeiten eine Vergütung von täglich insgesamt 15 Minuten verlangt.

In der Klageerwidlung des Elisabethenstifts hieß es dagegen pauschal, Wege- und Umziehzeiten fielen „so gut wie überhaupt nicht“ an, und außerdem bestehe für die Bezahlung sowieso kein Rechtsanspruch. Die Kläger sollten, bitte schön, einzeln vor Gericht nachweisen, wie viele Überstunden für sie durch Wege und Umkleiden anfielen. Grund genug für die Betroffenen, einmal die Fakten zu überprüfen. Sie erinnerten sich mancher Arbeitgeberworte und starteten ihre Aktion „Pünktlichkeit ist erste Arbeitnehmerpflicht: Arbeitsbeginn 6 Uhr ab Haupteingang“.

Nahezu die gesamte Frührschicht, rund 40 Personen, verabredete sich Ende Juli an einem schönen Sommermorgen an der Zentralpforte am Haupteingang. Einige Kolleginnen und Kollegen waren weitblickend und erschienen in Winterkleidung, um so gleichzeitig testen zu können, wie lange sie in der kalten Jahreszeit für das Umziehen benötigen würden.

Punkt sechs Uhr wurde ein symbolisches Startband am Haupteingang zerschnitten, und die Kollegen zogen in das Betriebsgelände ein, begaben sich hinunter in den Keller und zogen sich dort in den Umkleideräumen um. Anschließend ging es auf Station in den ersten, zweiten und dritten Stock. Als Ergebnis konnte festgehalten werden: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter brauchten zum Umziehen und bis zum ersten Stock sechs bis sieben Minuten, in den zweiten und dritten Stock zwischen sieben und acht Minuten. Eine Station im zweiten Stock, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Winterkleidung erschienen waren, waren um 6.09 Uhr komplett und umgezogen auf Station.

Erhard Schleitzer

Broschüre zu Selbsthilfefirmen

Der Psychiatrie Verlag hat in der Reihe Psychosoziale Arbeitshilfen einen Band zum Aufbau von Selbsthilfefirmen für psychisch Kranke herausgegeben. Der Band behandelt umfassend Finanzierungs- und Fördermöglichkeiten und rechtliche Voraussetzungen. Außerdem bietet er eine Materialsammlung mit relevanten Länderrichtlinien, eine Einführung in das Steuerrecht für Gemeinnützige Vereine mit Mustersatzungen und Gesellschaftsverträgen und zwei Erfahrungsberichte. Bezugsquelle: Psychiatrie Verlag, Postfach 21 45, 5300 Bonn 1.

Gift aus dem Bildschirmgerät

Nach Untersuchungen der Hamburger Umweltbehörde kommt es bei dauerhaftem Betrieb von Fernsehapparaten und Bildschirmen zum Ausdampfen bromierter Dibenzofurane, ein dem Dioxin verwandter Stoff, der als Flammenschutzmittel in vielen Kunststoffen enthalten ist. Gleiches gelte für andere Geräte mit Kunststoffgehäuse, die beim Betrieb Wärme entwickeln, so etwa für Heizlüfter und Föhne.



Medizin im Nationalsozialismus

Zeitgerecht

jgr – Gedenktage als Pflichtübung und Gelegenheit zur Entledigung, gegen einen solchen Umgang setzte ein Symposium in Mönchengladbach Zeichen

Wie in der gesamten Bundesrepublik wurde auch in verschiedenen Landeskrankenhäusern des Landschaftsverbands Rheinland am 1. und 2. September der Opfer der „Euthanasie“ und Zwangssterilisierung gedacht, an die Beteiligung der Psychiatrie in die nationalsozialistische Vernichtungspolitik erinnert. Auf den 1. September 1939 rückdatiert war die „Ermächtigung“ Adolf Hitlers gewesen, der Auftrag zur Vernichtung „unwerten“ Lebens. In Mönchengladbach veranstalteten Landeskrankenhaus und „Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker“ gemeinsam ein „Symposium zur Erinnerung an die Tötung chronisch kranker und behinderter Menschen in der Zeit des Nationalsozialismus“.

Das Einführungsreferat zur Geschichte der „Euthanasie“ in der Rheinprovinz hielt Dr. Fuchs, amtierender Landesdirektor des Landschaftsverbands Rheinland (LVR). In seinem Beitrag setzte er sich auseinander mit Professor Creutz, damals im Provinzialverband Rheinprovinz, dem Vorläufer des LVR, für den Bereich der Psychiatrie zuständig. Creutz war von der Front zurückbeordert worden und hatte sich bewußt entschieden, die Stelle einzunehmen, wie aus Selbstzeugnissen hervorgeht, um Schlimmeres zu verhindern. Tatsächlich war von der Verwaltung der Rheinprovinz die Einrichtung der sogenannten „Kinderfachabteilungen“, der Tötungsanstalten im Rahmen der „Kinderreuthanasie“, verzögert worden; als es um die Besetzung der ärztlichen Stelle in der Kinderfachabteilung Waldniedergang, wurde mitgeteilt, daß kein verfügbarer Arzt zur Übernahme der Stelle bereit sei.

War Professor Creutz Mitläufer? Die Frage stellt sich, denn auch im Rheinland wurde gemordet, in Tötungsanstalten verschickt,

selbst wenn es weniger Menschen waren als in anderen Provinzen. Oder war er in seinem Amt Sand im Getriebe der „Euthanasiemaschinerie“? Fragen, die über die Person von Creutz hinaus auch von anderen Referentinnen und Referenten aufgegriffen wurden. Zum Beispiel von Dr. Leipert, dem leitenden Arzt der Landesklinik Langenfeld, der sich in seinem Beitrag mit dem Widerstand von Ärztinnen und Ärzten der ehemaligen Rheinprovinz beschäftigte. Wer war Mitläufer, wer aktiver Täter? Welchem Anspruch muß der Begriff des Widerstands genügen? Deutlich wurde in den Referaten, daß das alte Schwarz-Weiß-Schema, das auf die Frage nach Täterschaft nur ein Ja oder Nein kennt, nicht ausreicht, das Verhalten der verantwortlichen Personen in der damaligen Zeit erfassen zu können. Gerade weil dieser Erkenntnisprozeß erst in den Anfängen steht, war es schade, daß das umfangreiche Programm des Symposiums kaum Raum für Diskussionen bot.

Ein Kategoriensystem psychosozialen Handelns entwarf in seinem Vortrag „Vom normalen Gewissen und den gewissenlosen Normen“ Dr. Saner. Bei weitem nicht so streng in der Normensetzung wie Professor Thom aus Leipzig, der vor drei Jahren am gleichen Ort seine „Ethischen Normen psychosozialen Handelns“ vorstellte, die in 11/86 dokumentierte, zog Saner in einem Punkt eine strikte Grenze: Das Verbot der aktiven Sterbehilfe, der aktiven „Euthanasie“, müsse ein Fixpunkt sein.

Nicht zuletzt die aktuelle Diskussion in der „Sterbehilfe“-Debatte, die Auseinandersetzungen um die Thesen von Professor Singer, machen deutlich, daß die Beschäftigung mit gesellschaftlichen Gewaltlösungen, wie sie die „Euthanasie“ im Faschismus auch darstellte, eben nicht ein verspätetes, sondern durchaus zeitgerechtes Erkenntnisinteresse ist. Dem könnte der Landschaftsverband Rheinland auch gerecht werden, indem er dem Vorschlag ihres Landesdirektors Fuchs folgen würde. Er hatte am Ende seines Beitrags angekündigt, sich dafür einzusetzen, daß im Bereich des LVR Stellen geschaffen werden, die die bislang ehrenamtliche Geschichtsforschung unterstützen sollen.

Eine Million für „Weglaufhaus“

Der Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt in Berlin hat von einer Privatperson die Zusage für eine Spende von einer Million Mark für den Kauf eines Hauses bekommen. Die Spende werde unter der Voraussetzung ausgezahlt, daß der Senat die laufenden Kosten für das Projekt „Weglaufhaus“ entsprechend den Koalitionsvereinbarungen von AL und SPD übernimmt, teilte der Vereinsvorstand mit. In dem Haus sollen Plätze für 15 Personen geschaffen werden, die aus psychiatrischer Behandlung geflohen sind. Aufgrund der Erfahrungen psychosozialer Einrichtungen wie der Irren-Offensive und der Beratungsstellen Kommrum und K.U.B. bestehe ein großer Bedarf an einem solchen Weglaufhaus.

Pharma-Preisniveau gesunken

Eine drastische Senkung des Preisniveaus von Arzneimitteln hat das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) von August bis September festgestellt. Die Medikamente seien aufgrund des Inkrafttretens der Festbetragsregelung durchschnittlich um 1,6 Prozent


billiger geworden. Bei 1400 davon betroffenen Arzneimitteln seien die Preise durchschnittlich um 19 Prozent gesunken. Bei einigen Pharmazeutika lägen die Preissenkungen sogar bei 30 bis 50 Prozent. Diese 1400 Arzneimittel machten rund zehn Prozent der gesamten Verordnungen aus.

Nach Aussagen des WIdO versuchten einzelne Hersteller, einen Teil der Verluste in den Bereichen wettzumachen, die nicht durch Festbeträge geregelt sind. Bei diesen, die 90 Prozent der Verschreibungen ausmachen, wurden Preiserhöhungen von durchschnittlich 0,25 Prozent festgestellt.



Foto: Jöker

Anzeigen:



IVT
Institut für integrative
Verhaltenstherapie e.V.

sehen er-
schienen : **Fortbildung 1990** Zu beziehen
über unsere

Geschäftsstelle: 2000 Hamburg 70 • Osterkamp 58 • Telefon 040 - 65 65 488

ÖKOLOGISCHER ÄRZTEBUND e.V.

Bundesgeschäftsstelle: Klaus-Uwe Kroeker, Kurhaus,
8117 Bayersoien

Jahrestagung am 28./29. Oktober in Murnau
am Staffelsee:

„Gesundheitsgefahren durch Müllverbrennung“

„Abfallprobleme in Klinik und Praxis“

Referenten: Braungart – Daschner – Dauderer –
Kruse – Mersmann u.a.

Mitgliederversammlung am 17. – 19. November in
Gersfeld/Fulda, Gersfelder Hof

Rahmenthema: „Gentechnologie“

Anmeldungen an Dr. Wolfgang Bauer, Lohnbachstr. 5,
3387 Vienenburg 2, Tel. (0 53 24) 61 07

2. – 5. 10. Düsseldorf

Seminar: „Und wo bleibt dabei der Mensch? Rollenerwartungen und Rollenkonflikte im Alltag der helfenden Berufe“
Kontakt: Diakoniewerk Kaiserswerth, Alte Landstraße 121, 4000 Düsseldorf 31, Tel. (02 11) 40 97 18.

2. – 6. 10. Frankfurt/M.

Seminar für Angehörige, haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter: „Angehörige im psychiatrischen Alltag – Umgang mit Würde, Hoffnung, Schuld“
Kontakt: Fortbildungswerk des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands, Heinrich-Hoffmann-Straße 3, 6000 Frankfurt/M. 71, Tel. (069) 670 60.

2. – 6. 10. Essen

Einwöchiger Intensivkurs „Türkisch am Krankenbett“, Gruppen für Anfänger, Fortgeschrittene und weit Fortgeschrittene
Kontakt: Volkshochschule Essen, Judith Ziegler, Hollestraße 75, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 1 83 30 23.

2. – 7. 10. Lauenburg

Fortbildungsveranstaltung: „Sterbebegleitung und Sterbebeistand“
Kontakt: Fortbildungswerk des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands, Heinrich-Hoffmann-Straße 3, 6000 Frankfurt/M. 71.

3. – 6. 10. Gütersloh

41. Gütersloher Fortbildungswoche. Thema: „Jetzt wird's ernst – die Psychiatriereform beginnt. Wie setzen wir die „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der psychiatrischen Versorgung“ in die Praxis um?“
Kontakt: Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie, Prof. Dr. Klaus Dörner, Hermann-Simon-Straße 7, 4830 Gütersloh, Tel. (0 52 41) 5 02 01 oder 50 22 10/11.

Kontakt: Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie, Prof. Dr. Klaus Dörner, Hermann-Simon-Straße 7, 4830 Gütersloh, Tel. (0 52 41) 5 02 01 oder 50 22 10/11.

5. – 7. 10. Berlin

25. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention. Thema: „Bewertung im Gesundheitswesen (Evaluation)“

Kontakt: Institut für Soziale Medizin, Kennwort: DGSMP-Tagung, Thielallee 47, 1000 Berlin 33, Tel. (030) 8 38 52 15.

7. 10. Düsseldorf

Interessententreffen für ein Rehabilitationszentrum für Folteropfer in der Türkei
Kontakt: Svea Wülfing, Merlostraße 16, 5000 Köln 1, Tel. (02 21) 73 17 05.

8. – 10. 10. Loccum

Tagung: „Organtransplantation – Organersatz. Ethische Herausforderungen eines neuen Feldes in der Medizin“
Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel. (0 57 66) 810.

9. – 11. 10. Essen

Seminar: „Anwendungsmöglichkeiten der EDV in der beruflichen Praxis“
Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Königgratzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 28 55 99 oder 27 48 29.

9. – 13. 10. Berlin

Bildungsurlaubseminar: „Was Sie schon immer über Gentechnologie wissen wollten – und sich nie zu fragen trauten“
Kontakt: Bildungswerk für Demokratie und Umweltschutz, Zeughofstraße 20, 1000 Berlin 36, Tel. (030) 6 12 60 74/75.

11. – 13. 10. Mülheim/Ruhr

Fachtagung zum Themengebiet „Sucht-Gewalt-Sexualität, Opfer und Täter in der Therapie“
Kontakt: Verband ambulanter Behandlungsstellen für Suchtkranke e.V., Frau Maidinger, Karstraße 40, 7800 Freiburg, Tel. (07 61) 20 03 63.

11. – 14. 10. Hannover

Internationale Tagung zum Thema „Psychische Schäden alternder Überlebender des Nazi-Terrors und ihrer Nachkommen“
Kontakt: Zentrum Psychologische Medizin der Medizinischen Hochschule Hannover, Frau I. Haldenwanger, Konstanz-Gutschow-Straße 8, 3000 Hannover 61, Tel. (05 11) 5 32 24 02 oder 5 32 24 93.

14. 10.

Bundesweiter Aktionstag: „Bauern und Verbraucher für eine neue Agrarpolitik“
Kontakt: Die Verbraucher Initiative, Breitestraße 51, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 65 90 44.

14. 10. Berlin

Mitgliederversammlung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP)
Kontakt: Fleming-Apotheke, Susanne Meyer, Grindelallee 153, 2000 Hamburg 13, Tel. (040) 45 14 15.

16. – 18. 10. Rotterdam

„Health Care in Europe after 1992“
Kontakt: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Prälat-Otto-Müller-Platz 2, 5000 Köln 1.

20. – 21. 10. Bad Nauheim

7. Europäischer Kongreß über ärztliche Fortbildung
Kontakt: Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelmann-Weg 7, 6350 Bad Nauheim.

25. – 27. 10. Düsseldorf

Seminar: „Arbeitserleichterungen im Pflegealltag. Organisatorische, strukturelle und technische Hilfsmittel“
Kontakt: Diakoniewerk Kaiserswerth, Alte Landstraße 121, 4000 Düsseldorf 31, Tel. (02 11) 4 97 18.

26. – 27. 10. Hamburg

Seminar für Pflegekräfte: „Hauen oder stechen – wie setze ich mich als Frau durch“
Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Billhorner Deich 94, 2000 Hamburg 26, Tel. (040) 7 88 52 25/44.

27. – 28. 10.

Bad Schussenried

Seminar: „Konfliktsituation: Sexualität und Partnerschaft im Altenheim“
Kontakt: Gesellschaft für gerontologische berufliche Weiterbildung, Bahnhofstraße 10, 7953 Bad Schussenried, Tel. (0 75 83) 40 51 08.

27. – 29. 10.

Soest

Tagung: „Sozialökologische Gesundheitspolitik und Lebenskultur. Bestandsaufnahme von Ideen und Handlungsansätzen – Konsequenzen für politische Praxis und Weiterbildung“. Gleichzeitig 1. Jahrestagung der GesundheitsAkademie
Kontakt: GesundheitsAkademie, Geschäftsstelle, Braunschweiger Straße 53b, 2800 Bremen 1, Tel. (04 21) 4 98 86 34.

28. – 29. 10.

Murnau

Jahrestagung des Ökologischen Ärztesbundes: „Gesundheitsgefahren durch Müllverbrennung. Abfallprobleme in Klinik und Praxis“
Kontakt: Ökologischer Ärztebund, Bundesgeschäftsstelle, Kurhaus, 8117 Bayersoien.

1. – 3. 11.

Birkenfeld

Symposium: „Niedrigdosisstrahlung und Gesundheit“
Kontakt: Kreisverwaltung Birkenfeld, Frau Nieland, Schloßallee 11, 6588 Birkenfeld, Tel. (0 67 82) 1 52 12.

2. – 4. 11.

Heidelberg

„Psychosozialer Krebskongreß“
Kontakt: Fortbildungsseminar an der Chirurgischen Universitätsklinik, Im Neuenheimer Feld 155, Ernst-Morro-Haus, 6900 Heidelberg, Tel. (0 62 21) 56 30 88.

3. 11.

Berlin

„Krankenpflege am Scheideweg?“ 1. Berliner Krankenpflegesymposium.
Kontakt: LV-Berlin des DBfK, Wichernstraße 10, 1000 Berlin 33, Tel. (030) 8 32 44 85.

4. 11.

Karlsruhe

Aktionstag der deutschen Aids-Hilfen gegen die Verstraftlichung von Aids
Kontakt: Deutsche Aidshilfe, Nestorstraße 8-9, 1000 Berlin 31, Tel. (030) 8 96 90 60.

3. – 5. 11.

Pra Catinat/Turin

Internationales Treffen der „Ecole Dispersé de Santé“:
Thema: „Das Recht auf Ver-

schiedenheit: Medizinische und soziale Institutionen als Mittel der Ausgrenzung und/oder Mittel der Ausgegrenzten"

Kontakt: Beate Schücking, Schückingstraße 4, 3550 Marburg, Tel. (064 21) 131 47.

3. – 5. 11. Goslar

8. Bundestreffen der Angehörigen psychisch Kranker: „Familien und psychische Erkrankungen – Verantwortung ohne Grenzen oder wie weit geht der Freispruch der Familie?“

Kontakt: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Thomas-Mann-Straße 49a, 5300 Bonn 1.

6. – 9. 11. Koblenz

„Sucht '89“, Fachkonferenz der DHS zum Thema: „Abhängigkeiten bei Frauen und Männern“

Kontakt: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS), Westring 2, 4700 Hamm 1, Tel. (023 81) 258 55 oder 252 69.

6. – 10. 11. Darmstadt

Seminar: „Für eine andere Praxis in der Beschäftigungstherapie“

Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (061 51) 40 33 48.

6. – 10. 11. Hoffnungsthal bei Köln

Seminar: „Altwerden in der Migration“

Kontakt: Arbeiterwohlfahrt-Bundesverband, Oppelner Straße 130, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 6 68 50.

8. – 10. 11. Erlangen

5. Fortbildungstagung der Fachgruppe Psychiatrie im DBfK: „Perspektiven psychiatrischer Pflege“

Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Königsgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 28 55 99 oder 27 48 29.

8. – 10. 11. Loccum

Seminar: „Arbeitnehmerschutz im Wettbewerb? Gewerkschaftsstrategien für einen 'Sozialraum Europa'“

Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel. (057 66) 810.

9. – 10. 11. Hamburg

EDV-Einführungsseminar

Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Billhorner Deich 94, 2000 Hamburg 26, Tel. (040) 7 88 52 25/44.

10. – 12. 11. Solingen

„Dritte Welt“-Seminar

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

11. – 12. 11. Bonn

24. Tagung des Arbeitskreises Medizin-Psychologie der deutschen Sektion von amnesty international

Kontakt: Dr. med. Dietmar Schmitz-Burchartz, Idastraße 65, 4270 Dorsten.

17. – 18. 11. Bad Schussenried

Seminar: „Streß im Pflegealltag“

Kontakt: Gesellschaft für gerontologische berufliche Weiterbildung, Bahnhofstraße 10, 7953 Bad Schussenried, Tel. (0 75 83) 40 51 08.

terbildung, Bahnhofstraße 10, 7953 Bad Schussenried, Tel. (0 75 83) 40 51 08.

17. – 19. 11. Gersfeld/Fulda

Mitgliederversammlung des Ökologischen Ärztebunds. Inhaltliches Rahmenthema: „Gentechnologie“

Kontakt: Ökologischer Ärztebund, Bundesgeschäftsstelle, Klaus-Uwe Kroeker, Kurhaus, 8117 Bayersoien.

17. – 19. 11. Bonn

Tagung zum Thema: „Europa ohne Grenzen – grenzenlose Kontrolle“. Schwerpunkte: Polizei und innere Sicherheit, technische Entwicklung, Verbraucherschutz, Sozial- und Gesundheitspolitik.

Kontakt: Deutsche Vereinigung für Datenschutz, Reuterstraße 44, 5300 Bonn 2, Tel. (02 28) 22 24 98.

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.

25. 11. Essen

Fachtagung der IPPNW: „Ist Krieg in Europa noch führbar? Medizinische Analysen und Szenarien“

Kontakt: IPPNW-Geschäftsstelle, Bahnhofstraße 24, 6501 Heidesheim.

26. 11. – 1. 12. Hopsten-Schale

Seminar: „Prävention von sexuellem Mißbrauch“

Kontakt: Frauenbildungshaus Osteresch, Zum Osteresch 1, 4447 Hopsten-Schale, Tel. (054 57) 15 13, Mo. – Do. 11 – 15 Uhr.

27. 11. – 1. 12. Goslar

Seminar für Angehörige psychisch Kranker sowie ihre haupt- und ehrenamtlichen Helfer: „Mit der Krankheit leben“

Kontakt: Heimvolkshochschule Goslar, Zeppelinstraße 7, 3380 Goslar.

Das Fortbildungszentrum für Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen Hamburg im Berufsbildungswerk des DGB sucht zum 1. Januar 1990 (oder früher) eine

Pflegedienstleitung

für die Leitung unserer Weiterbildungslehrgänge zur Pflegedienstleitung und zur Stationsleitung.

Wir suchen eine erfahrene Pflegedienstleitung mit pädagogischem Geschick, die in Zusammenarbeit mit dem Dozententeam Leitungskräfte in der Pflege auf ihre zukünftigen Aufgaben vorbereitet.

Wir bieten eine verantwortungsvolle, vielseitige und interessante Tätigkeit in der beruflichen Erwachsenenbildung.

Wenn Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Dr. Knut Dahlgaard, Tel. (040) 7 88 52 24.

Ihre Bewerbungen richten Sie bitte an das

Berufsbildungswerk des DGB, Bezirksgeschäftsstelle Hamburg
Fortbildungszentrum für Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen
Billhorner Deich 94, 2000 Hamburg 28

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

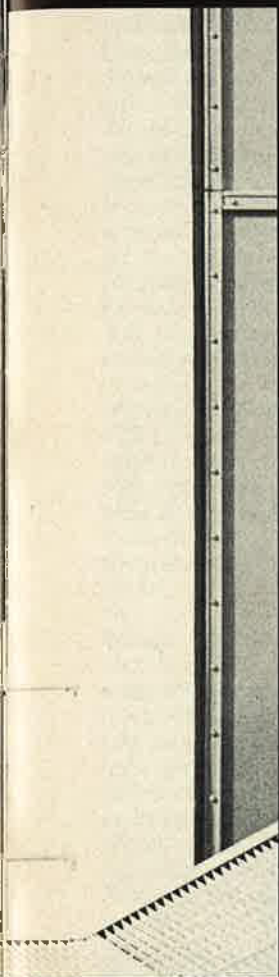
Anmeldung und Auskünfte bei: Arbeit und Leben – Berufliche Bildung/Gesundheitswesen, Judenstr. 1, 3400 Göttingen;
Tel.: (05 51) 4 35 55.

Die Fachgruppe Apotheken in der ÖTV-Berlin lädt ein
– anlässlich des in Berlin stattfindenden Apothekertags 1989 – am **13. Oktober um 20 Uhr** ins Stadthaus Böcklerpark, Prinzenstraße 1, Berlin-Kreuzberg, (Kultur, Essen, Trinken, Information, Gespräche)
Der Erlös des Abends ist für eine Gesundheitsstation in Nicaragua bestimmt.
Kontakt: Ingeborg Simon, Hewaldstraße 5, 1000 Berlin 62, Tel. (030) 7 84 87 83.



KILLERKLINIK?

ZUM HINTERGRUND VON „LAINZ“ UND „WUPPERTAL“



Die Krankenschwester Michaela Roeder, die mehrere Menschen im Krankenhaus getötet hat, sei keine Mörderin, beschied das Wuppertaler Landgericht. Begleitet wurde der Urteilspruch von Buhrufen des Publikums, das im Krankenhaus einen Ort des Friedens sehen will. Doch es verwechselt seine Wünsche mit der Realität. Philosophie und Praxis der modernen Krankenhäuser erzeugen nicht quasi automatisch, daß Menschen dort getötet werden. Aber die „Inhumanität der humanen Institution“ gepaart mit therapeutischem Machbarkeitswahn begünstigt Verzweiflung, Hilflosigkeit, die sich gegen den Hilfesuchenden wendet, und wohl auch Grausamkeit wie in Lainz.

Michaela Roeder hat kein Berufsverbot als Krankenschwester bekommen. Norbert Andersch und Ursula Daalman sehen in dem Urteil eine Verpflichtung der Institution, sich zu verändern, damit nicht nur Heilige und Automaten dort arbeiten können

Foto: Samor, dpa, Linie 4



Es ist schon neu, wie die Kliniken der Republik in die Schlagzeilen geraten. Eine tote Kasenpatientin, die gegenüber einem Privatzahler vernachlässigt wurde, brachte 1969 die halbe Bundesrepublik in Wallung. Heute irritieren Serienmorde in den Kliniken die Öffentlichkeit. Doch die Täterinnen sind keine Bestien in Menschengestalt, auch wenn sie in der Regenbogenpresse als „Todesengel“ gehandelt werden wie die Krankenschwester Michaela Roeder.

Als das Urteil verkündet wurde, soll es Buhrufe aus dem Publikum gegeben haben, schrieben Prozeßbeobachter. Die Zuschauer waren aufgebracht über die Milde des Spruchs. Richter Rolf Watty vom Landgericht Wuppertal fand dafür die richtige Erklärung: „Der Vorwurf von Mord in Verbindung mit einem Krankenhaus, dadurch fühlt sich jeder betroffen.“ Die Patienten sähen eben in einer Klinik einen „Ort der Sicherheit und der Genesung“. Wenn da, wo man seinen Frieden finden will, eine Mörderin ihr Unwesen treibt, will man harte Strafen, damit das Bild vom Ort des Friedens nicht zerstört wird.

Nicht dazu paßt, daß Michaela Roeder nichts vom grausamen Raubtier an sich hat, sondern eher „schnodderig“, kumpelhaft wirkt, was ihr auch zum Vorwurf gereichte. Die psychologischen Gutachter Eberhard Schorsch und Herbert Maisch bezeichneten Michaela Roeder als schwach strukturierte Persönlichkeit und von hohem Anpassungsvermögen. Die Verteidigung machte deutlich, daß sie „unkompliziert“ gewirkt habe, alle Probleme abgefiltert habe, auch das Problem, daß sie selbst die Konflikte auf der Intensivstation nicht mehr aushielt. Für wie viele Krankenschwestern ist genau diese „Unkompliziertheit“, das Verdrängen des Unbehagens und der Angst Voraussetzung dafür, von „oben“ anerkannt zu werden?

Auch wenn die Psyche der Täterinnen in Lainz und Wuppertal breitgetreten und schon fast krampfhaft bemüht wird, Michaela Roeder konnte sich im

unausgesprochenen Konsens mit den Absichten ihrer Klinik fühlen. Der Pfleger nämlich, der die Sache überhaupt erst ins Rollen gebracht hatte, die Fälle penibel dokumentiert und den Vorgesetzten vorgelegt hatte, erhielt keine Anerkennung, er wurde massiv eingeschüchtert. Richter Watty vom Wuppertaler Landgericht setzte in der Begründung des Urteils dazu ein deutliches Zeichen: Die Chefarzte und die Krankenhausleitung seien mitschuldig an der Situation der Schwester, die wie ein Strudel gewesen sei, aus dem sie nicht mehr herauskam. Watty sprach von der „unheiligen Konkurrenz“ der ärztlichen Anordnungen und von Unsicherheit des Pflegepersonals wegen mangelnder Präsenz der Ärzte. Die Institution Krankenhaus hat mitgetötet, und die Diskussion um Sterbehilfe stand Schmiere.

Morgen schon werden die Krankenhäuser jene glänzenden Wahrzeichen der Städte sein, wie es früher die Dome waren und heute die Banken sind: Wahrhaftige Zeichen bürgerlicher Wohlfahrt und Monumente moderner Heiltechnik. Beifall für den Redner Professor Schipperges auf dem Deutschen Krankenhaustag 1969. Dabei war die Prognose gründlich verfehlt. Doch Schipperges hatte nur so gelogen wie alle es tun, die das Krankenhaus nicht kennen und die ihre Wünsche mit der Realität verwechseln.

Niemals sind die Kliniken jene Heils- und Segenseinrichtungen gewesen, zu denen sie nachträglich mit Vorliebe stilisiert werden. Sie waren Elendsquartiere und Stätten des Schreckens, Gefängnisse und Seuchenherde. Der Name „Krankenhaus“ ist für die medizinischen Einrichtungen streng genommen falsch gewählt. Er markiert allenfalls eine bislang unerfüllte Hoffnung. Konsequenz in der Bezeichnung der wirklichen Verhältnisse sind nur Planer und Architekten. Der Berliner Professor Wiecher spricht in Planungsüberlegungen für ein Universitätsklinikum nicht mehr vom Krankenhaus, sondern vom MEFA, Medizinische Forschungs- und Ausbildungsstätte. Auch „Ärztehaus“ wäre nicht unangemessen.

Eine internationale Expertenkommission, die die strafrechtlich nicht relevanten, strukturellen Hintergründe der Morde in Lainz untersucht hat, kommt zu der bemerkenswerten Forderung, die im Umkehrschluß ganz deutlich macht, wie es um die Institution Krankenhaus bestellt ist: „Das Prinzip, wonach der Patient im Mittelpunkt steht, hat auch einen erkennbaren Niederschlag in der Organisationsstruktur der Krankenhäuser zu finden. . . Innerhalb der Krankenhäuser (müßten) die Dienstleistungen am Patienten, d.h. die Bedürfnisse erkrankter Menschen Vorrang vor anderen Funktionen wie Ausbildung und Forschung haben. Gleichermaßen sollten sich ökonomische und administrative Aufgaben vorrangig am Zweck der optimalen Betreuung der kranken Menschen orientieren.“ Was hier für die österreichischen Kliniken gefordert wird, dürfte in gleicher Deutlichkeit auch bundesdeutschen Krankenhäusern ins Stammbuch geschrieben werden.

Zum Selbstbetrug über das segensreiche Wirken der Krankenhäuser zählen auch die Geschichten von den glänzenden Erfolgen: Die „naturwissenschaftlich orientierte klinische Medizin mit ihren seit 1870 phänomenalen Heilerfolgen“ ermögliche dem Menschen heute ein wesentlich längeres und gesünderes Leben, so das Urteil des Vielschreibers und Medizinhistorikers Professor Murken aus Aachen. Der Engländer Thomas McKeown hat bereits Anfang der siebziger Jahre empirisch nachgewiesen, daß genau jene phänomenalen Heilerfolge, nämlich die Verringerung der Kindersterblichkeit, die Reduzierung der Infektionskrankheiten, die Verlängerung des Lebensalters nichts mit der klinischen Medizin zu tun haben, daß vielmehr diese von den Profis wie auch von den Laien ganz erheblich überschätzt werde, obwohl sie ihrer eigentlichen Aufgabe, der Pflege und Betreuung der Kranken, kaum nachkomme.

15 Jahre später bescheinigt die Lainzer Expertenkommission dem Dienstleistungsbetrieb Krankenhaus, in des-

sen Mittelpunkt die Heilung und Pflege kranker Menschen stehen solle, „daß das bestehende System nicht in jeder Hinsicht geeignet sei, alle nach dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft bestehenden Möglichkeiten in diesem Sinne zu nützen“. Kritisiert werden vor allem die mangelnde Präsenz der Ärzte wegen einer absurden Dienstzeitregelung (bis 13 Uhr), Personalmangel und Personalüberlastung, unzureichende Ausbildung aller Beschäftigten, vor allem im Pflegedienst, Belastung der Pflege durch berufsferne Tätigkeiten, die Funktionspflege, die bewirke, daß die Patienten ohne Bezugsperson sind, und die mangelnde Kooperation der Berufsgruppen.

Es sei „sicher kein Zufall, daß es alte, gebrechliche Menschen waren, die in Lainz getötet wurden,“ heißt es in der Expertise. Kein Zufall, in der Tat, denn wieso soll von Pflegenden „als Teil einer jugendbetonten Gesellschaft“ selbstverständlich erwartet werden, daß sie ein positives Altenbild haben?

Aus den Krankenhausstatistiken läßt sich entnehmen, daß just jene älteren und mehrfach erkrankten Menschen in ständig steigender Zahl in die Kliniken kommen. Der Anstieg der Pflegetage für Rentner zeigt eine dramatische Zunahme von 43 auf 74 Millionen zwischen 1970 und 1985, während sich der Behandlungsbedarf für alle anderen

Erkrankten gerade von 72 auf 73 Millionen Pflegetage erhöhte.

Es ist mittlerweile Allgemeingut, daß sich das Krankheitsspektrum von den Akut- und Infektionskrankheiten zu den chronischen und Mehrfacherkrankungen und dabei insbesondere zu Alterserkrankungen hin verschoben hat. Krankheiten, die im eigentlichen Sinn nicht heilbar sind, sondern allenfalls gelindert werden können oder längerer Pflege bedürfen. Das Phänomen dabei ist, daß die Krankenhäuser in Struktur und Ablauf dieses Geschehen völlig ignorieren. Die Experten in Lainz kritisieren im Abschnitt „Alte Patienten im Krankenhaus“ zu Recht: „Die mit bestimmten Krankheiten verbundenen Einschränkungen der Patienten in der Führung ihres täglichen Lebens (Essen, Kontrolle der Ausscheidungen, Körperpflege, Sich-Bewegen, soziale Kontakte, emotionale Bedürfnisse etc.) werden schon von vornherein als Begleitumstände angesehen und erhalten nur sekundäres Gewicht.“

Nicht das Krankenhaus stellt sich in Therapie und Betreuung auf die neue Klientel ein, es dreht jene Betroffenen nur um so häufiger durch die Mühle einer unbeeindruckt weiter rotierenden Akut- und Interventionsmedizin. Nicht der Ausbau begleitender Behandlungsverfahren und ein Rückgang direkter operativer und medikamentöser Interventionen – wie eigentlich zu erwarten – ist eingetreten, sondern das genaue Gegenteil: Chronisch Kranke und Alte sind in den Kliniken einem sich ständig wiederholenden Zick-Zack-Kurs von ausufernder Diagnostik, Operationen, medikamentöser Therapie und – bei dem absehbaren Scheitern dieser Akutbehandlung – anschließenden Abschiebeversuchen und Ausgrenzung ausgesetzt. Der auf maximale Verkürzung der Liegezeiten programmierte Behandlungsablauf zwingt auchgesprächsbereites Pflegepersonal und Ärzte rücksichtslos in seinen Rhythmus.

Die Expertenkommission: „Solche Intensität der Diagnostik und z.T. auch der verordneten Therapien belasten den alten Menschen besonders stark

und beanspruchen das pflegende Personal durch Terminkoordination und Termindruck. Von der bewußten Förderung der Kontakte zu den Patienten als Menschen kann dann gar nicht mehr die Rede sein.“ Hier müsse ein Umdenken und eine neue Auffassung von Patientenbedürfnissen einsetzen – nicht als Luxus, sondern als Voraussetzung eines „gesamthaften psychosomatischen Heilungsprozesses“.

Wie wahr. Doch nicht die patientenzentrierte Medizin holt auf gegenüber den reparativen Verfahren, sondern eine noch radikalere Ersatzteilmedizin, die Transplantationstechnik für alle Lebenslagen, die Ersatzchemie bei allen Stoffwechselstörungen, die Ersatztechnologie für defekte Sinnesorgane, das Gen-Checking zur Vermeidung „unordentlicher“ Neugeborener. Für die Propheten einer radikalen Heils- und Reparaturmedizin sind dies gigantische Fortschritte. Die kranken Anteile sollen abgebrannt und ausgemerzt werden.

Was die Verhältnisse so erstaunlich stabil macht, ist jedoch das Mittun der Patienten. Der Glaube an die „Machbarkeit“ von Gesundheit, der weniger aus den realen Erfahrungen denn aus der Hoffnung gespeist wird, Krankheit als Lebensbedrohung ausmerzen zu können. Wer möchte sich auch, selbst wenn die Statistik keinen Ausweg offenhält, mit dem Leiden und der Krankheit anfreunden. Wer möchte es aushalten, wer möchte Selbstverantwortung für seine Gesundheit übernehmen? Wenn Heilung schon nicht möglich erscheint, möchte man „wenigstens nichts unversucht gelassen haben“. Solch ein technisches Menschenverständnis vereint die Wünsche des Patienten und das Selbstbild des Arztes zu einer ziemlich unschlagbaren Koalition.

Das erklärt auch den ständig steigenden Menschenstrom in die Kliniken: 13,1 Millionen waren es allein 1988. Jeder fünfte Bürger der Republik vom Säugling bis zum Greis eingeschlossen. Nicht das Wissen um die Fähigkeiten des Arztes, sondern die Hoffnung auf ▶

Aus den Kriterien, nach denen die Qualität einer Klinik bemessen wird, sind die Patienten längst verschwunden. Daß die Dienstleistung am Patienten wieder in den Mittelpunkt der Krankenhausarbeit gerückt werden muß, fordert auch die Internationale Expertenkommission, die die Hintergründe in Lainz begutachtet hat



den Heiler katapultiert die Mediziner nach wie vor an die Spitze der Beliebtheitsskala aller Berufe. 76 Prozent aller Bundesbürger halten nach der neuesten Umfrage den Arzt für den angesehensten Stand. Das ist, so das Rheinische Ärzteblatt „Spitze“ – und kaum dazu angetan, berechnete Selbstzweifel der Mediziner zu nähren. 10 bis 25 Prozent der eingewiesenen Patienten hätten auch ambulant behandelt werden können, hat jetzt die Deutsche Krankenhausgesellschaft behauptet. Das ist wahrscheinlich sogar wahr, aber für eine redliche Betrachtung unzureichend. Daß sich zu viele Patienten in den teuren Akutbetten befinden, „mag zwar unter dem gleißenden Licht der Krankenhausmaschinerie stimmen, nicht jedoch unter den Unzulänglichkeiten häuslicher Pflege“ protestiert der Vorsitzende des Fachverbands deutscher Allgemeinärzte, Dr. Eckhart Brüggemann. „Sollen wir Hausärzte denn die fiebernde alte Dame in ihren vier Wänden verkommen lassen?“

Wenn es denn nur ein Fieber wäre, das nach drei Wochen abklingt. Oft genug ist die Rückführung in das Ausgangsmilieu bei chronisch Kranken und Alten gar nicht mehr möglich. Doch wenn nichts mehr zu therapieren, intervenieren und zu schneiden ist, ziehen sich die ärztlichen Macher zurück, und die Pflegerinnen und Pfleger bleiben übrig. Daß es dann zu Situationen kommt, in denen sie sich der Lage einfach nicht mehr gewachsen fühlen, ist jedem, der in einer Klinik gearbeitet hat, wohl einleuchtend.

Auch die Lainzer Expertise macht Überarbeitung, mangelnde Ausbildung und die Tatsache, daß die Schwestern oft die einzigen Bezugspersonen für die Alten sind, dafür verantwortlich, daß im der Lainzer Klinik angegliederten Pflegeheim ein Klima harter Aggression herrscht. Die Pflegerinnen und Pfleger gerieten so in Gefahr, sich selber die Schuld zu geben und aus schlechtem Gewissen oft unbewußt gegenaggressiv zu werden. Stauet sich solcher Haß, könne es bei „bei Fehlen moralischer Barrieren, aus Defiziten der Persönlichkeit, zu extrem sadisti-

schen Handlungen kommen“. Und, wie gesagt, die Debatte um Sterbehilfe, liefert auch noch die Argumente dafür.

Wer heute einen Pflegebedürftigen trotz der Drängelei der Krankenkasse in der Klinik läßt, braucht schon Unterwanderer-Mentalität. Rein in die Betten, raus aus den Betten ist eher die Realität in bundesdeutschen Kliniken: Der Patient muß sich des Krankenhauses würdig erweisen. Willkommen bleiben die, die sich dem Apparat, den Operationen und Interventionen zur Verfügung stellen. Gefahr laufen hingegen die Individuen, die hoffen, daß es auf sie als Menschen ankommt.

Die Krankenhausmedizin ist ein perfektes System, das volksgesundheitlich nichts bewirkt. Nur der Laie kann hier eine Ironie vermuten. Patient hin, Patient her, es beißt die Maus keinen Faden ab: Die Krankenhauswirtschaft funktioniert. 65 Milliarden Mark setzte sie 1988 um. Aus ökonomischen Gründen ist keine Trendwende nötig, wo doch der gute Zweck, die Gesundheit, scheinbar im Vordergrund steht. Ein durchaus auch heute noch erwägenswertes Argument artikuliert das ehemalige IG-Metall-Vorstandsmitglied Radtke: Auch bei Justiz und Schulwesen kommt niemand auf die absurde Idee, nach einer finanziellen Aufwand-Nutzen-Theorie zu kalkulieren.

Die Kosten-Nutzen-Kalkulation wurde dennoch eingeführt, zum Wohle des Patienten natürlich. Es gehe lediglich darum, so die Frankfurter Allgemeine 1972 zu Beginn der Kostendämpfungsdebatten, „daß große Krankenhäuser nicht weiter wie bessere Feldlazarette geführt“ würden. Geradezu abwegig damals der heute selbstverständliche Gedanke, daß ökonomische Vorgaben einmal ethische Entscheidungen präjudizieren könnten. Die ganzen Meßmethoden zeigten schnell, daß die Gesundheit der behandelten Patienten oder gar ihre Befindlichkeit nach und infolge von Krankenhausbehandlung eine denkbar ungünstige Kategorie zur Erfolgsmes-

sung waren, zumindest aus der Sicht der Anbieter. So wurde dieser „unzuverlässige Parameter“ in stillem Konsens einfach aus den Statistiken entfernt.

Die neue Methode ist ganz einfach. Jetzt werden nur noch alle Krankenhauseinzelleistungen aufsummiert. Der Gesundheit dient es eh, und darum: Je mehr Einzelleistung, je mehr Qualität. Deshalb ist auch der Qualitätsstandard bundesdeutscher Krankenhäuser – im Urteil der Deutschen Krankenhausgesellschaft selbstverständlich – so unreichbar hoch im Vergleich zu anderen Ländern. Erschreckend niedrig ist er aber für die aus der Erfolgsstatistik ausgeblendeten Patienten. Eine Studie im Auftrag der Europäischen Gemeinschaft über vermeidbare Todesfälle hat denn auch ganz andere Ergebnisse erbracht: Das reichste Land der EG mit dem teuersten Gesundheitswesen steht bei der Untersuchung von 17 ausgewählten Todesursachen am schlechtesten von allen da.

Einer Kosten-Nutzen-Rechnung, die früher die Qualität der Krankenhäuser bewerten sollte, wird heute der Patient unterzogen: Kommt er zu teuer oder nicht? Die Rentabilitätsgrenze ist dabei offensichtlich schnell erreicht. Deshalb sind auch die Proteste gegen den „Bioethiker“ Peter Singer, der für die Tötung im Falle von Schwerstbehinderung plädiert, streng genommen ein Kuriosum, nicht Singers Denken selbst. Seine „Nützlichkeitstheorie“ sitzt heute schon fest in den Köpfen vieler, die im Extremfall über Tod oder Leben zu entscheiden haben. Die Kommerzialisierung der Krankenhäuser hat dieser Entwicklung den Weg gebahnt, schon bevor Singer seine Thesen hierzulande verbreiten durfte.

Was derzeit bleibt, ist Unbehagen in den Kliniken. Echte Kritik wie im Bericht der Expertenkommission im Wiener Klinikum gibt es hier in der Bundesrepublik nur in Ansätzen. Für Betreiber und Industrie stimmen die Leistungsdaten. Wen in-

teressieren die Folgewirkungen des auf Hochtouren laufenden Systems?

Krankenhauskritiker in der Bundesrepublik mochten sich radikalen Institutionskritikern wie Foucault, Illich oder McKeown nicht anschließen. Sie hatten Funktionslücken und Strukturdefizite im Visier. Auch den Kapitalismus-kritischen Krankenhausanalysen wurde zu Recht vorgehalten – wie etwa von dem Medizinsoziologen x Schäfer, daß sie die Medizin auf ihre bloße Reparaturfunktion für die Ware Arbeitskraft reduziert und die Fülle der kulturell-sozialen Wirkungen vernachlässigt haben. Linke und Gewerkschafter haben bei ihren ehrenwerten Bestrebungen ganz ungefragt im „gutverstandenen Interesse der Patienten“ gehandelt. Einbezogen haben sie sich jedoch nicht. Genauso illusorisch waren die Vorstellungen von Selbsthilfegruppen, allein aus der Empörung betroffener Patienten könne eine Reform der Gesundheitspolitik erwachsen.

Das Dilemma: Utopien erlauben sich derzeit allenfalls die aggressiven

Marktstrategien im Krankenhaussektor. Lückenlose Datenübertragung von Klinik zu Klinik, operative Computersimulation, computergestützte Herstellung von Prothesen mit entsprechender Software sollen schon in naher Zukunft realisiert werden. Ernstgemeint ist die von Robert Bogulawski, einem der führenden Konstrukteure von neuen EDV-Systemen, entworfene Standardisierung von Pflegeplänen, mit denen dank EDV-Planung die „negativen Eigenschaften des Menschenmaterials“ ausgeschaltet werden sollen. Eine ernsthafte Institutionskritik gibt es nicht. Von den die Krankenhausmaschine antreibenden Kräften kann schlecht erwartet werden, daß sie ein System reformieren, welches sie nach ihren Vorstellungen und Interessen geschaffen haben. Eine Selbstreform der Krankenhäuser scheitert aus. Bleiben Veränderungsimpulse der Beschäftigten und von außen.

Der Pflegenotstand könnte zum Beispiel den Anlaß bieten für eine inhaltliche Krankenhausdebatte, wenn über die reine Befriedigung materieller Bedürfnisse hinaus auch konzeptionelle Planspiele zugelassen werden. Eine Neuorientierung der Pflege, die allseits vom Personal gewünscht wird, Gruppenpflege oder die Zuordnung von Bezugspersonen zu bestimmten Patienten, die eine Individualisierung der Beziehung fördern könnten, läßt sich beim jetzigen Personalstand nicht durchsetzen. Das Ausbluten der Stationen durch eine Überlastung der Pflegekräfte, die wahrscheinlich noch zunehmen wird, könnte der Diskussion mehr Dynamik verleihen.

Sinnvolle Ansätze zur Krankenhausreform scheinen in Überlegungen der ÖTV im Bezirk NRW II zu liegen. Regionalkonferenzen zur Krankenhausentwicklung durchzuführen, wo auch die Betroffenen zu Wort kommen sollen. Ansätze zu einer Neuorientierung zeigen sich in den Modellversuchen zur „medizinisch-psychosozialen Basisqualifikation für Gesundheits- und Sozialberufe“. Ansätze böte auch eine Quotierung für Frauen in Leitungspositionen, die, würde sie durch-

gesetzt, kaum vorstellbar sein läßt, daß die heutige Therapiewut, die aggressiven Behandlungs- und Ersatzstrategien und die Herabsetzung der Pflege und Betreuung so fortgesetzt wird.

Schrittmacher und Katalysator einer Diskussion über Krankenhausreform war oft die Architektur, auch wenn man ihr in den letzten 20 Jahren vorwerfen muß, daß sie überwiegend zum Vollstrecker einer technischen Krankenhausphilosophie geworden ist, die Kliniken nur als Funktionseinrichtungen begreift und konstruiert. Erst in den letzten Jahren ist eine Kritik der „Entmenschlichung des Planungsdenkens“ durch die Architekten Hans-Joachim Fritz und Thomas Silaff artikuliert worden, die die Hinwendung zum Menschen im Zustand des Krankseins oder des Sterbens verlangen.

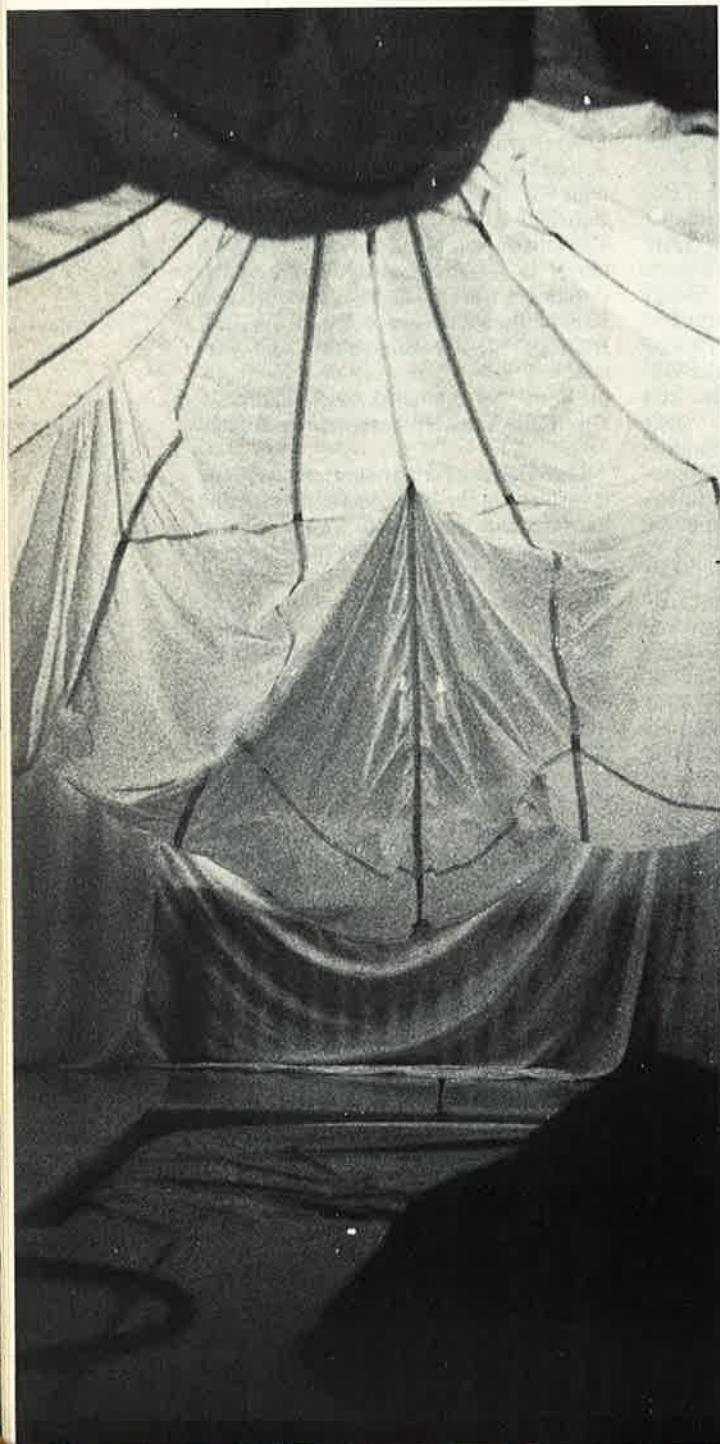
Aber neue Utopien, die Kraft für eine Veränderung entwickeln könnten, gibt es noch nicht. Die „ökotopische Lösung für Krankenhäuser“, die der Amerikaner Ernest Callenbach in seinem Roman „Ökopia“ zu Anfang der siebziger Jahre geschildert hat, bleibt Zukunftsmusik. Der vor wenigen Monaten in der Spielbank Hohensyburg durchgeführte Kongreß „Zukunft des Krankenhauses“ brachte nur biedere Beiträge, deren Sinngehalt – die Versöhnung von Ökonomie und Humanität – in Managementkreisen allenfalls ein müdes Lächeln hervorrufen dürfte.

Der Gedanke einer sanfteren, weniger invasiven, mehr betreuenden Krankenhausmedizin hat noch keine eigene Kraft entwickelt. Doch es gibt die Untersuchungen in Lainz, die gezeigt haben, wie das Fallen moralischer Barrieren durch Strukturen und Organisationsformen begünstigt werden. Es gibt das Urteil gegen Michaela Roeder, das die geilen Erwartungen auf die Bestrafung eines „Todesengels“ enttäuscht hat. Dieses Urteil kann keinem der Getöteten mehr helfen, wie Richter Rolf Watty kommentierte, aber es kann „helfen, den Tathintergrund zu erhellen, um schuld- oder schicksalhafte Wiederholungen solcher Taten zu verhindern.“ □

Woher können Impulse zu einer Reform der Krankenhäuser kommen, wo doch die Utopie einer sanfteren, weniger invasiven, mehr begleitenden Medizin noch keine Kraft entwickelt hat? Vielleicht muß noch mehr aus dem Alltag der Kliniken ans Tageslicht kommen, um das heutige System in Frage zu stellen



SNOEZELRAUM



yn – Der Entzug als angenehmes und öfter wiederholbares Erlebnis: In der westfälischen Klinik Lengerich ist wenig übriggeblieben von der alten Leidensdrucktherapie, daß nur dauerhaft drogenfrei wird, wenn es auch so richtig dreckig gegangen ist. Können hier die „Netze“ der Drogentherapie rutschen, einen Einstieg in den Ausstieg finden?

Foto (3): yn

Snoezelraum“ steht auf dem Hinweisschild am Eingang eines Backsteingebäudes aus der Jahrhundertwende. Ins Innere gelangt man durch einen engen dunklen Flur. Auf einem Matratzenlager liegen Stoffbälle, Teddybären und andere Kuscheltiere. In einer Ecke, rot, grün und gelb beleuchtet, ragen gläserne Säulen bis zur Decke, mit Wasser gefüllt, in dem Luftblasen perlen. Das Nachbarzimmer wird fast ganz von einem Wasserbett eingenommen, daneben liegen Massagegeräte, ein Projektor wirft die Farbenspiele eines Kaleidoskops an die Wand. Ein anderer Raum ist gefüllt mit unzähligen kleinen Plastikbällen, wie man sie von einem Möbelhaus kennt, das damit Eltern von quengelnden Kindern befreit, um für ungestörten Konsum zu sorgen. Am Ende des Flurs liegt eine kleine Turnhalle, spärlich eingerichtet mit farbigen Kunststoffelementen und einer Schaukel. Über drei Meter kann man sich hier aufschwingen, was Maria Brümmer-Hesters mit sichtlichem Vergnügen vorführt.

„Snuuseln“, wie man es spricht, sei in den Niederlanden für die Arbeit mit geistig behinderten Kindern entwickelt worden, erklärt sie, während die Räume mit Vollenweiders Harfenmusik beschallt werden. „Wenn wir mit unseren Leuten hier sind, läuft aber andere Musik“. „Unsere Leute“, das sind die Klienten der Station 18.2.2. des Landeskrankenhauses Lengerich, auf der Maria Brümmer-Hesters als Sozialpädagogin arbeitet. Seit September 1988 werden hier Drogenabhängige entzogen.

In den Niederlanden gibt es bereits Erfahrungen mit dem Einsatz von „Snoezelen“ in der Entzugsbehandlung. In der Bundesrepublik ist Lengerich die einzige Einrichtung, in der „gesnoezelt“ werden darf. Sinn und Zweck von „Snoezelen“ ist, positive Körpererfahrung zu vermitteln. Zu vermitteln, daß auch ohne Drogen Zufriedenheit und Beschwerdefreiheit erlebt werden kann. Diesem Zweck dienen auch Sauna, Massage, Bewegungstherapie und Kneippsche Anwendungen. „Zum Teil ganz profane Dinge“, sagt Jan-Hendrik Heudtlass, Sozialarbeiter und Leiter der Station, „die dazu beizutragen, Körperakzeptanz entgegenzusetzen der autoaggressiven Hand-

lung des Spritzens“, und untermalt dies, indem er sich mit demonstrativer Geste eine gedachte Nadel in den Arm rammt. Positive Körpererfahrung, das können kleine, für nicht Abhängige völlig selbstverständliche Dinge sein. Unvorstellbar sei es für viele Klienten vor der Behandlung gewesen, ohne die Droge überhaupt ruhig schlafen zu können, berichtet Heudtlass.

Dörte* ist zum zweiten Mal bei Cleanok, so der Name der Lengericher Entzugsstation. Das erste Mal sei sie abgehauen, weil die Leute, die damals mit in Behandlung waren, „nicht so gut waren“. Die hätten ihr gesagt, sie solle doch nach Hause gehen, wo sie doch „Po lang hätte“, genug Polamidon. Abgehauen sei sie aber auch, weil sie ohne Polamidon entzogen worden war: „Wenn ich gewußt hätte, ich kriege nichts, wäre ich nicht wiedergekommen, dafür habe ich den Entzug als solchen Horror in Erinnerung.“ Schlechte Erfahrungen mit dem Entzug hat auch Andreas* gemacht, einer der Amsterdamerückkehrer, die in Lengerich behandelt werden. Wie Dörte wird er mit Polamidon ausschleichend entgiftet: „Gut ist daran, daß ich jetzt normal essen kann, das ist bei einem kalten Turkey unmöglich, da bleibt nichts drin.“

Einen Entzug, eine Pause vom Drogenkonsum und Beschaffungsstreß, wollen fast alle Abhängigen im Verlauf ihrer Drogenkarriere. Auch die Klienten von Cleanok hatten in der Regel mehrere Anläufe eines Selbstentzugs hinter sich, bevor sie nach Lengerich kamen. Die meisten Versuche scheitern nach wenigen Tagen. Zu stark ist meist die Einbindung in die Szene, zu schmerzhaft wird der Entzug wahrgenommen, zu hoch sind für viele die Zugangsvoraussetzungen für eine Entgiftung in traditionellen Drogeneinrichtungen: Wille zur dauernden Abstinenz, ein nachfolgender Therapieplatz muß vorhanden, die Kostenübernahme geklärt sein. Und dem Schritt zur Therapie wird nicht selten nachgeholfen. „Therapie statt Strafe“ heißt das Konzept, bei dem die Hauptmotivation zur Therapie darin besteht, nicht in den Knast zu wandern. Keine günstige Ausgangsposition für einen Ausstieg.

„Der Entzug soll als ein angenehmes, wiederholbares Ereignis erfahren werden“, beschreibt Jan-Hendrik Heudtlass einen der Kernpunkte des Konzepts von Cleanok. Den Lehrsatz, daß nur ein kalter Entzug auch ein guter sei, will man in Lengerich nicht gelten lassen, zumindest nicht für alle Abhängigen. „Sicher“, konzediert Heudtlass, „ist der kalte Entzug für einige genau der richtige Weg, vor allem, wenn er durchgehalten werden kann.“ Auf den ersten Blick befremdet es da, wenn in Lengerich Klienten, die einen Entzug ohne medikamentöse Begleitung oder ohne eine Herunterdosierung mit Hilfe von Polamidon machen wollen, zu hören bekommen: „Tu Dir

das nicht an, bau Deine Hürden nicht so hoch, daß Du sie nicht schaffen kannst“. Die Erklärung, die Heudtlass dafür gibt, klingt überzeugend. Jeder Entzug, der schmerzhaft sei und dann abgebrochen werde, verstärke die Traumata, erhöhe die Schwelle, einen neuen Versuch zu wagen.

Erfolge hat auch die traditionelle Drogentherapie. „Ihre Ergebnisse sind weit besser als in der Öffentlichkeit angenommen“, stellt Jan-Hendrik Heudtlass fest, ohne daß diese Bemerkung den Eindruck einer Pflichtübung hinterläßt. Allerdings ärgert ihn die Feststellung der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, daß die Drogenarbeit in der Bundesrepublik die beste aller möglichen sei, wo doch gerade 20 Prozent aller Abhängigen erreicht würden. Möglich werden solche „Erfolgsmeldungen“ der DHS, weil es eine große Schublade gibt, in der genügend Platz für den Rest vorhanden ist: Abgelegt unter dem Etikett „Therapieresistent“. „Es ist noch die Frage, ob nicht eher die bisherigen Therapieformen resistent gegen die Klienten sind“, provoziert der Leiter von Cleanok, „wenn nur die edlen, die motiviertesten Abhängigen erreicht werden.“

Erreichbar sind nach den Erfahrungen in Lengerich offensichtlich auch die Drogenabhängigen, die längst die innere Kündigung gegenüber den Institutionen der Suchtarbeit vollzogen haben. Vorausgesetzt, die Anforderungen für den Einstieg in eine Entzugsbehandlung sind so gering wie möglich. „Einen Entzug wollen Abhängige immer, eine Therapie nicht unbedingt“, erläutert Heudtlass und bringt das bislang in der Bundesrepublik einmalige niedrigschwellige Konzept von Cleanok auf den Punkt: „Du willst kommen, das reicht erst einmal.“

„Mensch, wo stehst Du überhaupt!“, mimt Heudtlass überspitzt einen Therapeuten im Gespräch und setzt noch einen drauf: „Du ziehst Dich zurück, jetzt sind aber Deine frühkindlichen Erfahrungen angesagt.“ So etwas hat nach Ansicht des Cleanok-Teams in einer reinen Entzugsbehandlung nichts zu suchen. Einer der Grundsätze ist die Freiwilligkeit der Klienten, nicht zu übersetzen mit einem „anything goes“, denn eine Teilnahmepflicht an den Sitzungen der „therapeutischen Gemeinschaft“ gibt es auch hier. Aktive Beteiligung will man aber bewußt nicht einfordern. Mit gutem Erfolg, wie Maria Brümmer-Hesters sagt, „gerade weil wir nicht bohren, fällt es vielen leichter, von sich zu erzählen“.

Die Konfrontation mit der eigenen Vergangenheit so gering und sanft wie möglich zu halten, ist gerade für die Frauen, die den Weg nach Lengerich geschafft haben, besonders wichtig. „Warst Du auf dem Strich, warst Du anschaffen, und und und“, ständig müßten sich die Frauen in vielen anderen Einrichtungen diesem Verhör stel-

Eine Pause von der Droge bietet die Station 18.2.2. im Landeskrankenhauses Lengerich, und keinen Deut mehr. Der Wille zur dauerhaften Abstinenz, nachfolgender Therapieplatz mit abgeklärter Finanzierung, all das brauchen die Klientinnen und Klienten hier nicht.

len. „Dazu etwas sagen zu müssen, fällt ihnen nicht leicht, dabei ist der Ausstieg für Frauen ohnehin schwer genug.“

Hört man der Erzählung von Dörte zu, weiß man warum: Ihr Freund, selbst drogenabhängig, habe sie mehrmals verprügelt, krankenhausreif geschlagen. Wenig später berichtet Dörte über eine gemeinsame Schmuggeltour, bei der sie mit ihrem Freund aufgefliegen war. „Obwohl er nichts damit zu tun hatte und ich das auch vor Gericht ausgesagt habe, ist er in den Knast gewandert“, beklagt sie sich über diese „Ungerechtigkeit“. Trotz ihrer miesen Erfahrungen steht Dörte für den Mann ein, verteidigt ihn gegen alle Anschuldigungen.

Mit dem Wunsch, aus dem Konsum auszusteigen, ist es eben nicht getan. Es erfordert vor allem eine enorme Leistung, aus den bestehenden Beziehungsverflechtungen auszubrechen, wie Maria Brümmer-Hesters klar macht: „Der Druck reicht von der physischen Gewalt bis zur absoluten Liebesknechtung, die aber im Grunde auf einer Ebene abläuft, die etwas mit Gewalt zu tun hat.“

Dem entgegenzuwirken, reicht es nicht aus, den Konfrontationsdruck gering zu halten. Miserabel sei die Geschlechterrelation in den meisten gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen, klagte Christa Melfert-Dietz von der DHS vor zwei Jahren auf einer Tagung der Arbeiterwohlfahrt zum Thema „Frauen und Sucht“. „Aufgrund ihrer zahlenmäßigen Unterlegenheit greifen sie auf die ihnen von 'Szene' und gesellschaftlicher Alltäglichkeit bekannten Verhaltensweisen und Bewältigungsstrategien zurück und gehen eine Zweierbeziehung ein (...) Daß unter die-

„Die bisherigen Drogentherapien sind auf Männer ausgerichtet, deshalb nehmen wir Quotierung auf“, erklärt Marla Brümmer-Hesters ▶



„Es ist die Frage, ob nicht eher die bisherigen Therapieformen resistent gegen die Klienten sind, wenn sie nur die edlen Abhängigen erreichen“, provoziert Jan-Hendrik Heudtlass ◀

sem Druck – eine Frau gegen viele Männer – Klientinnen in der stationären Therapie eine Chance in der gemeinsamen Lebensperspektive mit einem Abhängigen sehen, ist auch ausschlaggebend für die hohe Abbruchrate von Fixerinnen.“

Daß auf der Scene gemachte Erfahrungen von Frauen in der therapeutischen Gemeinschaft weiterleben, bestätigt Maria Brümmer-Hesters: „Die Frauen wollen nicht so viel sagen, kommen nicht aus sich heraus, werden schneller eingebunden und eingenommen von den Männern.“ Aufgefangen werden soll dies in Lengerich durch eine Quotierung. Nach Möglichkeit sollen 50 Prozent der Plätze von Frauen besetzt werden, angeboten werden Gesprächskreise und Freizeitaktivitäten, bei denen die Männer nicht dabei sind. Darunter fällt zum Beispiel auch die Möglichkeit, ohne die Männer in die Sauna zu gehen, sich hier nicht darstellen, verkaufen zu müssen.

Wie sehr die Drogentherapie auf männliche Klienten ausgerichtet ist, zeigt sich auch bei Cleanok. „Der Wunsch, spezialisiert Frauen behandeln zu wollen, ist eigentlich erst nach dem Start gekommen“, gesteht Jan-Hendrik Heudtlass ein. Um das eigene Programm zu verbessern und auszubauen, seien aber mittlerweile Kontakte zu Einrichtungen geknüpft worden, die bereits Erfahrungen mit frauenspezifischen Entzugsprogrammen gesammelt hätten.

Erfahrungen mit niedrigschwelligen Entgiftungsangeboten gibt es bislang keine in der Bundesrepublik. „Für uns ein Startvorteil“, gewinnt dem der Leiter von Cleanok eine positive Seite ab. Denn so konnten die Vorstellungen über den Personalbedarf gegenüber dem Kostenträger, dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe, weitgehend durchgesetzt werden. Neun Pflegekräfte, eine Beschäftigungstherapeutin, eine Bewegungstherapeutin, eine Sozialpädagogin, ein Sozialarbeiter und ein Arzt mit einer 20-Stunden-Stelle stehen für sechs Plätze zur Verfügung. „Auf den ersten Blick sieht das optimal aus. Aber wenn man bedenkt, daß wir eine Versorgung rund um die Uhr sicherstellen müssen und ständig zehn Plätze tatsächlich belegt haben, relativiert sich dieser Eindruck“, schränkt Jan-Hendrik Heudtlass ein.

Durchgesetzt werden konnte in den Verhandlungen auch, daß die in der therapievorbereitenden Entgiftung übliche Behandlungsdauer von maximal drei Wochen ausgeweitet wurde. Fünf Wochen können Abhängige, die in einer akuten Krisensituation nach Lengerich kommen, auf der Station bleiben. Therapiepläne oder eine Zusage für einen Therapieplatz werden nicht verlangt.

„Der Wunsch, dauernde Abstinenz zu erzielen, ist nicht Voraussetzung, sondern idealtypischer Weise das Ziel einer Entzugsbehandlung“, heißt es in einer Darstellung des Konzepts von

Cleanok. Gerade die Pause von der Droge, so die Vorstellung des Teams, soll den Abhängigen überhaupt erst die Möglichkeit eröffnen, abstinent leben zu wollen. „Die meisten, die mehrmals hier waren, erkennen in diesem Prozeß, daß sie mehr tun müssen, als sie bisher gemeint haben. Idealerweise resultiert daraus der selbstformulierte Wunsch einer Langzeittherapie“, erklärt Maria Brümmer-Hesters und verweist auf zwei Klientinnen, die diesen Sprung bereits geschafft haben. Genauere Ergebnisse soll eine wissenschaftliche Begleitstudie bringen, von der sich das Cleanok-Team auch eine Legitimation des Projekts als einen von verschiedenen Wegen der Drogenbehandlung verspricht. Vielleicht stünden dann der Einführung ähnlicher Einrichtungen nicht mehr so viele Hindernisse im Weg.

Dies wäre für die Station in Lengerich eine spürbare Entlastung. Denn die Kriterienliste für die Aufnahme ist lang, die Plätze knapp und begehrt. Bevorzugt aufgenommen werden Klienten aus der Region, HIV-Positive, Frauen, Amsterdamrückkehrer und Abhängige in katastrophalem Gesundheitszustand, die nach Jahren erstmals wieder eine stationäre Behandlung machen möchten. „Wir versuchen, diese Kriterien zu mischen und dabei keinem Unrecht zu tun, was natürlich gar nicht geht“, beschreibt der Leiter von Cleanok das Dilemma. Alleine bis zum Frühjahr meldeten sich über 600 Abhängige, auf der Warteliste stehen über 60. Der Anspruch des Projekts, den Entzug als eine wiederholbare angenehme Erfahrung zu gestalten, kollidiert mit den vorhandenen Möglichkeiten. Ein großer Anteil der Arbeitskraft wird allein durch Gespräche mit Abhängigen gebunden, deren Wunsch nach einer Aufnahme zwar einsichtig, aber nicht erfüllbar ist. Gipfelpunkt dieser Belastung war für Jan-Hendrik Heudtlass der Anruf einer Mutter, die ihn für den Tod ihres Sohnes verantwortlich machte. Er hatte nicht aufgenommen werden können und war an einer Überdosis gestorben. □

Der EG-Arzneimittelmarkt ab 1993 Chancen und Risiken

Von Gerd Glaeske

Der Arzneimittel-Markt in der Bundesrepublik ist der ausgeweitete und umsatzstärkste in Europa. Vergleichsstudien, wie sie zuletzt 1988 von der WHO veröffentlicht wurden (R. Laporte), zeigen immer wieder, daß die **Qualität des bundesdeutschen Marktes** unter Intransparenz und vielen überflüssigen Diversifikationen des Produktangebotes leidet, letztlich als Resultat einer ungenügenden Regulation der Zulassungs- und Überwachungsbehörden. Die Hälfte bis zwei Drittel aller angebotenen und als zugelassen geltenden Arzneimittel sind entweder unzweckmäßig zusammengesetzt, von nicht bestimmbarer oder zweifelhaftem therapeutischen Nutzen oder gänzlich überflüssig. Einige Ergebnisse:

1. Die Transparenzkommission beim Bundesgesundheitsamt hat bis zum Ende des Jahres 1985 Arzneimittel aus zehn wichtigen Indikationsgebieten (Angina pectoris, Arterielle Hypertonie, Durchblutungsstörungen, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Herzmuskelinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Kreislaufinsuffizienz) beurteilt. Resultat: Nur 53 Prozent aller 3873 untersuchten Arzneimittel konnten ihre Wirksamkeit in den beanspruchten Indikationsgebieten zweifelsfrei nachweisen.

2. Der im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) erarbeitete „Bewertende Arzneimittel-Index“ kam in bislang vier veröffentlichten und zwei unveröffentlichten Studien zu dem Ergebnis, daß lediglich 30 bis 40 Prozent aller angebotenen Arzneimittel auch dem Arzt für seine Verordnung empfohlen werden können. Abgewertet wurden vor allem unzweckmäßig zusammengesetzte Kombinationspräparate, in denen Wirkstoffe vorhanden sind, die keinen positiven Beitrag zum Nutzen des Präparates leisten.

Daß es bei diesem Forschungsprojekt wie aber auch in den Veröffentlichungen der Transparenzkommissionen vor allem Kombinationspräparate trifft, kann nicht erstaunen, schließlich ist der Markt in der Bundesrepublik mehr als andere Märkte von solchen Produkten zweifelhafter Polypragmasie überschwemmt. Eine Übersicht über den Anteil fixer Kombinationspräparate in verschiedenen Ländern in einigen Indikationsgebieten kann dies verdeutlichen: (Tabelle 1)

Tabelle 1

Indikationsgruppen	BRD	GB	S
	% Kombinationspräparate		
Analgetika/Antirheum.	75,5	39,5	55,4
Antitussiva/Expector.	86,9	78,8	39,0
Antihypertonika	79,5	26,8	26,7
Bronchospasmolytika	71,3	0	46,2
Hypnotika/Sedativa	71,6	11,1	27,9
Spasmolytika	51,6	55,8	40,6
Psychopharmaka	23,9	8,7	3,6
Mittlerer Anteil	69,9	37,4	37,0

Quelle: Dölle, W. et al. (Hrsg.): Grundlagen der Arzneimittel-Therapie. 1988. S. 331

Aber auch die **Größe europäischer Arzneimittelmärkte** differiert beträchtlich. Die Gründe hierfür sind ganz unterschiedlich.

So sind einerseits Zulassungsentscheidungen der jeweiligen Länderbehörden hierfür verantwortlich. Und obwohl die Arzneimittelgesetze mit ihren Anforderungen des Nachweises von Wirksamkeit,

In keinem anderen Land der Europäischen Gemeinschaft gibt es eine so große Zahl an Fertigarzneimitteln, wird so wenig in den Arzneimittelmarkt eingegriffen wie in der Bundesrepublik. Kann ein gemeinsamer Markt von den Erfahrungen der anderen Länder profitieren und damit auch hier eine rationalere Arzneimitteltherapie und größere Arzneimittelsicherheit erwirken?

Unbedenklichkeit und pharmazeutischer Qualität so verschieden nicht zu sein scheinen, führt die Umsetzung der Regelungen, die „Philosophie“ hinter den Zulassungsentscheidungen, zu unterschiedlichen Märkten. Beispielsweise ist die Einbeziehung des wissenschaftlichen Sachverständigen in das Zulassungsverfahren in Großbritannien und Frankreich gegenüber der Bundesrepublik verschieden. Während der externe wissenschaftliche Sachverständige in das Zulassungsverfahren der Bundesrepublik als beratende Kommission integriert ist, die Arzneimittelbehörde als interner Sachverständiger von den Voten der Kommission aber abweichen kann, sind die Sachverständigenkommissionen in Großbritannien und Frankreich faktisch und teilweise auch rechtlich Träger der Entscheidungen. Dies spricht für für wissenschaftlich begründetere Zulassungsentscheidungen als z. B. in der Bundesrepublik.

Unterschiedlich sind auch die Methoden zum Nachweis der **Wirksamkeit**. Während der kontrollierte klinische Versuch nach der Doppel-Blind-Methode in vielen Mitgliedstaaten der EG verbindlich ist, wird er in der Bundesrepublik nicht bei neuen Wirkstoffen immer verlangt. Je weniger Einheitlichkeit aber in diesem Bereich besteht,

sen, fehlt in der Bundesrepublik eine derartige Auflage zur Sicherung der Gesunden und Kranken vor den Versuchsrisiken. Einer Zulassungsbehörde, die dadurch Kenntnis von den klinischen Versuchen hat, steht eine breitere Informationsgrundlage bei der späteren Zulassung zur Verfügung. Auch insofern begründet die mangelnde rechtliche Vereinheitlichung in den unterschiedlichen EG-Ländern die Gefahr (nicht die Notwendigkeit) unterschiedlicher Entscheidungen.

Andererseits sind auch die Interventionen im Markt durch regulierende Konzepte (Preisverhandlungen, Positivliste) national sehr verschiedenartig. Derartige Interventionen regulieren jedoch die Produktnachfrage und beeinflussen damit letztlich auch den Marktcharakter. Die Kriterien einer nützlichen, notwendigen und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie, die sich in einer vergleichend festgestellten Wirksamkeit („Mittel der Wahl“ unter allen angebotenen Alternativen) und in einem „vernünftigen“ Preis manifestieren, bestimmen letztlich auch das Arzneimittelangebot. Diese Kriterien sind nicht Gegenstand von Zulassungsentscheidungen und können daher erst „im Markt“ angewendet werden. Ein Überblick über die „regulatorischen Interventionskonzepte“ in einigen europäischen Ländern und die Anzahl der verfügbaren Arzneimittel auf den jeweiligen Märkten soll die angesprochene Interaktion verdeutlichen: (Tabelle 2)

Auch wenn die Zahl in der Bundesrepublik eingedenk des weit gefaßten Arzneimittelbegriffes reduziert wird auf noch marktrelevante Produkte, so verbleibt ein Angebot von ca. 30 000 Präparaten, das immerhin noch fast um das zehnfache höher liegt als in den meisten europäischen Nachbarstaaten. Eine medizinisch unnötige Intransparenz, die letztlich eine qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung unmöglich macht.

Die Entwicklung eines gemeinsamen europäischen Marktes muß in diesem Zusammenhang als mögliche Verbesserung gesehen werden: Die derzeitigen Diskussionen über eine Europäische Zulassungs- und Überwachungsbehörde können optimistisch stimmen, weil die Adaption von Zulassungsregeln anderer, besser regulierter Arzneimittelmärkte wahrscheinlich ist – schließlich ist nicht zu erwarten, daß Staaten mit einem relativ übersichtlichen und therapeutisch vertretbaren Arzneimittelangebot ihre im Vergleich zur Bundesrepublik restriktivere Zulassungsphilosophie aufgeben werden. Die Bundesrepublik ist das z. Zt. einzige Land, das die EG-weite Anerkennung aller nationalen Zulassungsentscheidungen favorisiert, kein Wunder bei der starken Lobby, die pharmazeutische Hersteller in diesem unserem Lande haben.

Alein die nichtautomatische Anerkennung der bundesdeutschen Zulassungsentscheidungen wird das Dilemma deutlich machen: Andere Länder der EG werden überhaupt keine Veranlassung sehen, das Chaos des Arzneimittelmarktes in der Bundesrepublik tatenlos zu akzeptieren. Es ist daher zu erwarten, daß mit der geplanten Etablierung einer Europäischen Zulassungsbehörde (European Drug Agency – EDA) die therapeutische Qualität des Angebotes steigen wird, daß die Märkte sich im Hinblick auf ein europäisch akzeptiertes Angebot verkleinern und mehr und mehr von umstrittenen Produkten entlastet werden.

Es bleibt allerdings auch die Lösung der getrennten Märkte: Möglicherweise wird es einen Europa-weiten, in seinen Produkten vergleichbaren

Tabelle 2
Eingriffe in den Arzneimittelmarkt

	staatl. Preisrege- lung	Positivliste	Kostener- stattung	Sach- leistung	Anzahl der Fertigarz- neimittel	Jahr
Bundesrepublik	—	—	—	x	150.000	1984
Frankreich	x	x	x	—	11.050	1978
Großbritannien	x	x	—	x	2.050	1978
Italien	x	x	—	x	13.000	1977/78
Belgien	x	x	x	—	7.902	1978
Dänemark	x	x	x	—	3.874	1980
Österreich	x	x	—	x	7.438	1975
Schweiz	—	x	—	x	5.200	1978

Quelle: DAZ aktuell 11, 1987, S. 559–560; Dölle, W. et al.: Grundlagen der Arzneimittel-Therapie (1986) und Dukes, M.N.G. et al., Pharmaceutisch Weekblad 114, 1979, S. 1283 ff.

Markt auf der einen Seite und einen traditionell-charakteristischen nationalen Markt auf der anderen Seite geben. Die europäische Zulassungsbehörde hätte damit die Verantwortung für den EG-Arzneimittelmarkt, die nationalen Behörden regulierten den jeweiligen Länder-Markt. Dies wäre eine Situation, die mit dem Arzneimittelmarkt der USA vergleichbar wäre: Die FDA (Food and Drug Administration) reguliert zentral das „ethische“ Arzneimittelangebot, während der OTC-Markt (Selbstmedikation) in der Verantwortung der einzelnen bundesstaatlichen Behörden liegt.

Die Vereinheitlichung der europäischen Arzneimittelmärkte kann letztlich das Arzneimittelange-

bot auch der einzelnen nationalen Märkte unter Qualitätsgesichtspunkten verbessern helfen.

Im gleichen Zusammenhang ist auch von einer Optimierung der Marktüberwachung auszugehen, da auch hier – konsequenterweise zusammen mit einer entsprechenden Zulassungsbehörde – eine europäische Behörde geplant werden muß. Eine Reihe von EG-Staaten hat Entdeckungssysteme für unerwünschte Arzneimittel-Wirkungen, die weit effektiver arbeiten als die in der Bundesrepublik, z. B. Großbritannien und Frankreich. Durch eine entsprechend aktive Regulationsphilosophie wird sicherlich eine höhere Stufe der Arzneimittelsicherheit erreicht werden.

Diese wenigen Überlegungen können zumindest im Bereich der Arzneimittelversorgung eine gewisse Hoffnung auf die positiven Aspekte einer europäischen Harmonisierung begründen. Es wird jedoch davon abhängen, daß die Bundesrepublik mit ihrem Anspruch auf gegenseitige Anerkennung von Zulassungsentscheidungen keinen Erfolg haben wird. Das Risiko, daß hiermit vor allem die Europa-weite Verkehrsfähigkeit von Arzneimitteln der alternativen Therapierichtungen zu leiden hätten, weil die nur schwerlich eine EG-Zulassung erhalten werden, besteht sicherlich. Die Frage ist aber, ob die bundesdeutsche Arzneimittelindustrie andere EG-Länder unbedingt mit Arzneimitteln „beglücken“ muß, die bis dahin in den Nachbarstaaten weder kulturell noch historisch Bedeutung hatten.

Die Diskussion über die Harmonisierung des EG-Arzneimittelmarktes kann ein Gutteil der Irrationalität unseres Arzneimittel-Kramladens offenbaren, die Vergleiche von Qualität, Quantität und Regulationskonzepten bieten eine gute Chance, den „Rangplatz“ unseres Angebotes zu bestimmen. Die Diskussion kann daher zu einer verbesserten und rationaleren Arzneimittelversorgung führen als wir sie bislang in der Bundesrepublik sehen. Diese Chance sollte genutzt werden.

Literatur

- Glaeske, G., Hart, D., Merkel, H.: Produktpolitik-Regulierung des europäischen Arzneimittelmarktes durch nationales und europäisches Zulassungs- und Nachmarktkontrollrecht. In: Reich, N. (Hrsg.): Die Europäisierung des Arzneimittelmarktes. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden. 1988.
- Glaeske, G., Scheffold, D. (Hrsg.): Positivliste für Arzneimittel. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden. 1988.

Feministische Ansätze in der Gesundheitsdiskussion

Welche feministischen Ansätze hat die Frauenbewegung in die Gesundheitsdiskussion hineingetragen? Wie sind diese Ansätze in der allgemeinen Gesundheitsdiskussion aufgenommen worden? Ich möchte mich hier auf die zweite Frage konzentrieren, wie feministische Analyse und Kritik in die Konzepte der Gesundheitsförderung Eingang gefunden haben.

Die Frauengesundheitsbewegung in der BRD bildete sich aus dem Kampf gegen den Abtreibungsparagraphen, aus dem Kampf der Frauen für ihre Selbstbestimmung der Geburtenregelung. Sehr bald aber analysierten die Frauen, daß der Gesundheit von Frauen mehr entgegenstand als der Paragraph 218: die Definitionsmacht und Kontrolle der Gynäkologen über Gesundheit und Krankheit, über Normalität/Anormalität der Sexualität von Frauen, Schwangerschaft, Geburtenregelung; der Machtmißbrauch der Ärzte in Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie, die Frauen zu Forschungszwecken mißbraucht, Tablettenabhängigkeit schafft, Lebensphasen von Frauen für krankhaft und damit durch sie behandelbar erklärt wie z. B. die Wechseljahre usw. Die Kritik richtete sich auch gegen die Strukturen der Krankenversicherungen, die Frauen benachteiligen, sie sogar teilweise von Leistungen ausschließen. Die Hauptverantwortlichen, die einer Beseitigung der Männermacht über Frauen im Wege stehen, sahen die Frauen in Staat, Ärzteschaft und Pharmaindustrie. Diese Gewalt äußert sich sowohl strukturell als auch individuell.

Diese Verflechtungen analysierte die Frauengesundheitsbewegung und stellte sie an den Pranger. Auch die Bewegung der Gesundheitsläden griff diese Fragen auf und kritische Medien be-

Feministische Ansätze haben partiell Eingang in die Konzepte zur Gesundheitsförderung gefunden. Roscha Schmidt untersucht, welche Folgen es hat, daß die Analyse und Kritik der Feministinnen dabei unberücksichtigt bleibt.

richteten ausführlich darüber. Ein gewisses öffentliches Bewußtsein konnte so erreicht werden.

Um so stütziger macht es, wenn nun scheinbar umstandslos und friedlich Gesundheitspolitiker, Krankenversicherungen, Arbeitgeber, Gewerkschaften und Gesundheitsinitiativen sich gemeinsam einem neuen Metier zuwenden, nämlich dem der Gesundheitsförderung. Hat der alte Bereich der Krankenversorgung ausgedient? Wurde er gar zufriedenstellend organisiert und verändert? Heißt die neue Devise POSITIV DENKEN: wir wollen nicht mehr von Krankheit, sondern von Gesundheit sprechen. Es gibt keine Kranken, Alten, Pflegebedürftigen, Behinderten mehr? Wohl kaum.

Mir scheint, hier liegt der Versuch vor, die Kritiken am Gesundheitssystem ins Vergessen zu befördern, indem flugs das Problem „mangelnde Gesundheitsförderung“ kreiert und publikumswirk-

sam das gemeinsame Ziel „Gesundheit“ formuliert wird. Es hat doch niemand etwas gegen Gesundheit einzuwenden?

Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung bedingen ein dichtes Netz von Kontrolle, von Erfassung, Überwachung und epidemiologischen Studien, um das gewünschte Ziel, die Vermeidung von gesundheitsschädigendem Verhalten, zu erreichen. Gesundheitsförderung richtet sich an das Individuum. Dieses wird wohl zukünftig interdisziplinär und ganzheitlich von Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter usw. abgehört und Richtung Gesundheit befördert. Immer mehr Personen werden in der Anstrengung „Gesundheit“ zum Risikofaktor. Wer krank wird, hat wohl etwas falsch gemacht.

Die Gesundheitsförderer werden entgegenhalten, daß ihr Ziel die Demokratisierung, der Ausbau der Selbstbestimmung sei, wie es in der Ottawa-Charta, der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung am 21.11.86, festgehalten wurde: Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und ihre Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Die Gesundheitsförderer frage ich, wieso sie sich nicht vorrangig um die bestehenden Mängel in der Krankenversorgung kümmern. Sie leisten damit Ansätzen Vorschub, daß künftig Gesunde gegen Kranke ausgespielt werden; insbesondere die Finanzierung der Gesundheitsförderung durch die Krankenversicherungen wird einen Verteilungskampf entstehen lassen, der zu Lasten der Behandlungs- und Pflegebedürftigen ausgehen

wird. Unumgänglich ist es, die derzeitigen Machtverhältnisse zu analysieren, in die ein solches Konzept installiert werden soll. Sonst könnten eventuell die Machtverhältnisse, nicht aber die demokratischen Strukturen ausgebaut werden.

Bisher stehen diese Auseinandersetzungen aber nicht im Zentrum der Diskussionen der Gesundheitsförderer. Die (Macht-)Interessen der Beteiligten werden bisher nicht ins Licht gesetzt.

So wird z.B. die Herrschaft der Ärztinnen und Ärzteorganisationen nicht infrage gestellt. Im Gegenteil: Die Ärzte unter den Gesundheitsförderern streben eine Ausweitung ihrer Definitionsmacht auf alle Lebensbereiche an und fordern, daß künftig alle Politikfelder (Wohnungs-, Bildungs-, Arbeitsmarktpolitik usw.) die gesundheitliche Wirkung ihrer Maßnahmen ausweisen sollen. Nicht ausgesprochen wird, daß der Allzuständigkeit für staatliche Politik die Allzuständigkeit für die Kontrolle der individuellen Lebensführung folgt. Die einzelne Person würde die Gesundheitswirkung ihrer Lebensentscheidungen legitimieren müssen. Ganzheitlich ist hier das Stichwort. Schon heute besteht Ganzheitlichkeit oftmals darin, einer körperlichen Diagnose zur Abrundung eine psychische beizufügen. Mögliche Abwehr der Patienten wird zunehmend umgedeutet als psychische Störung. Herrschaft wird perfektioniert. Was heißt es, wenn sich jemand gegen die verordnete Gesundheitspflicht sträubt? Beispiele aus den USA zeigen, daß Frauen, die einen Kaiserschnitt ablehnen, kurzerhand entmündigt und diese Operation zwangsweise durchgeführt wurde. Das Interesse der Ärzteschaft an dem politischen Programm Gesundheitsförderung ist auch auf dem Hintergrund zu betrachten, daß die Bevölkerung wieder Vertrauen in eine Medizin bekommen soll, die durch die Gen- und Reproduktionstechnologien (Stichwort: der gläserne Mensch) in Verruf kam.

Auch die Krankenversicherungen, die künftig Gesundheitsversicherung heißen sollen (Bsp. AOK-Gesundheitskasse), zeichnen sich nicht durch das Bemühen aus, die eigenen Strukturen zu analysieren und zu verändern. Kein Wort zu den Gefahren der Datensammlungen und Vernetzung der Informationssysteme mit anderen Institutionen wie Arbeitsämter, Gesundheitsämter, Rentenanstalt usw., kein Wort zur Ausgrenzung von Personengruppen aus den Leistungen (Asylsuchende, Au-pair-Angestellte, Inhaftierte usw.), nichts über die Bezahlung von Schwangerschaftsabbrüchen.

Jedes zweite Wort in der gesundheitspolitischen Diskussion ist Kosteneinsparung. Gesundheitsförderung wird sich rentieren müssen. Wie kann sich die Krankenversicherung auf den Bereich der Prävention konzentrieren, ohne einen anderen Bereich empfindlich zu kürzen? Schon jetzt werden immer mehr Krankheiten als Bagatelle definiert und eine Behandlung von den Leistungen ausgeschlossen.

Von einer rentablen Gesundheitsförderung sind fraglos auch die Arbeitgeber angehen, setzen diese doch auf Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmerinnen und niedrige Arbeitgeberbeiträge zu den Sozialversicherungen. Die staatliche ausgeschlossenheit gegenüber dem Vorhaben der Gesundheitsförderer ist darin begründet, daß von den gesellschaftlichen Ursachen, von Vergiftungen, erworbenen Behinderungen und Krankheiten, abgelenkt wird und hingeführt auf die Kontrolle, nämlich die Selbstverantwortung und Selbstkontrolle der Einzelnen. Zudem werden Kosten des Sozialhaushaltes abgewälzt auf die Krankenversicherungen und damit auf die BeitragszahlerInnen. So waren beispielsweise Untersuchungen in der Schwangerschaft, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Kinderuntersuchungen früher Teil des öffentlichen Gesundheitswesens, die ab Mitte der 60er Jahre in den Leistungsbereich der Krankenversicherungen abgeschoben wurden. Der Abbau staatlicher Soziallei-

stungen unter Verweis auf das Subsidiaritätsprinzip, der Selbstverantwortung, könnte im Gesundheitsbereich unter dem Begriff der Gesundheitsförderung seine Fortsetzung finden.

Krankheit und Krankenversorgung werden zusehends weniger thematisiert, Kranke dadurch ausgegrenzt. Man wendet sich davon ab und statt dessen Neuem, Positivem, eben der Gesundheitsförderung zu. Frauengesundheitsorganisationen wurden sogar auf der 2. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung (April 1988 in Adelaide, Australien) als Modell für die Umsetzung der Gesundheitsförderung hochgelobt. Vergessen wird aber Analyse und Umsetzung der Forderungen der Feministischen Frauengesundheitsbewegung. Um was geht es also bei dieser so unerwarteten Aufwertung der Frauengesundheitsbewegung? Zwei mögliche Strategien könnten darin liegen: entweder sie wollen die bewegten Frauen beruhigen, aber gleichzeitig ausgegrenzt lassen, oder sie greifen partiell Ansätze auf, ohne deren zugrundeliegende oder sehr weitreichende Analyse und Kritik zu berücksichtigen.

Die Ansätze der feministischen Frauengesundheitsbewegung zielen daraufhin, daß Frauen sich gemeinsam das z.T. verlorengegangene Wissen wieder aneignen, auch das Wissen von der eigenen gesellschaftlichen Stellung und der Geschichte der Unterdrückung, daß Frauen wieder ihren Erfahrungen vertrauen und die Kontrolle ihrer eigenen Gesundheit in die Hand nehmen und sich gegen Übergriffe gegen ihre Gesundheit zur Wehr setzen.

Für unsere Arbeit im Feministischen Frauen Gesundheits Zentrum Berlin-West bedeutet das, daß wir Krankheit nicht als etwas Negatives betrachten – über das frau nicht spricht –, sondern als Ausdruck von Verhältnissen. Wir unterstützen Frauen darin zu fragen, warum werde ich krank, was für eine Sexualität will ich leben und mit wem, wir hinterfragen sowohl schulmedizinische als auch sexuelle Körpernormierungen. Unser Ziel ist es, Abhängigkeiten und Kontrolle von Frauen durch das Gesundheitssystem aufzuzeigen und Frauen darin zu unterstützen, sich dem zu widersetzen, Fremddefinitionen eigene entgegenzusetzen und auch über Therapiemethoden zu entscheiden. Wir schaffen einen Ort zur gemeinsamen Information und zum Austausch ausschließlich für Frauen und damit die Möglichkeit, Vertrauen zu anderen Frauen wiederzuerlangen, Fixierung und Glaube an Männer zu hinterfragen.

Grundlage unserer Arbeit sind Selbsthilfekurse, in denen wir eine vaginale und kitorale Selbstuntersuchung durchführen. Darüber hinaus bieten wir Kurse an zu Wechseljahren, Lesbengesundheit, Menstruation, sexuellem Erleben, Ernährung, Mädchen, passen Diaphragma und Gebärmutterhalskappe an (Alternativen zu den schädigenden Verhütungsmethoden, die die Gynäkologen für Frauen parat halten), machen Beratungen und informieren zu vaginalen Infektionen, Myomen, Endometriose, Migräne, Aids, ungewollter Kinderlosigkeit, Sterilisation, thematisieren die Frauen angebotenen Krebsfrüherkennungsprogramme, die Schwangerschaftskontroll-Untersuchungen, Hormone und Arzneimittelgesetz, informieren über Abtreibungsmöglichkeiten. Wir geben seit 1977 die einzige Zeitschrift der BRD zur Frauengesundheitsbildung „CLIO“ heraus, in der wir über vielfältige Themen informieren und politisch Stellung beziehen. Neben der Beratung und Information arbeiten wir öffentlichkeitswirksam in Institutionen der Erwachsenenbildung, Kirchen und Jugendbildung und mischen uns kritisch in die Gesundheitspolitik ein.

Wir fordern eine öffentliche Finanzierung unseres Zentrums unter Anerkennung unserer Autonomie. Eine Finanzierung durch die Krankenversicherung lehnen wir grundsätzlich ab, da die gesundheitliche Prävention nicht deren Aufgabe sein sollte:

Die Krankenkassen wurden im 19. Jahrhundert als Selbsthilfeeinrichtung zur Unterstützung im Krankheitsfall von Gesellen- und Arbeiterorganisationen gegründet. Zusätzlich forderten diese Organisationen die öffentliche Finanzierung von Gesundheitsvorsorge, mit der Begründung, daß diese nicht individuelle, sondern gesellschaftliche Aufgabe sei. Mit dem Gesetz zur Krankenversicherung von 1883 wurde die Selbstverwaltung abgeschafft und die Krankenversicherung staatlicher Kontrolle unterstellt. Heute besteht zwar in den Gremien der Krankenversicherung eine Drittelparität der Versicherten, die Oberaufsicht liegt aber weiter in staatlicher Hand.

Von staatlicher Seite wurden in jüngerer Zeit zunehmend sachfremde Aufgaben auf die Krankenversicherungen abgewälzt, die vorher Teil des öffentlichen Gesundheitswesens waren (dieser Vorgang wird von Zeit zu Zeit als Kostenexplosion diskutiert). Der neueste Hit dieser Verschiebepolitik ist die Übertragung von Maßnahmen der Erhaltung und Förderung der Gesundheit auf die Krankenversicherungen. Es wundert, daß seitens der Krankenversicherungen kein Aufschrei dazu zu vernehmen ist, sondern sich diese voller Eifer als Gesundheitsförderer begreifen.

Gesundheitsförderung als Gesundheitsbewegung muß hinarbeiten auf ein Verbot gesundheits-schädlicher Stoffe und Arbeitsbedingungen, auf die Verhinderung des Ausbaus der Datenerfassung von Gesunden und Kranken durch das Gesundheitswesen, auf eine ausreichende Versorgung der Pflege- und Behandlungsbedürftigen, darauf, daß die Abhängigkeit vom Expertentum soweit wie möglich abgebaut wird und daß sowohl institutionelle wie auch individuelle Männerherrschaft über Frauen gebrochen wird. Insofern ist Gesundheitsförderung weder eine Aufgabe bestimmter Berufsgruppen, wie Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, noch eine der Krankenversicherungen. Die Diskussion um Gesundheitsförderung ist als Diskussion um Demokratisierung im Gesundheitswesen zu führen. Sie wird an den schon geleisteten Kritiken und Ansätzen der Gesundheitsbewegung und der feministischen Frauengesundheitsbewegung nicht vorbeikommen. □

Anzeige:

DIE GRÜNEN IM BUNDESTAG



DER TAG „X“
hat schon
begonnen ...

Von der
Zivilverteidigung
zum
Totalen Krieg

Aus dem Inhalt:
Ziele der BRD in der BRD
WIRTSCHAFT – GELD
Das deutsche Frauenrecht
Auf dem Weg zu einer allgemeinen Dienstleistung
Sollten wir die Rechte der Frauen
von 11 Millionen Frauen kenne

Katzenbach
Katastrophenschutzgesetz

DIE GRÜNEN
im Bundestag

DER TAG „X“ HAT SCHON BEGonnen

3. völlig überarbeitete Auflage mit
zahlreichen Beiträgen und ausführlicher
Dokumentation, Gesetzestexten,
Kommentar zum Katastrophenschutz-
gesetz u.a.
Broschüre, DIN A 4, 82 Seiten
Schutzgebühr: DM 6,-
Bezug über: **DIE GRÜNEN**
Colmantstraße 36 · 5300 Bonn 1
Telefon: 02 28 / 69 20 21

Der Beitrag ist
die überarbeitete
Fassung des
gleichnamigen
Vortrags von A.
Schmidt auf
dem Berliner
Kongress Ge-
sundheitsförde-
rung

KATASTROPHENSCHUTZ

Zwei Ärztekammern haben sich gegen das lang geplante Katastrophenschutzergänzungsgesetz ausgesprochen. Ihre Entschlüsse lesen sich wie ein Papier der IPPNW.

Doch Innenminister Schäuble gibt Gas – mit indirekter Hilfe der SPD

FRONTEN BRÖCKELN

doch kamen zwei herbe Schläge für die alten Militärs in der Bundesärztekammerzentrale in Köln: die Delegiertenversammlungen in Schleswig-Holstein wie in Baden-Württemberg sprachen sich grundsätzlich gegen das Gesetz aus.

Die Diktion beider Entschlüsse liest sich wie ein IPPNW-Papier: Da wird die „Erfassung des gesamten Gesundheitswesens für den Zivilschutz“ abgelehnt; die „Vermischung von zivilem Katastrophenschutz und militärischen Zivilschutz“ werde „systematisch weiter ausgebaut“; „immer mehr militärisches Denken“ fließe so in den zivilen Katastrophenschutz. Das Gesetz, so die Kammer in Baden-Württemberg, sei „überflüssig“, „schädlich für den Entspannungsprozeß“, fördere die „Illusion der Führbarkeit eines Krieges in Mitteleuropa“. Doch ein Krieg in der Bundesrepublik sei gar nicht mehr führbar: „Auch bei einem Verzicht auf den Einsatz von Nuklearwaffen müßte bei der Destruktivkraft der heutigen sogenannten konventionellen Waffen in einem so hoch industrialisierten und dichtbesiedelten Land wie der Bundesrepublik mit dermaßen verheerenden Folgen gerechnet werden, daß jede organisatorische Vorbereitung auf diesen Fall unmöglich ist.“

Die Stimmenverhältnisse sind überraschend. In Schleswig-Holstein stimmten zum Beispiel nur fünf Delegierte gegen die Entschließung. Hier hat sich also ein Konsens ergeben, der weit in das Lager der konservativen Ärzteverbände hineinreicht. Dies liegt zum einen sicher an der immer bereitwilligen Gefolgschaft in Delegiertenversammlungen mit ihren Präsidenten – und in Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg sind dies mit Dr. Retzlaff und Dr. Große-Ruyken nun mal IPPNW-Mitglieder. Auf der anderen Seite zeigt sich hier auch ein Aufweichen der Fronten, gerade was die Rolle des langjährigen Buhmanns IPPNW angeht. Ein ganz wesentlicher Grund mag dabei das zunehmende Ausscheiden der alten Militärmediziner aus den Funktionsrängen der Kammern sein. Damit scheiden neben der engen Freundschaft zur Bundeswehr auch die längst überholten Vorstellungen, jeder Krieg müsse wieder so sein wie weiland der Zweite Weltkrieg. Und selbst bei den Katastrophenschützern weichen die Fronten auf: auf einer Fachtagung der IPPNW am 25. November in Essen über die medizinischen Auswirkungen eines möglichen Krieges in Mitteleuropa wird auch der Tübinger Chirurg Prof. Domsch referieren.

So freut sich die IPPNW, daß nun endlich die Bundesärztekammer nicht mehr im Namen der bundesdeutschen Ärzte sprechen kann. Ob diese Entwicklung freilich nicht zu spät kommt für die Parlamentarier im Bundestag, muß bezweifelt werden.

Horst Gerner

Wenn es nach dem Willen des neuen Innenministers Schäuble geht, dann ist die Diskussion um das Katastrophenschutzergänzungsgesetz bald ausgestanden. Wenn alles gut, beziehungsweise schlecht geht, kann das Gesetz noch in diesem Jahr den Bundestag passieren. Indirekte Schützenhilfe hat Schäuble von den Sozialdemokraten erhalten. Hatte sich die SPD noch im April vollmundig gegen neue Zivilschutzpläne ausgesprochen – im übrigen ganz im Sinne der Beschlüsse ihres Nürnberger Parteitags –, so focht das die alten Zivilschutz-Recken der SPD im Juni kaum an: Als das Gesetz im Juni in den Bundestag eingebracht wurde, hatte der Abgeordnete Nöbel nichts Inhaltliches dem entgegenzusetzen. Schließlich hatte die SPD-Fraktion vorher schon in einem Deal mit den Koalitionsfraktionen vereinbart, daß das Gesetz still und heimlich durch die Ausschüsse laufen sollte. IPPNW (Ärzte gegen den Atomkrieg), seit Jahren konsequenteste Kritikerin des Gesetzeswerks, brachte das auf die Palme. Immerhin war so die beste Chance – nämlich eine öffentliche Anhörung im Innenausschuß des Bundestags – vertan, mit der noch einmal gegen die Verabschiedung hätte mobilisiert werden können.

Dabei bröckelt die Unterstützungsfrente für das Gesetz immer mehr. Gegenüber früheren Gesetzesplänen war im Innenministerium schon auf die all-

gemeine Bunkerbaupflicht verzichtet worden: Meinungsumfragen hatten die völlige Ablehnung belegt, außerdem hätte der Finanzminister Waigel kaum einen Bunker der öffentlichen Hand mehr finanzieren können. So blieb in dem Gesetzeswerk vor allem die völlige Erfassung des Gesundheitswesens für den Krieg übrig. Von geplanter Militarisierung im Frieden sprechen IPPNW und ÖTV unisono. Darüber hinaus sollen die Beamten im Krieg beliebig dienstverpflichtet werden können. Überhaupt soll für die gesamte Bevölkerung eine generelle Zivildienstschutzpflicht im Kriegsfall eingeführt werden. Das gab es schon bei den Nationalsozialisten.

Als erster sprach sich das Präsidium des Deutschen Städtetags, in dem auch CDU-Kommunen sitzen, gegen den Gesetzentwurf aus. Das geplante Gesetz passe nicht in die politische Landschaft, die heute von Abrüstungsbemühen gekennzeichnet ist. Dann explodierte die Bombe bei der Bundesärztekammer Köln. Seit über 20 Jahren fordert die Bundesärztekammer, ein freiwilliger Zusammenschluß der Landesärztekammern, ein Notstands- und Zivilschutzgesetz für das Gesundheitswesen. Daß die Berliner Ärztekammer mit ihrem linken Präsidenten, Ellis Huber, gegen das Gesetz ist, weiß man in Köln. Nur dürfen sich die Berliner wegen der alliierten Vorbehaltsrechte zu dem Gesetz nicht äußern. Im Juni je-

Horst Gerner ist Arzt und arbeitet in einer Dortmunder Klinik

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 Industrieansiedlungen, 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 Erdbebeneinsatz 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 _____

Vierte AMG-Novelle

Zum ersten, zum zweiten, zum dritten und nun zum vierten . . . – Die 4. Novellierung des Arzneimittelgesetzes (AMG) liegt als Referententwurf vor.

Viele hatten es schon 1976 vorausgesagt, als das derzeit gültige Arzneimittelgesetz beschlossen wurde: Novellierungen, Überarbeitungen und Ergänzungen dieses Gesetzes werden unvermeidlich sein, wenn denn überhaupt ein vernünftiger Standard der Arzneimittelzulassung und der Arzneimittelsicherheit erreicht werden soll. Das Gesetz trat am 1. Januar 1978 in Kraft, drei Novellierungen sind in den letzten Jahren schon verabschiedet worden, ohne bislang an der Arzneimittelflut und Intransparenz des Arzneimittelmarktes etwas ändern zu können. Die Arzneimittelzulassung krankt nach wie vor an relativ niedrigen Standards.

Bereits 1978 wurden Überleitungsvorschriften in Kraft gesetzt, die den Herstellern Zeit und Möglichkeit einräumten, ihre schon vor 1978 vermarkteten Produkte mit einem vernünftigen Wirksamkeitsnachweis und aussagekräftigen Unbedenklichkeitsstudien auszustatten. Die bis dahin vermarkteten 145 000 Produkte, so jedenfalls die vom Bundesgesundheitsamt (BGA) veröffentlichte Zahl, waren nämlich lediglich registriert, ein Status, der keineswegs gleichbedeutend ist mit dem für eine Zulassung notwendigen Nachweis der therapeutischen Wirksamkeit. Es wurden auch sogenannte Aufbereitungskommissionen beim BGA eingesetzt, die Wirkstoff für Wirkstoff aller zugelassenen oder als zugelassen geltenden Arzneimittel auf der Basis veröffentlichter wissenschaftlicher Evidenz (medizinische oder pharmakologische Standardliteratur oder Originalstudien) untersuchten und die wissenschaftlich abgestützten Indikationen in sogenannten Monographien veröffentlichten.

Hieran konnten und können sich Hersteller orientieren, wenn sie mit ihren Produkten ohne größere Nachweisprobleme die Neuzulassung ab 1990 durchlaufen wollen. Wenn sie allerdings ihr Produkt partout mit Wirksamkeiten belegen wollen, die nicht durch Monographien abgedeckt sind, müssen neue und eigendurchgeführte Untersuchungen solche Indikationsgebiete ausreichend belegen. Allerdings hätten etwa 3500 Monographien bis zum Ende des Jahres 1989 erarbeitet werden müssen, wenn der gesamte Markt berücksichtigt wäre. 2500 für chemisch-synthetisierte Stoffe und 1000 für Stoffe aus Heilmitteln. Geschafft haben die Kommissionen bislang nur 1777. Rund ein Drittel davon sind „Negativ-Monographien“, in denen die Nutzen-Risikoabschätzung des untersuchten Arzneistoffes negativ ausgefallen ist.

Die nun vorgestellte 4. AMG-Novelle berücksichtigt dieses Gesamt-Aufbe-

reitungsverfahren, indem sie die Nachzulassungsprozedur auf der Basis von Monographien vereinfacht. Wenn Hersteller ihre Produkte den positiv ausgefallenen Monographie-Vorgaben anpassen, sowohl hinsichtlich der Art der Inhaltsstoffe als auch hinsichtlich ihrer Dosierung, brauchen diese „angepaßten“ Arzneimittel keine Zulassungsprozedur durchlaufen. Sofern der Anwendungsbereich nicht verändert wird, reicht eine „Änderungsanzeige“. Das Arzneimittel kann unter gleichem Namen wie bislang vermarktet werden, unterschieden wird es lediglich durch ein angehängtes „N“.

Welch schier unerschöpfliche Möglichkeiten hier geboten werden, eine Nachzulassung zu umgehen, zeigt ein – zugegeben – fiktives Beispiel: Ein vielfältig zusammengesetztes Produkt, unter anderem mit einem Wismutsalzanteil, wurde bislang bei Magen-Darm-Störungen eingesetzt. Diese „Schreibtschikombination“, für die eine medizinische Begründung schwer fallen dürfte, hat sich aber dennoch unter dem Namen „Magenmild“ einen guten Marktanteil verschafft. Da der Hersteller befürchten muß, daß dieses „Schrotgeschoß“ die Nachzulassungsprozedur nicht unbeschadet übersteht, setzt er – entsprechend dem Therapie-Zug der Zeit – auf Wismut und nimmt alle übrigen Wirkstoffe aus dem Produkt heraus. Da aber die Wismut-Dosierung zu gering war, wird sie den Erkenntnissen neuerer Studien angepaßt, gleichzeitig wird auch die Indikation spezifischer formuliert: Nicht mehr „Magen-Darm-Beschwerden“, sondern „Ulcer-Phylaxe“, eine Indikation, die in einer (angenommenen) Monographie zu Wismut den herrschenden Kenntnisstand zur therapeutischen Wirksamkeit reflektiert. Dieses veränderte Arzneimittel, das mit dem alten fast nichts mehr gemein hat, heißt nun „Magenmild N“ und braucht statt einer neuen Zulassung lediglich eine Änderungsanzeige. Die 4. AMG-Novelle macht's möglich.

Eine Straffung des Marktes, die sich viele von der Nachzulassung erhofften, ist mit solcherart „Kreativspielen“ sicherlich nicht in Sicht. Die Hersteller freut's, die beiden großen Verbände, der Bundesverband der Arzneimittelhersteller und der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, haben es ausdrücklich „begrüßt“.

Überhaupt nicht „begrüßt“ haben sie allerdings die neue Regelung zur Bewertung von Kombinationspräparaten, die nur dann auf dem Markt bleiben dürfen, wenn ausreichend begründet werden kann, daß jeder arzneilich wirksame Bestandteil einen Beitrag zur positiven Beurteilung des Arzneimittels leistet. Dies muß nun in der Tat als „Schlag ins bestehende Kontor“ verstanden werden, weil doch gerade der Kombinationssektor in der Bundesre-

Dauerbaustelle

Die vierte Nachbesserung des Arzneimittelgesetzes seit 1978 liegt mittlerweile als Referententwurf vor. Die letzte wird es nicht sein, da müßte schon ein ganz anderes Arzneimittelgesetz her. Die Reparaturarbeiten bewertet Gerd Glaeske



publik mit einem Anteil von 60 Prozent einsame Spitze ist. Viele Komponenten in Kombinationspräparaten sind zwar therapeutisch nicht wichtig, stellen aber so etwas wie die „Duftnoten“ der jeweiligen herstellenden „Pharmahäuser“ dar, mit denen sie sich gegenüber Mit-

zum Teil erschreckenden Vermarktungsansätzen pharmazeutischer Hersteller aus Europa oder den USA in asiatischen oder afrikanischen Ländern hinweisen. Verboten ist nach dem neuen Paragraphen 73a die Ausfuhr von Arzneimitteln, die gemäß den Paragra-

Vorbereitet wird im Entwurf auch der Anschluß an den gemeinsamen Markt, der ab dem Beginn des Jahres 1993 die schon bestehenden nationalen Arzneimittelprobleme auf europäisches Niveau heben wird. Die Strategie der Bundesregierung und der pharmazeutischen Unternehmer ist klar an der 4. Novellierung ablesbar: Propagiert wird die gegenseitige Anerkennung von Zulassungsentscheidungen. Eine solche Anerkennung würde aber den bundesrepublikanischen Arzneimittelkramladen aufwerten, da doch auch EG-Länder mit einer traditionell restriktiven Zulassungs- und Vermarktungspolitik für Arzneimittel (etwa Norwegen, Dänemark oder auch Großbritannien) der Ausweitung ihres Angebots mit „unseren“ Mitteln nicht widersprechen könnten (siehe Dokumente).

Eine weitere Veränderung der 4. Novellierung liegt in dem Vorschlag, Naturheilmittel künftig als „Hausmittel“ zu bezeichnen und sie nicht mehr unter die Forderung eines Wirksamkeitsnachweises zu stellen. Damit sollen einerseits die Anwendungsbereiche für diese Mittel besser charakterisiert werden, andererseits soll der Begriff auch verdeutlichen, daß für solche weitgehend risikofreien Arzneimittel keine überzogenen Wirksamkeitsnachweise gefordert werden können. Dies alles auf dem Rücken der Philosophie, daß Naturheilmittel bewährt sind und für die Therapie von Befindlichkeitsstörungen erhalten bleiben sollen. Offensichtlich wird hier ein Zugeständnis an die Vertreter einer traditionellen Medizin festgeschrieben, die mit Recht fürchten müssen, daß viele ihrer Pro-



Viele Komponenten in Kombinationspräparaten sind zwar therapeutisch nicht wichtig, stellen aber so etwas wie die besondere „Duftnote“ der jeweiligen Hersteller dar. Dieser Duft ist auch dem Referentenentwurf zu streng

konkurrenten unverwechselbar absetzen konnten.

Die Kombinationsbeurteilung soll nach dem Entwurf alle „arzneilich wirksamen Bestandteile“ berücksichtigen. Darunter auch pharmakologisch wirksame Hilfsstoffe wie zum Beispiel Farb- und Konservierungsstoffe. Wie berechtigt dies ist, läßt sich am Beispiel des Farbstoffs Tartrazin zeigen, durch den es zu erheblichen Allergien kommen kann. Es hat Jahre gedauert, bis der Aufdruck eines Warnhinweises auf den Packungen mit den entsprechenden Arzneimitteln verbindlich wurde. Die Arzneimittelsicherheit war jahrelang auf der Strecke geblieben, weil kaum bekannt war, in welchen Arzneimitteln überhaupt dieser nicht unproblematische Farbstoff für ein strahlend gelbes Aussehen sorgte, heute zum Beispiel noch in Completovit-Vitaminpulver.

Der Kombinationsbeurteilungspassus holt übrigens etwas nach, was bereits Anfang der 70er Jahre Stand der Zulassungsphilosophie in den USA war – zumindest in diesem Bereich war es höchste Zeit, sich den amerikanischen Standpunkt zu eigen zu machen. Sofort vom Markt verschwinden die Arzneimittel, für die schließlich doch kein Antrag auf Zulassungsverlängerung gestellt wird, noch nicht. Nach dem Referentenentwurf dürfen sie noch bis einschließlich 31. Dezember 1992 verkauft werden.

Neu ist in der vorliegenden Novelle des AMG, daß der Export von Arzneimitteln, die im Inland nicht zugelassen sind, in der Regel verboten ist. Dieses Exportverbot geht sicherlich auf die intensiven Diskussionen von Gruppen wie BUKO, „Erklärung von Bern“ oder Health Action International (HAI) zurück, die seit Jahren auf die

phen 5 oder 8 (Verbot bedenklicher Arzneimittel oder Verbot zum Schutz vor Täuschung) nicht in den Verkehr gebracht werden dürfen.

Allerdings ist hier auch die Ausnahmeregelung festgehalten, daß auf konkrete Anforderung des Importlandes solche in der Bundesrepublik nicht vermarktungsfähigen Arzneimittel doch ausgeführt werden dürfen. Ein Schlupfloch, dessen negative Auswirkungen auf die Arzneimittelsicherheit des importierenden Landes beträchtlich sein können. Schließlich haben es Vertreter pharmazeutischer Firmen auch bislang immer wieder geschafft, überflüssige



Jede Regel hat ihre Ausnahme. In der Regel ist die Ausfuhr von Arzneimitteln, die in der Bundesrepublik nicht verkehrsfähig sind, nach dem Entwurf verboten

Produkte wie Multivitamine und Anabolika mit Zustimmung der überforderten Behörden des Importlandes zu vermarkten. Sinnvoll wäre es daher, jedem Land, das Anstalten macht, hier nicht verkehrsfähige Produkte zu importieren, obligatorisch die gesamten wissenschaftlichen Dossiers zur Verfügung zu stellen, die in der Bundesrepublik zu einem Anschluß des Präparats von der Verkehrsfähigkeit geführt haben.

Produkte die Nachzulassung mit dem geforderten Wirksamkeitsnachweis nicht „überleben“ würden.

Einer der zentralen Punkte der Gesetzesnovelle ist das Bestreben, das Zulassungsverfahren zu beschleunigen und den schon seit Jahren vorhandenen „Zulassungstau“ beim BGA abzubauen. Dürfte nämlich laut Paragraph 27 des AMG die Zulassungsprozedur maximal vier Monate dauern, so beklagen ▶ dg 25

viele Hersteller nicht selten doppelte und dreifache Zeiten, bis ein Antrag bearbeitet wird. Hier sollen nun externe Sachverständige dem BGA hilfreich für die Prüfung der eingereichten Unterlagen zur Seite gestellt werden, damit das BGA letztlich nur noch als behördlich-ausführendes Organ die Zulassung auszusprechen oder zu verweigern hat.

Dieser Vorschlag ist nicht unproblematisch, weil bereits die Frage, woher denn die dafür benötigten unabhängigen Gutachter kommen sollen, kaum

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln sowie Mißbrauch (. . .)“ angezeigt werden muß, ist sicherlich im Sinne einer Datenbegrenzung auf das Notwendige sinnvoll.

Einige weitere Änderungsvorschläge können nur stichwortartig erwähnt werden: Das Selbstbedienungsverbot mit freiverkäuflichen Arzneimitteln in der Apotheke soll aufgehoben werden (Paragraph 52), die bezugnehmende Zulassung für Zweitansmelder wird vereinfacht und ist in bestimmten Fällen ohne Widerspruchsrecht des Erstan-



Bestandteile und ihre Dosierung in Arzneimitteln können sich ändern, der Name bleibt. Eine generelle Neuzulassung gibt es nicht, neu ist nur ein angehängtes „N“

zu beantworten ist. Zudem ist überhaupt nicht klar, wer denn bei einem solchen Entscheidungsverlauf bei Zulassungsfehlern haftet, nur die Behörde oder auch die einzelnen externen Sachverständigen. Das Problem der Befangenheit gilt ebenso für den im gleichen Paragraphen 25 neueingeführten „Gegensachverständigen“, den das BGA zur Überprüfung der Gutachterstellungnahmen heranziehen kann. Profilierungsgehalte und Nähe zu bestimmten einzelnen Herstellern können diese Konstruktion zur Beschleunigung des Zulassungsverfahrens und zum Abbau des Zulassungstaus mit derzeit noch schwer kalkulierbaren Problemen belasten und gefährlich ins Wanken bringen.

Schließlich soll auch im Nachmarkt, das heißt im Bereich der Vermarktung von Arzneimitteln, eine Veränderung bei der Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) eingeführt werden. Noch aus der letzten, der dritten Novellierung stammt der Vorschlag, alle aufgetretenen UAWs und jeden Verdacht auf eine UAW aus dem In- und Ausland an das BGA zu melden. Dies ist unpraktikabel und führt zu „Datenfriedhöfen“, die mit viel Mühe auf die wesentlichen Nebenwirkungen hin analysiert werden müssen. Die nun gewählte Formulierung, daß „nur die Verdachtsfälle schwerwiegender und im Krankheitsverlauf unerwarteter oder in den Angaben zu dem Arzneimittel nicht enthaltener oder in der medizinischen Literatur nicht allgemein bekannter Nebenwirkungen oder

melders möglich (Paragraph 24 c), für zugelassene homöopathische Mittel, die nach einer homöopathischen Verfahrenstechnik hergestellt sind, muß in Zukunft keine Fachinformation erstellt werden (Paragraph 11 a).

Insgesamt ist die 4. AMG-Novellierung in weiten Bereichen eine Art Bewältigungsintervention für die zeitkritischen Probleme wie Zulassungstau, Nachzulassung und EG-Markt. Dagegen haben nur einige wenige Veränderungen die Verbesserung der Arzneimittelqualität und -sicherheit zum Ziel. Die bisher schon durchgeführten vielfachen Novellierungen zeigen überdies, daß in den letzten zwölf Jahren seit dem Inkrafttreten des Gesetzes umfangreiche Veränderungen und Anpassungen notwendig waren. Die Frage stellt sich, warum immer nur repariert wird, wenn eine völlige Neugestaltung weit sinnvoller wäre. Dort könnten dann Anforderungen wie Genehmigung von klinischen Versuchen, Bedürfnisprüfung in der Zulassung (need-clause), Verpflichtung zur Durchführung von Post-Marketing-Surveillance-Studien, Abschaffung der „sonstigen Angaben in den Packungsbeilagen“, die nichts weiter darstellen als Werbung, oder Abschaffung der Arzneimittelwerbung in audio-visuellen Medien festgeschrieben werden. So aber bleibt es bei dem Stand eines Herstellerschutzgesetzes, von einem aktiven Verbraucherschutz ist auch der neuerliche Referentenentwurf für eine 4. AMG-Novelle noch „meilenweit“ entfernt. □



Foto: Menzen

Aus- und Weiterbildung:

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) in Nordrhein-Westfalen hat im August womöglich einer umfassenden Reform der Aus- und Weiterbildung für Allgemeinmedizin auf die Sprünge geholfen. Die neue Zauberformel heißt

5 + 3

Noch vor den Kommunalwahlen im Oktober soll die Gesetzesvorlage, mit der die EG-Richtlinie über eine „spezifische Ausbildung“ in der Allgemeinmedizin in nationales Recht umgesetzt werden soll, auf den Weg gebracht werden. Gleichzeitig mit der Reform der Weiterbildung wird darin die Reform des Medizinstudiums in Angriff genommen: Ohne eine Reform der Weiterbildung wird es keine Ausbildungsreform geben, und ohne die

Ausbildungsreform wird auch nicht die Pflicht-Weiterbildung eingeführt. Nordrhein-Westfalen verpflichtet sich auf das sogenannte 5 + 3 - Paket.

Sollte es zur Aus- und Weiterbildungsreform im Sinne des „5 + 3-Modells“ kommen, so wird sich an fünf Jahre Studium in Zukunft einerseits eine gebietsärztliche, andererseits eine dreijährige Weiterbildung zum Allgemeinarzt anschließen. Die Weiterbildung wäre obligate Voraussetzung zur kassenärztlichen Zulassung.

Wie nun letztendlich die EG-Richtlinie umgesetzt wird, werden die Kultusminister der Länder und die Fakultäten bis zum 1. Januar 1990 entscheiden müssen, und dabei hängt es davon ab, wie sich die CDU-regierten Länder verhalten. Einige haben immerhin zustimmende Signale gegeben. Schon jetzt gibt es seltene Einmütigkeit, nicht allein in Nordrhein-Westfalen: Hier hat eine Arbeitsgruppe aus Vertretern aller – fast aller – beteiligten Gruppen – Krankenhaus, Krankenkassen, angestellte Ärzte, niedergelassene Ärzte sowie Kammern und Kassenärztliche Vereinigung im Konsens ein Sachstandspapier erarbeitet. Rückendeckung gibt es auch vom Bundesgesundheitsministerium und vom Bundesarbeitsministerium. Gegen den Einwand der EG-Kommission, 5500 Stunden seien in einem auf fünf Jahre verkürzten Studium nicht unterzubringen, wurde gemeinsam protestiert.

Erstaunlich ist vor allem das Umdenken im Ministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Nachdem 1984 von Heiner Geißler im BMJFFG der „Arzt im Praktikum“ angezettelt worden war, mit dem Ziel, die danach approbierten Ärztinnen und Ärzte am Krankenhaus vorbei, also ohne Weiterbildung in die Basisversorgung zu entlassen, scheint man jetzt im Ministerium zu der Einsicht gelangt zu sein, daß das für Patienten unzumutbar ist. Ministerin Ursula Lehr stellt sich offensichtlich hinter die Forderung nach einer Pflichtweiterbildung für die Ärzte der Basisversorgung.

Vielleicht ist ihr das Paradoxon bewußt geworden, daß zum Beispiel ein Gebietsarzt für Haut- oder Augenheilkunde fünf Jahre Weiterbildung absolviert haben muß, der Arzt oder die Ärztin, die sich mit dem umfangreichsten Gebiet, der Allgemeinmedizin, befaßt, aber keinerlei Weiterbildung erhalten soll. Innerhalb der Ärzteschaft war immer wieder betont worden, daß dieser Tatbestand an fahrlässige Körperverletzung grenze und daß Patienten nicht zum Objekt einer Versuchs-Irrtums-Medizin gemacht werden sollten.

Zuletzt war auch auf dem 92. Ärzte-tag in Berlin in diesem Jahr von der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine Resolution verabschiedet worden, die eine Mindestweiterbildung

von drei Jahren für Allgemeinärztinnen und -ärzte fordert. Quergeschossen hatten nur das Präsidium des deutschen Ärztetags und der Marburger Bund.

Auch über die Aufgaben des Studiums gibt es prinzipiell seit langem Einigkeit in der Ärzteschaft: Bereits 1960 stellte ein Ärztetag fest, daß in Zukunft ein Studium nicht ausreiche, den Absolventen die für den „Praktischen Arzt“ erforderlichen Kenntnisse zu vermitteln. Aufgabe des Studiums sei es allein, die medizinischen und ärztlichen Grundkenntnisse zu erwerben, die jeder Arzt besitzen muß, ganz gleich, welcher Weg später eingeschlagen wird.

In einer Stellungnahme im Auftrag der ÖTV zur 7. Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte schreibt Udo Schagen im Juli 1989: „Als Ausbildungsziel sollte nicht der fertige, uneingeschränkt auch für die Tätigkeit in eigener Praxis qualifizierte Arzt, sondern der zur Weiterbildung befähigte Arzt, der über die notwendigen Basiskenntnisse verfügt, Grundfertigkeiten beherrscht, Strategien zur Lösung von Problemen geübt hat, die Fähigkeit zur Kooperation mit anderen Berufen besitzt und Verantwortung sowohl des Kranken wie auch für seine individuelle Wirklichkeit und für die Medizin als Institution der menschlichen Gesellschaft tragen

kann, durchgesetzt werden.“ Auch Schagen verlangt eine ans Studium anschließende Weiterbildung sowohl für die gebietsärztliche wie für die allgemeinmedizinische Tätigkeit.

An anderer Stelle bringt er die Sache auf den Punkt: „Keine Hochschule der Welt und auch nicht eine Hochschulausbildung mit einer relativ kurzen Phase anschließender ärztlicher Berufspraxis kann einen Arzt ausbilden, der in einem, dem unsrigen vergleichbar hochdifferenzierten Gesundheitssystem mit ausreichender Kompetenz alleine tätig sein kann kann.“

Was also die 3 im 5 + 3-Paket betrifft, klingt das nordrhein-westfälische Modell gut. Zumal sich im Sachstandspapier des MAGS die Krankenkassen bereit erklärt haben zu überprüfen, ob Überstunden in den Krankenhäusern abgebaut und die notwendige Arbeit von Ärzten auf neu eingerichteten Stellen geleistet werden kann. Die AiP-Stellen wären dann sowieso überflüssig, sie könnten alle in Weiterbildungsstellen für Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin umgewandelt werden.

Bliebe noch die 5. Der oben genannte Konsens hat einen argen Schönheitsfehler: daß die Studentinnen und Studenten in die Entscheidungsvorbereitung nicht einbezogen sind. Und das gehörte schnell geändert. □

Klaus-Peter Lau
ist Arzt für Allgemeinmedizin in
Niederkassel bei
Bonn

Anzeige:

Gewalt gegen Kinder

**· Mißhandlung und sexueller Mißbrauch
Minderjähriger**

Herausgegeben von Dr. Ingeborg Retzlaff, Lübeck
1989. VIII, 127 S., kt. DM 32,-

Ärzte und Ärztinnen werden in der täglichen Praxis sehr viel häufiger mit den Folgen der Gewalt gegen Kinder konfrontiert, als sie es selbst wahrnehmen. Viele schwer einzuordnende Krankheitserscheinungen und Verhaltensauffälligkeiten können Folgen solcher Gewaltanwendungen im körperlichen und seelischen Bereich sein.

Nach wie vor wird diesem Thema zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt, insbesondere wenn es um sexuellen Mißbrauch und den Bruch des Inzesttabus geht.

In den Beiträgen zu diesem Band untersuchen Fachleute verschiedener Disziplinen (von Pädiatrie über Kinderpsychologie und Pädagogik bis zur Gerichtsmedizin) die vielschichtigen Ursachen der Kindesmißhandlung, stellen die Folgen dar und geben dem Arzt Hinweise, damit er die Anzeichen frühzeitig erkennt und wirksam helfen kann, anstatt zum stummen Komplizen zu werden.



Jungjohann Verlagsgesellschaft

Fötalmedizin

Prahlerei und Horror

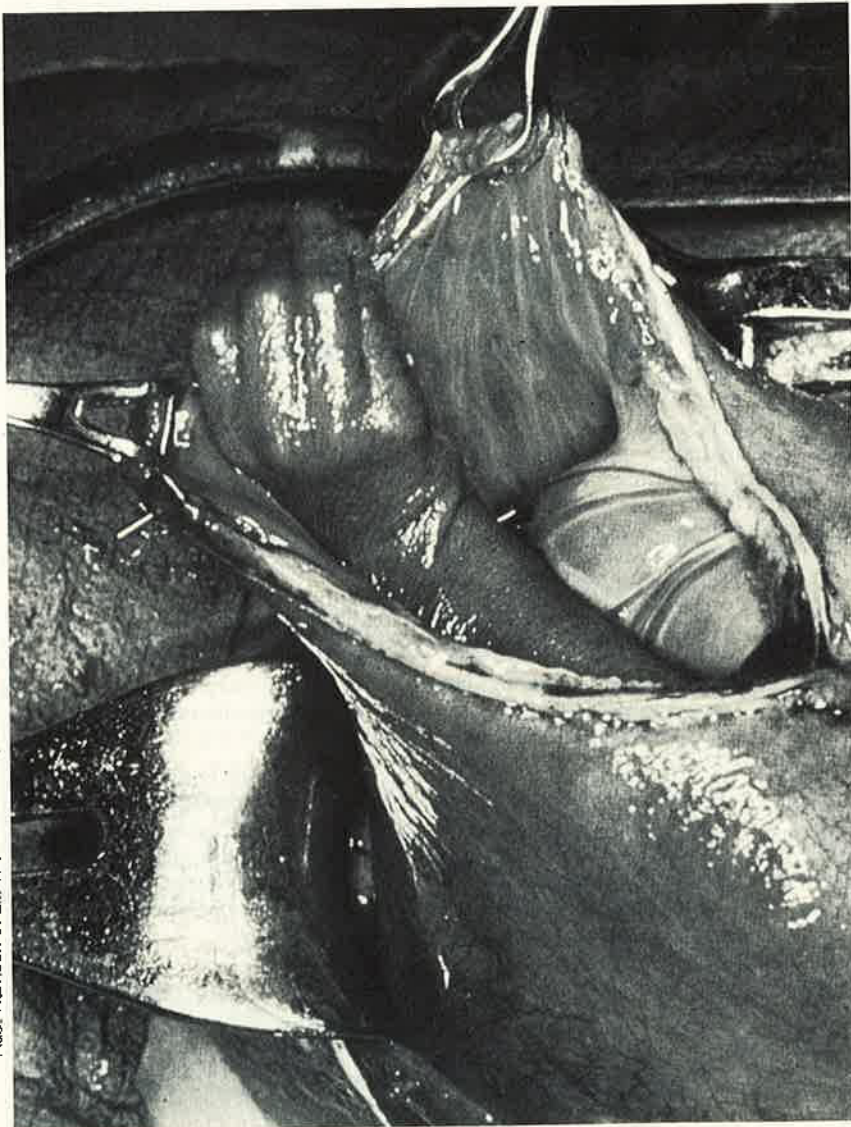
Föten dem Uterus der Mutter zu entnehmen und medizinische Eingriffe an ihnen vorzunehmen, sei heutzutage kein Problem, suggerierte das Magazin „stern“. Wie gefährlich und wie selten die extra- und intrauterinen Eingriffe tatsächlich sind, hat Matthias Albrecht untersucht

„Patient im Mutterleib“ – mit dieser Titelzeile ließ der „stern“ im Frühsommer dieses Jahres aufhorchen. Die beiden Autorinnen, Katharina Zimmer und Inga Thomsen, berichteten darin über die „Möglichkeiten und Risiken der Fötalmedizin“. Der neugierige Leser dieses Aufmachers schwankte ständig zwischen Schaudern und Bewunderung. Eingangs durfte man direkt neben Dr. Michael Harrison aus San Francisco stehen und ihm über die Schulter schauen. Lescrin und Leser werden Zeuge, wie er einen 700 Gramm schweren Fötus aus dem Uterus seiner Mutter entnimmt und eine schwere Fehlbildung „extrauterin“ korrigiert: eine Zwerchfell-Lücke, die zur Verlagerung der Eingeweide in den Brustkorb und dadurch zur Minderentwicklung der Lungen geführt hatte.

Harrison ist Leiter des „Fetal Treatment Program“ an der kalifornischen Universität. Laut „stern“ hat er an einem „Dutzend ungeborener Kinder, die an Harnwegs- und Zwerchfell-Mißbildungen litten“ solche „extrauterinen Eingriffe“ durchgeführt, sieben davon seien verstorben. Harrison selbst berichtet von zehn Operationen zwischen 1982 und 1989: „Vier Operationen waren technisch erfolglos und mußten mit einer Fötoctomie (Entfernung des Fötus, also einem Abbruch, ma) beendet werden.“

In dem kürzlich erschienen Bericht „Fetal Surgery Registry“ aus Winnipeg in Kanada wird von Harrison und seinen Mitautoren selbst berichtet, daß „die offene fötale Chirurgie immer noch ein im höchsten Maße experimentelles Verfahren ist, ein gewagtes Unternehmen, dessen kurz- und langfristige Risiken und Nutzen erst noch dokumentiert und geprüft werden müssen.“

Die Hand eines
Affenfötus



Aus: Harrison et al.: The Unborn Patient

Der Grund für derartige Eingriffe lautet nach „stern“: „Ohne den Eingriff wäre das Kind mit Sicherheit gestorben.“ Genau hier liegt einer der Knackpunkte: die Risikoabschätzung stellt Eltern und Ärzte vor praktisch unlösbare Probleme. Zwar haben Krankheitsbilder wie die kongenitale Zwerchfell-Lücke mit Lungenhypoplasie auch heute noch eine Sterblichkeit von 50 bis 80 Prozent. Doch es geht hier ja nicht nur um das Risiko des Föten, sondern zusätzlich um das der Mutter. Die offene extrauterine Chirurgie „involviert die Mutter immer noch in zwei größere Operationen innerhalb kurzer Zeit – eine für die fötale Therapie und die zweite bei dem dann immer notwendig werdenden Kaiserschnitt“, wie Harrison schreibt. Und: „Die Morbidität und Mortalität, die mit größeren chirurgischen Eingriffen während der Schwangerschaft verbunden ist, ist beträchtlich.“

Dem „stern“-Bericht zufolge sind intrauterine Eingriffe heute an der Tagesordnung: „Bluttransfusionen, medikamentöse Behandlungen bei Herzrhythmusstörungen und Beschleunigung der Lungenreifung bei drohender Frühgeburt, Drainagen von Wasserköpfen und Harnstauungsniere“ – „Föten mit Wasseransammlungen im Körper oder im Kopf können so vor qualvollem Sterben gerettet oder bis zur Geburt ohne Schaden am Leben erhalten werden.“

Tatsächlich können die Strukturen im Schädel des Föten etwa ab der 18. Schwangerschaftswoche einigermaßen sicher per Ultraschall beurteilt werden. Die intrauterine Entlastung eines extremen Hydrozephalus (pathologische Erweiterung der inneren Hirnwasserräume) ist seit der Verbesserung der Ultraschalltechnik möglich geworden und wurde mehrfach versucht: Eine Drainage wurde per Punktion in den erweiterten Seitenventrikel des Föten eingebracht und beim Zurückziehen der Punktionsnadel nach außen in die Amnionhöhle abgeleitet.

Doch was sich beim „stern“ so elegant anhört, brachte in der Regel keineswegs die erwünschten Erfolge. Zum 1. Juli 1989 sind beim Internationalen Fötal-Chirurgie-Register 45 Fälle von intrauterin „geschunteten“ Hydrozephalus gemeldet gewesen, 34 davon überlebten, aber 7 Todesfälle werden direkt dem Eingriff zugerechnet, was einer Mortalität von 7 Prozent entspricht. 14 der 34 überlebenden Kinder (alle mit Aquaedukt-Stenose als Ursache des Hydrozephalus) haben eine normale geistige Entwicklung genommen. Die übrigen zeigten trotz intrauteriner Entlastung erhebliche geistige Entwick-

lungsverzögerungen und Behinderungen.

Der Bericht des Fötal-Chirurgie-Registers faßt deshalb seine Ergebnisse wie folgt zusammen: „Die Resultate der ventrikulo-amniotischen Shunts bei fötaler Ventrikulomegalie sind deshalb sehr enttäuschend. Es sind gegenwärtig keine Kliniken vorhanden, die Shunts legen. De facto ist ein Moratorium vorhanden.“

Bei diesem, technisch gesehen, noch relativ „einfachen“ intrauterinen Eingriff wird ein weiteres Problem sichtbar: 70 bis 84 Prozent der Föten mit Hydrozephalus leiden unter zusätzlichen Mißbildungen mit zusätzlicher perinataler Morbidität und Mortalität, zum Beispiel einem Herzfehler. Trotz des Einsatzes von immer mehr Hightech, Ultraschall, der frühen Chorionzotten-Biopsie, der Untersuchung des Alpha-1-Fetoproteins und der Acetylcholinesterase als „Mißbildungsmarker“ aus dem Fruchtwasser bei der Amniozentese: 20 bis 40 Prozent der zusätzlichen Fehlbildungen bleiben unentdeckt, auch von sehr erfahrenen Untersuchern. Die Autoren des Berichts vom Fötal-Chirurgie-Register sprechen deshalb von „einem kontroversen und höchst experimentellen Verfahren“, das „moribund“, also sterbend ist.

Ähnlich verhält es sich mit den im „stern“ angesprochenen schweren Nierenfehlbildungen und daraus folgenden Harnstauungsniere. Wird die Harnstauung bereits vor der 20. Schwangerschaftswoche diagnostiziert mit der Folge eines Fruchtwassermangels, resultiert eine dysplastische Nierenanlage mit schlechten Funktions- und Überlebensebenen, wenn beide Seiten befallen sind. Wird diese Fehlbildung nach der 20. Schwangerschaftswoche diagnostiziert, sind die Aussichten besser. Weltweit wurden 87 Föten mit schweren Harnabflußstörungen durch intrauterine Drainagen aus der Blase des Föten in das Fruchtwasser registriert. In 13 Fällen (14,9 Prozent) wurde wegen Chromosomenanomalien ein Abbruch durchgeführt. Von den 74 verbleibenden Föten überlebten 35 (47,3 Prozent). Die unmittelbar tödliche Komplikationsrate bei dem Eingriff betrug 4,7 Prozent.

Recht selbstkritisch räumt im „stern“-Bericht Professor Hansmann von der Abteilung für Fötalmedizin der Universitätsfrauenklinik Bonn ein: „Risikoreiche Untersuchungen von Fruchtwasser und Plazentagewebe dürfen nicht mehr so gedankenlos eingesetzt werden wie bisher.“ Um so unverständlicher wirkt es, daß vom gleichen

Die offene extrauterine Chirurgie ist ein in höchstem Maße experimentelles Verfahren, so der Bericht des kanadischen Fötal-Chirurgie-Registers, mit Risiken nicht nur für den Föten, sondern auch für die Schwangere. Die meisten Verfahren gelten deswegen als „moribund“

Herrn die Angabe stammt, in seiner Abteilung würden jährlich 600 Eingriffe am Fötus gemacht, davon nur 200 intrauterine Bluttransfusionen bei Blutgruppenunverträglichkeit zwischen Mutter und Kind. Dieses 1963 von Lily entwickelte Verfahren ist eines der wenigen unumstrittenen und sinnvollen Verfahren, die in den letzten Jahren weitgehend standardisiert wurden.

Fötale Eingriffe gehören weltweit keineswegs zu den Standardeingriffen, wie es vom „stern“ suggeriert wird. Die häufigsten in Frage stehenden Krankheitsbilder wie Hydrozephalus und Harnstauungsniere können gerade nicht intrauterin mit ausreichender Sicherheit behandelt werden. Vielmehr ist entweder eine nach der Geburt einsetzende Diagnostik und Therapie ausreichend, oder es handelt sich um schwerste Störungen mit Begleitfehlbildungen. Dann ist der Gesamtzustand des Kindes meist nicht mit dem Leben zu vereinbaren.

Die Darstellung im „stern“ kann nur als unrealistisch bezeichnet werden und erhöht allenfalls die mystischen Heilerwartungen von Patientinnen und Patienten gegenüber den Ärzten.

Was in dem Artikel mit dem Titel „Patient im Mutterleib“ die abstoßende Schilderung eines Eingriffs zu suchen hatte, bei dem der Pariser Spezialist Yves Dumez zwei von drei Föten einer Amerikanerin durch Kaliumchlorid umbringt, bleibt das Geheimnis der Autorinnen. „Mehrllings-Reduktion mittels Feto-“ nennt das die Bundesärztekammer in einer Stellungnahme der „Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Reproduktionsmedizin, Forschung an menschlichen Embryonen und Gentherapie.“ □ dg 29

ETHIK IM STUDIUM

In der öffentlichen Debatte spielen ethische Probleme eine immer größere Rolle. Nicht so im Medizinstudium. Wo liegen die Defizite, wie können sie behoben werden? Vorschläge von
Heiko Alfke

TRANSZENDENTALER LUXUS?

Es gibt eigentlich keinen Grund, sich mit medizinischer Ethik zu beschäftigen, es sei denn, man möchte das Richtige tun. Diese Feststellung stammt aus einem englischen Medizinlehrbuch, und in der Tat spielt die Suche nach der Begründbarkeit des Handelns in einer Wissenschaft wie der Medizin, in der Handlungen so schwerwiegende und weitreichende Folgen haben können, von jeher eine wichtige Rolle. Dessen ungeachtet schreibt die Approbationsordnung die Integration ethischer Aspekte in die medizinische Ausbildung nicht ausdrücklich vor. Damit bleibt es den Hochschulen überlassen, die Ethik in der Ausbildung zu berücksichtigen.

Daß dies in unterschiedlichem Ausmaße geschieht, zeigte eine im Wintersemester 1986/87 von Elisabeth Heister und Eduard Seidler durchgeführte Untersuchung des Lehrangebots. Obwohl hierbei nur Veranstaltungen mit explizit ethischem Charakter berücksichtigt wurden, gibt sie ein realistisches Bild wieder, da ethische Inhalte in der alltäglichen Lehre praktisch keine Rolle spielen. Es wurden auf diese Weise 111 Veranstaltungen ermittelt, was im Vergleich zu 1977/78 eine annähernde Verdreifachung bedeutet. Die Dozentinnen und Dozenten dieser Veranstaltungen wurden nun zur Lage der ethischen Ausbildung befragt.

Die wichtigsten Ergebnisse waren: die Hälfte der Befragten schätzte das

Interesse der Medizinstudentinnen und -studenten als groß ein; eine interdisziplinäre Organisation der Veranstaltungen wurde für notwendig erachtet; eine große Mehrheit war für die Freiwilligkeit der Kurse; das übergeordnete Lernziel ist die Schulung der Erfahrung-, Gewissens- und Verantwortungsfähigkeit, nicht das Aufstellen von Verhaltensregeln.

Auffallend ist vor allem der Unterschied zwischen der als hoch angesehenen Motivation der Studentinnen und Studenten und dem unzureichenden Lehrangebot. So sind dann auch an vielen Hochschulen aus studentischer Eigeninitiative heraus Veranstaltungen zur medizinischen Ethik entstanden, worauf in der Untersuchung hingewiesen wird. Dieser Mangel im Ausbildungsangebot hat viele Gründe, von denen zwei herausgehoben werden sollen: Erstens spielt die Lehre an bundesdeutschen Universitäten eine untergeordnete Rolle, da sich die Reputation und die Karriereaussichten der Professoren hierzulande nahezu ausschließlich über Forschungs- und Veröffentlichungsaktivitäten definieren. Zweitens gehört die Wissenschaftsethik nach den Erfahrungen des Nationalsozialismus immer noch zu den tabuisierten Bereichen. Dies hat Folgen: während sich in den angloamerikanischen Ländern die Medizinethik bereits vor Jahren etablieren konnte, beginnt in der Bundesrepublik die Diskussion über ethische Aspekte in der Medizin und damit auch

in der Ausbildung erst jetzt und mit großer Verspätung.

Die Medizinethik läßt sich grob in drei Bereiche gliedern, die im folgenden kurz skizziert werden sollen: Erstens bietet die Beziehung Therapeut / Patient eine Vielfalt von Problembereichen, die nur mittels begründeter Prioritätssetzungen entschieden werden können: Problembereiche wie zum Beispiel Patientenaufklärung oder Therapie in Grenzbereichen, die in der späteren Berufsausübung eine wichtige Rolle spielen, auf die die Studentinnen und Studenten aber praktisch nicht vorbereitet werden. Diese „ärztliche Entscheidungsfindung“ nimmt mit der Zunahme medizintechnischer Potenzen an Komplexität und Dringlichkeit zu.

Zweitens sind ethische Aspekte von entscheidender Bedeutung, wenn es um die Struktur unseres (künftigen) Gesundheitssystems geht. Ein Beispiel: Es wird kaum bestritten, daß das Recht auf Gesundheit gerecht verteilt werden soll. Aber was heißt gerecht in diesem Zusammenhang?

In der jetzigen Debatte über die zukünftige Struktur des Gesundheitswesens (Stichworte: EG-Anpassung, Kostenexplosion, Ärzteschwemme) spielen solche Überlegungen eine viel zu geringe Rolle. Es kann jedoch nicht deutlich genug betont werden, daß marktwirtschaftliche Entscheidungskriterien, so wichtig sie auch sein mögen,



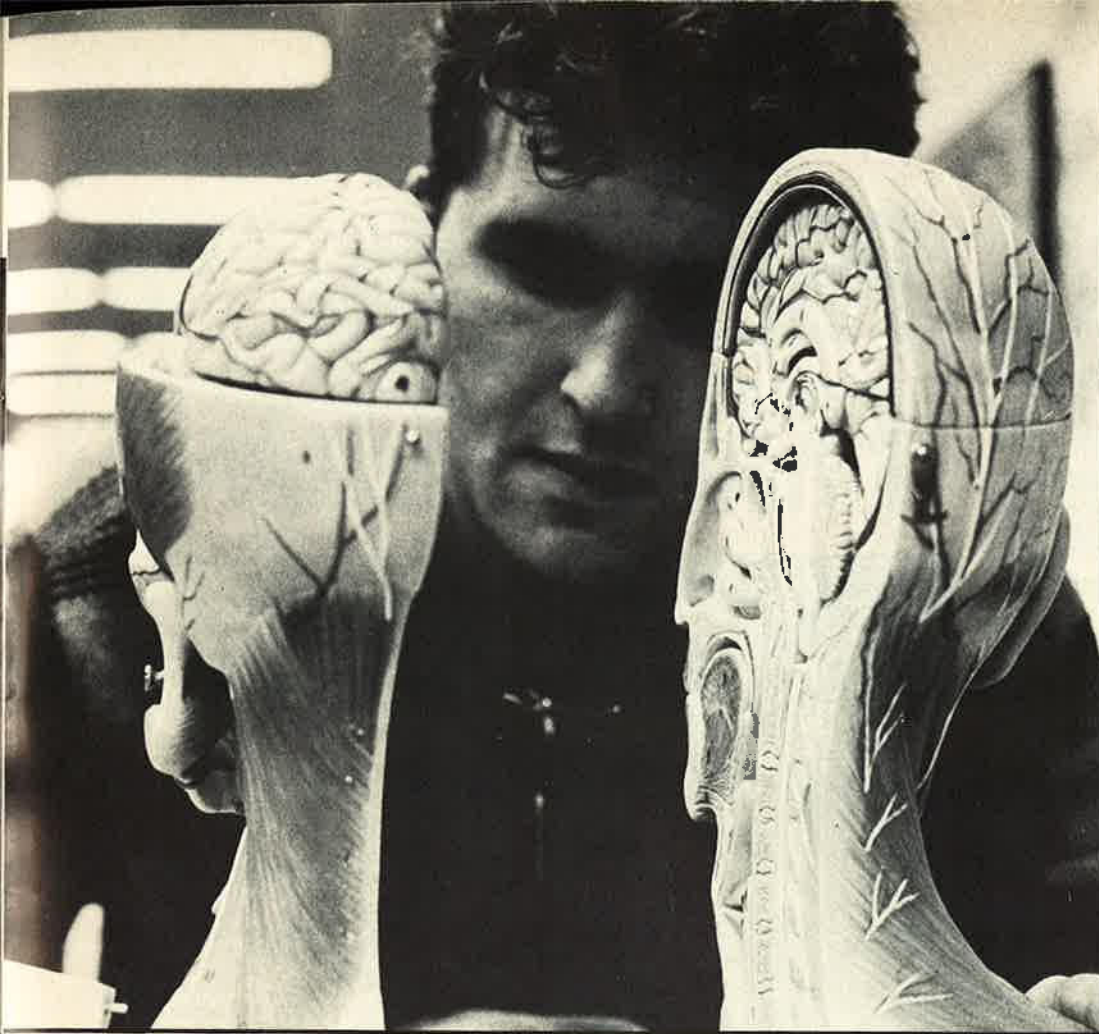


Foto: Heigl

Drei Gebiete der Ethik wären im Studium zu berücksichtigen: die Beziehung Therapeut / Patient, das Recht auf Gesundheit und die Kosten und die Grenzbereiche der Forschung

nicht die alleinigen in dieser Debatte sein können. Sie sind nämlich nicht in der Lage, die Autonomie des Individuums in genügendem Maße zu berücksichtigen, gehen sie doch bereits von einem unausgesprochenen Konsens der Individuen aus, dem sich diese zu unterwerfen haben: dem Primat des größten Nutzens für die geringsten Kosten. Vergessen wird dabei oft, daß in diesen Nutzenbegriff Werte wie Lebensqualität und Freiheit eingehen müssen, wenn er eine Berechtigung haben soll. Bleibt der Nutzenbegriff unscharf und inhaltsleer, was in der derzeitigen Debatte der Fall zu sein scheint, verschiebt sich die Gleichung auf die Seite der Kostenreduzierung, sie wird dann zum alleinigen Ziel.

Der dritte Bereich ist die Forschungsethik. Die Debatten um Gentechnologie, Embryonenforschung und anenzepale Kinder als Organspender haben mehr als deutlich gemacht, daß die medizinische Wissenschaft zunehmend in Bereiche vorstößt, die außerhalb des moralischen Konsenses unserer Gesellschaft liegen. Die öffentliche Debatte über diese Probleme haben gezeigt, daß eine sehr große Anzahl der Forscher – vorsichtig ausgedrückt – athische Laien sind. Es scheint sich aber in der öffentlichen Forschungsdebatte in einem Bereich ein Konsens herauszubilden: Forschung ist wie alles menschliche Handeln der Frage nach der Verantwortbarkeit unterworfen. Daraus folgt, daß Ethik, als die Lehre

von der Beurteilung der Situation, um das richtige Handeln zu ermöglichen, ein Teil der wissenschaftlichen Ausbildung zu sein hat. Dabei ist auch zu bedenken, daß die Entscheidungen, die im Forschungsbereich fallen, über deren Anwendung wieder auf die anderen Bereiche einwirken, also weitreichende Auswirkungen haben.

Wie können nun die Defizite in der medizinethischen Ausbildung verringert werden? Zunächst muß berücksichtigt werden, daß der Dreiteilung des ethischen Problemfelds die Dreiteilung des medizinischen Berufsfelds in Therapie, Gesundheitsförderung und (mit Einschränkungen) Forschung entspricht. In der derzeitigen Ausbildung wird aber praktisch ausschließlich der erste Teil berücksichtigt. Welche Inhalte sollen hier vermittelt werden?

Eine amerikanische Autorengruppe (Culver u. a.) hat im „New England Journal of Medicine“, 312, 1985 folgende Liste vorgelegt:

- Die Fähigkeit, moralische Aspekte medizinischen Handelns zu erkennen;
- Die Fähigkeit, einen Konsens mit dem Patienten über die Behandlung zu erreichen;
- Das Wissen über mögliche Vorgehensweisen, wenn Patienten nicht oder nur teilweise urteilsfähig sind;
- Vorgehen bei Therapieverweigerung;
- Die Fähigkeit, darüber zu entscheiden, ob und wann Patienten die volle

Wahrheit über Prognose und Diagnose erfahren sollen;

- Schweigepflicht;
- Moralische Aspekte der Schwerkrankenpflege.

Die anderen beiden Aspekte der Medizinethik sind wichtige, aber nicht unverzichtbare Bestandteile der derzeitigen, auf Therapie ausgerichteten medizinischen Ausbildung; zumal wenn man sich die Stofffülle des jetzigen Studiums einmal vor Augen führt. Sie sollten aber dort gelehrt werden, wo klar ist, daß die Auszubildenden sich auf diejenigen Bereiche hin ausrichten, in denen diese relevant zu werden beginnen, also zum Beispiel in Doktoranden Seminaren oder Aufbaustudiengängen für den Bereich Gesundheitswesen. Hierbei ist besonders zu berücksichtigen, daß es nicht darum gehen kann, „Ethikexperten“ heranzuziehen. Gerade das Aufbrechen der Expertenkultur spielt eine entscheidende Rolle, Dialogbereitschaft und -fähigkeit wären wichtige Lehrziele.

Bei einer Reform des Medizinstudiums, die nach studentischer Ansicht verstärkt die verschiedenen Tätigkeitsbereiche berücksichtigen muß, sollte dann auch intensiv über die Einbeziehung der angesprochenen Aspekte nachgedacht werden, denn das Richtige zu tun ist in der Medizin kein transzendentaler Luxus, sondern täglich erlebte Herausforderung, praktische Philosophie im eigentlichen Sinne. □

Heiko Alfke
studiert im
11. Semester
Medizin in
Marburg

Ende Mai diesen Jahres gewährte die Weltbank mit ausdrücklicher Zustimmung des bundesdeutschen Vertreters Brasilien einen Kredit in Höhe von 99 Millionen US-Dollar zur Bekämpfung der Malaria in der Amazonasregion, wo rund 90 Prozent aller Malariaerkrankungen innerhalb Brasiliens registriert werden. Davon sind vorrangig Goldgräbercamps und neu gegründete Ortschaften in den Bundesstaaten Rondonia, Para und im nördlichen Teil von Mato Grosso betroffen. Bekämpft werden soll die Krankheit mit DDT.

Zum massiven Auftreten der Malaria in der Amazonasregion kam es erst im Zuge der Erschließung, vor allem durch Straßenbau, Staudämme und Industrieprojekte, die unter anderem durch die finanzielle Unterstützung der Weltbank ermöglicht wurde. Ein Beispiel: Bau und Asphaltierung der Straße BR 364 quer durch den Amazonas-bundesstaat Rondonia, der etwa die Größe der Bundesrepublik hat, wurden von der Weltbank im Rahmen des Polonoreste-Projekts gefördert und ermöglichten erst die Zuwanderung etwa einer halben Million landloser Kleinbauern. Das ständige Aufschieben einer wirklichen Agrarreform hat Polonoreste zu einem Hauptkolonisationsgebiet Brasiliens gemacht. Die Folgen: Rund 30 Prozent der ehemals mit Regenwald bedeckten Flächen sind inzwischen unwiederbringlich den Rodungs- und Abholzungsarbeiten zum Opfer gefallen. Weil der Boden nur wenige Jahre eine gute Ernte abgibt, rückt die Agrarfront immer weiter vor – und damit auch die Malaria.

Man spricht heute von einer Malariafront, weil sie von den Siedlern aus anderen Regionen Brasiliens in das Amazonasgebiet eingeschleppt wird (Der Malariaerreger wird durch die Anophelesmücke nur übertragen). Nach Angaben der Weltbank stieg die Zahl der Malariaerkrankungen in Rondonia von 80752 Fällen im Jahr 1983 auf 228866 Fälle im Jahr 1987 – eine Steigerung von fast 300 Prozent in nur fünf Jahren. Die Bekämpfung der Malaria erfolgt in Brasilien vor allem durch DDT, ein Insektizid, dessen Anwendung seit 1972 und dessen Herstellung seit 1978 in der Bundesrepublik durch das DDT-Gesetz verboten ist. Auch in Brasilien ist Anwendung von DDT wegen seiner ökologischen Risiken seit 1984 in der Landwirtschaft verboten, sein Einsatz im Gesundheitswesen ist allerdings weiterhin erlaubt.

Neben den direkten gesundheitlichen Schäden liegt die Gefahr von DDT vor allem in seiner Anreicherung in der Nahrungskette. Die Langlebigkeit dieses Insektizids zeigt sich darin, daß es in der Bundesrepublik, in der DDT immerhin schon seit fast 20 Jahren verboten ist, noch in der Muttermilch nachgewiesen werden kann.

PREIS- FRAGE



Mit der Finanzierung von Industrieprojekten hat die Weltbank zur Verbreitung der Malaria in Brasilien kräftig beigetragen. Bei der Bekämpfung wird von der Bank geknausert. Was in der Bundesrepublik seit fast 20 Jahren verboten ist, soll dort segensreich wirken: DDT

Aber auch durch unsachgemäße Handhabung beim Einsatz kommt es in Brasilien immer wieder zur Gefährdung von Menschenleben. Zweimal jährlich werden in Amazonien die Häuser von innen und außen mit DDT besprüht. Unter dem Giftregen geht nicht nur die Anopheles-Mücke zugrunde, sondern auch eine Vielzahl anderer Insekten und Kleinlebewesen. Proteste dagegen stoßen bei den Verantwortlichen jedoch auf taube Ohren.

Wie durch eine kleine Anfrage der Grünen im Bundestag zu erfahren war, sollen neben anderen Insektiziden etwa 3000 Tonnen DDT im Rahmen des Weltbankprogramms eingesetzt werden. Ausführende Behörde wird die SUCAM (Superintendencia para Campanhas de Saude Publica) sein, der in den letzten Jahren unter dem Druck der Auslandsverschuldung immer wieder die Mittel gekürzt worden waren. Aber DDT ist billig. Dabei gibt es, wie die Bundesregierung auf die Anfrage der Grünen hin einräumt, durchaus wirksamere Mittel als DDT. „Das wesentliche Problem stellt jedoch der höhere Preis (8 bis 15mal höher als DDT!) dar“, so die Bundesregierung. Allerdings wird man in Kürze ohnehin auf andere Mittel zurückgreifen müssen, denn innerhalb kurzer Zeit entwickelt das Überträgerinsekt DDT-resistente Stämme, die die Anwendung immer neuer Insektizide erfordern. Ein Teufelskreis nimmt seinen Lauf.

Dabei ist der Nutzen, um dessentwillen man die wie eine Zeitbombe wirkende Substanz DDT immer noch zur Malariabekämpfung einsetzt, nicht unumstritten. Kritische Wissenschaftler weisen darauf hin, daß man bei den Ursachen der Malaria ansetzen muß und der Malariaphylaxe und den Erfolgen der biologischen Methoden der Malariakontrolle viel zu wenig Bedeutung beimißt. Christian Radke vom Institut für europäische Umweltpolitik in Bonn berichtet, daß man gerade damit in Indien gute Erfolge erzielt hat. Dort wird, nachdem in den vergangenen 25 Jahren drei Milliarden US-Dollar für Insektizide ausgegeben wurden, die die Hälfte des Gesundheitsbudgets auffraßen, von den zuständigen Behörden ein alternatives Kontrollsystem getestet. Unter kommunaler Beteiligung wird auf landschaftspflegerische Maßnahmen ohne Insektizide gesetzt.

Die bisherigen Ergebnisse sind ermutigend: In der Küstenstadt Pondicherry wurden, nachdem man in einer Gesundheitserziehungskampagne die Bevölkerung für das Programm gewinnen konnte, 15000 Quadratmeter offene Gewässer trockengelegt, ein Sumpf in einen Park umgewandelt und die Brunnen mit larvenfressenden Fischen besetzt. 1986, als das Projekt endete, war die Zahl der Insektenstiche um 90 Prozent gefallen.

Christine Moser

Seit fast einem Jahr gelten für den Kammerbezirk Nordrhein die Weiterbildungsrichtlinien, die 1988 durch den Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen wurden. Diesem Beschluß sind nicht alle Landesärztekammern gefolgt, so daß die Situation in den verschiedenen Bezirken uneinheitlich ist. Dort, wo die jeweiligen Kammervorstände die Vorlage der Bundesärztekammer verabschiedet haben, so auch im Bezirk Nordrhein, kommt es zunehmend zu Unmutsäußerungen in der Ärzteschaft, nachdem die ersten Auswirkungen der Regelungen spürbar werden. Betroffen sind von den Neuregelungen vor allem die Internisten und auch die Gynäkologen. Die Leistungskataloge in der inneren Medizin sind in ihrem gesamten Umfang auch in einer großen Abteilung wie der Universitätsklinik Bonn, so eine interne Umfrage, nicht zu erfüllen.

Spezialuntersuchungen wie zum Beispiel hohe Koloskopien – vorgeschrieben sind 45 Untersuchungen – fallen selbst an großen Kliniken nicht in ausreichender Zahl an, daß alle Assistentinnen und Assistenten eine entsprechende Erfahrung in dieser spezialisierten Untersuchung sammeln können. Da ihre Verträge im allgemeinen nur über die Länge der Weiterbildungszeit abgeschlossen werden, geraten sie in erhebliche persönliche und ethische Konflikte. Sie würden sich die Patienten „dann schon besorgen“, wie eine Assistenzärztin aus Essen in einem Interview des WDR formulierte, selbst wenn keine ausreichende Indikation für diese Untersuchung vorliege. Dagegen rechnet Professor Sewering, zuständig für die derzeitige Fassung der Weiterbildungsordnung, mit einer Verlängerung der Weiterbildungszeiten.

Die oppositionellen Kammerlisten haben diesen Problemen bisher wenig Beachtung geschenkt, zumal die Diskussion um die Weiterbildungsordnung bisher in geschlossenen Zirkeln wie zum Beispiel den Fachverbänden und der zuständigen Kommission Weiterbildung der Bundesärztekammer, Vorsitzender ist Professor Sewering, geführt wurde. Grundsätzlich haben sie sich bisher immer für einen einheitlichen hohen Qualitätsstandard in Aus- und Weiterbildung eingesetzt. Diese Forderung war allerdings mit inhaltlichen Vorstellungen verknüpft: Bei der internistischen Weiterbildung könne die technisch-apparative Diagnostik nicht den einzigen Schwerpunkt bilden. Psycho-soziale Kompetenz, Kenntnisse in der Patientenschulung in bezug auf Zivilisationskrankheiten wie Diabetes, Hochdruck oder koronare Herzkrankheit sowie rationale Pharmakotherapie seien wichtige Bestandteile der ärztlichen Tätigkeit. Diese Aspekte werden aber in der Weiterbildungsordnung überhaupt nicht berücksichtigt.

Eine breite Diskussion in der Ärzteschaft wird durch die Tatsache verhindert, daß die Vorstände der Kammern Weiterbildungsregelungen auf Vorschlag der Bundesärztekammer verabschieden. Ein Verfahren, das mittlerweile auch von Juristen kritisiert wird. Die „Liste Gesundheit Bremen“ fordert daher, daß Dauer und Inhalt der Weiterbildung durch die Delegiertenversammlung festgelegt werden sollen.

Der Versuch der „Liste Soziales Gesundheitswesen“ (LSG) in der Ärztekammer Nordrhein, das Thema auf einer Kammerversammlung zu diskutieren, führte Anfang des Jahres jedoch zu heftigen Auseinandersetzungen. Eine Äußerung des LSG-Vertreters David Klemperer wurde vom Vizepräsidenten der Kammer, Dr. Jörg D. Hoppe, und einigen Delegierten mißverstanden und als persönliche Verun-



glimpfung gewertet. Klemperer hatte erklärt: „Das Traurige ist doch, daß heute schon Operationen durchgeführt werden, die nicht unbedingt indiziert sind, damit die Leute ihren OP-Katalog vollkriegen“. Darauf Hoppe: „Wenn das so ist, dann machen Sie sich schuldig, wenn Sie nichts dagegen unternehmen“. Die Erwiderung Klemperers, „dann sehe ich hier sehr viele Schuldige sitzen“, bezogen einige Delegierte fälschlicherweise auf den ersten Satz seiner Ausführungen.

Der Eklat setzte sich in der konstituierenden Kammerversammlung fort, auf der die Neuwahlen zum Vorstand anstanden. Klemperer wurde nicht in den Vorstand gewählt, obwohl der LSG nach dem bisher üblichen Verfahren zwei Sitze zustehen. In der nächsten Kammerversammlung im November wird sich zeigen, ob eine tragfähige Basis für eine offene Diskussion der Weiterbildung vorhanden ist oder ob durch Ausgrenzung von Personen für unpopuläre Standpunkte kein Platz ist. Die LSG wird sich nicht politisch unter Druck setzen und ihren Kandidaten David Klemperer fallen lassen. □

gw – Was passiert, wenn in einem Krankenhaus weniger operative Eingriffe anfallen, als die Assistentinnen und Assistenten für die Erfüllung der Weiterbildungsrichtlinien brauchen? In der Ärztekammer Nordrhein hat jemand darüber laut nachgedacht und fiel bei den Vorstandswahlen durch

DER EKLAT

Tschernobyl und seine Folgen sind weitgehend vergessen oder wenigstens verdrängt, ein paar Nüsse und Pilze sollte man noch nicht in Unmengen essen, aber damit läßt sich ja leben. Das Problem unserer radioaktiven Abfälle oder seiner Verarbeitung haben wir erst einmal erfolgreich an unsere kernenergiefreundlichen Nachbarn in Frankreich weitergereicht, sogar das vielumkämpfte Wackersdorf mit seiner geplanten gigantischen „Wiederaufbereitungsanlage“ und damit der industriemäßige tonnenweise Umgang mit Plutonium bleibt uns erspart. Es ist stiller geworden um die deutsche Kernenergie, die reichliche Überproduktion unserer Stromkonzerne läßt sie den Verlust einzelner Projekte locker verkraften.

Das Waldsterben ist schon fast keine Meldung mehr wert, das Thema wird erschöpfend durch den jährlichen „Waldschadensbericht“ abgehandelt, die Regierung hat das Problem voll im Griff, schön säuberlich in Prozenten kann sie die Schädigung der einzelnen Baumarten von Jahr zu Jahr angeben. Aber so langsam dämmert es auch unseren skilaufenden Mitmenschen, daß das Waldsterben eine Ursache der immer bedrohlicher werdenden Überschwemmungen in den Alpen ist, wo zunehmend die Wälder fehlen, um den Boden bei Schneeschmelze oder Dauerregen zu halten. Dabei ist es nicht zufällig, daß die jährlichen Waldbrände in den südeuropäischen Ländern solche Ausmaße angenommen haben, daß die Wiederaufforstungsprogramme nicht einmal ein Prozent der vernichteten Fläche reparieren können. Aber nicht nur der „deutsche Wald“ oder der europäische Baumbestand schwindet, die letzte große grüne Lunge der Erde und gigantische Klimamaschine Urwald wird Jahr um Jahr um riesige Anteile dezimiert. Die bundesdeutsche Edelhölzschrankwand ist daran ebenso beteiligt wie der pflegeleichte und wertbeständige Fensterrahmen aus frisch importiertem Hartholz.

„Das Wasser ist das Beste“, so lautete vor fast zehn Jahren die Überschrift eines dg-Artikels über die zunehmenden Probleme mit der Versorgung mit genießbarem Wasser, auf das wir Menschen nun einmal lebenswichtig angewiesen sind. Vieles von dem, was damals Spezialwissen unseres Umweltredakteurs war, kann heute jeder wissen, der nicht allzu schnell die Nachrichten vom Vortag vergißt: Etliche Trinkwasserbrunnen mußten schon wegen zu hoher Belastung mit Nitraten aus der landwirtschaftlichen Düngung geschlossen werden, immer mehr unserer ach so wirksamen Pflanzenschutzmittel tauchen im Grundwasser auf. Das Wasser ist teilweise schon so sauer, daß es erhebliche Mengen Kupfers aus den Leitungen löst und die Verwendung dieses Metalls, das vor Jahren noch als ideal für Wasserleitungen galt, in Frage stellt.

Als wäre es noch nicht genug damit, daß wir unsere Süßwasservorräte versauen, wird immer deutlicher, daß auch die Meere nicht mehr groß genug sind, um alle Ölmengen und den ganzen sonstigen Unrat zu verkraften, den die Menschheit ihnen zumutet. Nicht nur die Robben sterben am schlechten Meerwasser, die Meere gehen auch kaum noch Fisch zur Ernährung der Menschen her.

„Bodenverbrauch“ war bis vor einigen Jahren kaum einem ein Begriff, den er erklären konnte, in der Bundesrepublik wird er zu einem immer dringlicheren Problem. Jahr für Jahr werden neue riesige Flächen versiegelt durch Straßenbau und sonstige Neubauten. Während die landwirtschaftlich genutzte Fläche immer massiveren Chemieeinsatz braucht, um nutzbringenden Ertrag zu liefern, verkarsten andere weniger gut nutzbare Böden zum Beispiel in der Eifel, weil sie nicht genug Gewinn bringen unter den derzeitigen Bedingungen. In noch größerer Geschwindigkeit aber geht die Verwüstung und Verstopfung ganzer Regionen in Afrika voran, die Bodenerosion auf ehemals ertragreichen Großfarmen in den USA hat schon tausende Farmer von ihrem nicht mehr vorhandenen Land vertrieben.

Irgendwann kommen alle Gifte, die der Mensch seiner Umwelt zumutet, in den Lebens-Mitteln Luft, Wasser und Nahrung an. Eine gesunde Ernährung, die nicht nur aus Symbolen wie der eigenen Getreidemühle der „Körnerfreaks“ besteht, ist im engeren Sinne schon gar nicht mehr möglich, weil es keine unbelasteten Nahrungsmittel mehr gibt. „Was soll oder kann man denn überhaupt noch essen?“ ist eine immer häufiger gesagte und noch öfter gedachte Frage nicht nur besorgter Eltern, die sich Gedanken um die Ernährung ihrer Kinder machen.

In ihren Auswirkungen womöglich schon bald noch verheerender als alles bisher aufgeführte droht der Menschheit eine nicht naturbedingte Klimakatastrophe, als „Treibhauseffekt“ zunehmend bekannt werdend. Da wirkt es geradezu lächerlich, wenn unsere Bundespolitiker als Antwort auf diese Entwicklungen nichts Besseres im Sinn haben, als eine Erhöhung der Deiche in Norddeutschland wegen des kommenden Anstiegs der Meeresspiegel zu planen.

Nein, dem immer alltäglicher werdenden Problem der Umweltzerstörung entrinnen wir nicht mehr, indem wir abends statt der Nachrichtensendung den Unterhaltungskanal wählen. Auch der individuelle Rückzug einiger weniger Menschen ins alternative Leben mit Gemüsegarten und Windrad zur Stromerzeugung nützt der Umwelt alles in allem wenig, weil so eben nicht 60 Millionen Menschen in der kleinen Bundesrepublik leben können.

Und gleichzeitig, während so viele

Informationen über Umweltfragen in der Bevölkerung bekannt sind wie noch nie zuvor, verhält sich unsere Gesellschaft so umweltschädlich wie noch nie zuvor, als ginge es darum, noch schnell so viel vom technisierten Leben wie nur eben möglich zu ergattern, bevor alles zusammenbricht.

Die Entwicklung ist so widersprüchlich, daß man als ökologisch interessierter Mensch schier verzweifeln möchte. Während man früher größte Mühe hatte, seine selbstgedruckten Heftchen über ein örtliches Umweltproblem über die lokale Umweltgruppe hinaus zu verbreiten, bringt heute die Tagesschau die globalen Umweltprobleme einem Millionenpublikum nahe. Selbst die industriefreundliche Bundesregierung hält sich einen Umweltminister, den sie immer dann vors Fernsehvolk treten läßt, wenn der Dreck mal wieder zum Himmel stinkt. Er darf dann solange Pseudoaktionismus vorführen – wir haben ja alle Werte fest im Griff, wegen Europa geht's eben nicht schneller – bis das Thema wieder aus den Nachrichten verschwunden ist.

Es hat den Anschein, als ob alle Informationen nichts helfen, alles nur zerredet würde, ohne daß eine wesentliche Änderung in Sicht käme. Aber ohne Wirkung bleibt eine beharrliche Öffentlichkeitsarbeit auf Dauer nicht: In den Niederlanden standen die letzten Wahlen fast ausschließlich unter dem großen Thema der unerträglich gewordenen Umweltbelastung. Schon 70 Prozent der Einwohner dort sind bereit, einen erheblichen Teil ihres Einkommens aufzuwenden, wenn sich ökologisch wirklich etwas ändert, meß-



Foto: Linde 4

bare und glaubwürdige Erfolge erzielt werden können.

Umweltpolitik nimmt auf allen Parteitagen inzwischen einen Hauptteil der Diskussionen in Anspruch. Aber was bei alledem noch fehlt, ist die Einsicht, daß Umweltpolitik nicht nur irgendein Ressort wie jedes andere Ministerium auch darstellt, sondern nur Erfolg haben kann, wenn sie allem anderen übergeordnet wird. Umweltpolitik wird wirksam, wenn sie jedem Einzelnen erkennbar macht, daß Verzicht, den er leisten soll, dem Ganzen Gewinn bringt, Teil eines durchdachten Konzeptes ist.

So wirkt die ganze Diskussion und mühsame Einführung des Autokatalysators und damit zusammenhängend eine Diskussion um erheblich höhere Benzinpreise lächerlich und für die „kleinen Leute“ schließlich auch unbzahlbar, wenn gleichzeitig immer mehr Eisenbahnstrecken in Randgebieten stillgelegt werden. Eine geringere Umweltbelastung durch alle Verkehrsmittel gelingt eben nicht durch einzelne Teilmaßnahmen, sie ist nur möglich, wenn alle ökologischen Aspekte der jeweiligen Verkehrsmittel bedacht werden. Dazu gehört beim Auto auch der Landschaftsverbrauch für die Straßen, der Müll bei der Schrottverwertung und so weiter.

Ein sparsamerer Umgang mit Heizenergie und Strom wird nur gelingen, wenn nicht mehr wie bisher einige Energiekonzerne die Energiepolitik bestimmen, die Errichtung örtlicher Fernheizkraftwerke zur sparsameren Gewinnung von Strom und Wärme ver-

hindern können. An der Gewässersanierung müssen die Bauern zur Vermeidung von Dünger- und Gifteintrag ins Grundwasser ebenso beteiligt werden wie die Chemikonzerne, die Städte mit ihren Klärwerken, die Rheinschiffer ebenso wie die Großtanker auf See.

Effektiv werden politische Richtlinien und Vorgaben erst dann, wenn bei jeder Produktion die Umweltnutzung und Belastung mit eingerechnet wird, umweltschädliche Produkte unvergleichlich teurer sind als verträgliche. Eine Politik, die ernsthaft und glaubwürdig so an die Lösung von Problemen herangeht, wird auch wieder Perspektiven für jeden Einzelnen bieten. Während sich bisher Bürgerinitiativen zusammenschließen, um regional jeweils die schlimmsten Sünden zu verhindern, dabei auch sich noch gegen staatliche Macht erwehren müssen, die das einmal Beschlossene ohne Rücksicht auf Verluste durchsetzen will, könnten stattdessen „ökologische Bürgerrechte“ jedem das Mitdenken und Mithandeln ermöglichen.

Bis sich Veränderungen im Bewußtsein ergeben, die soweit reichen, daß nicht nur mit dem Katalysator im Auto und dem energiesparenden Tiefkühlschrank das individuelle Gewissen beruhigt wird, braucht es zwar viel Zeit. Aber eine glaubwürdige Politik, die nachvollziehbar ist und nicht immer wieder Einzelinteressen gehorcht, könnte jetzt auf aktive Zustimmung bei vielen informierten Menschen rechnen. Dann hätten die täglichen Umweltnachrichten wirklich Sinn, würden nicht mehr als alltäglicher Horror empfunden, konsumiert wie ein Gruselfilm.

ee – Umweltskandale gehören mittlerweile zu den Fernsehnachrichten wie die Wetterkarte. Obwohl die Information und das kritische Bewußtsein noch nie so groß war, wird die Umwelt vergiftet, verbraucht, verbaut wie nie zuvor. Den Horrorfilm beendet nicht ein Wechsel des Fernsehprogramms. Effektiv wird Umweltpolitik erst dann, wenn sie allen anderen politischen Bereichen vorgeordnet wird. Dann wird jeder einzelne auch eine Perspektive für das eigene Verhalten sehen

PROGRAMMWECHSEL



**Hans Dibold,
Arzt in Stalingrad,
Salzburg 1949. Otto
Müller Verlag.**

**Heinz G. Konsalik,
Der Arzt von Stalin-
grad, Bayreuth 1984.
Hestia Verlag.**

Vor 40 Jahren, 1949, erschien in Salzburg der Bericht eines österreichischen Arztes, Hans Dibold, über die Zeit in sowjetischer Gefangenschaft. Der Titel erinnert an das weit bekanntere Buch von Heinz G. Konsalik: „Der Arzt von Stalingrad“. Auch dieses soll angeblich auf authentischem Material beruhen, so steht es jedenfalls im Vorwort. Es sei nicht „im luftleeren Raum“ entstanden, „sondern aus dem schier unerschöpflichen Material, das in den Berichten und den Überlieferungen zahlreicher Zurückgekehrter dem Autor vorlag“. Dies bezweifle ich.

Vor vier Jahren schrieb das Deutsche Ärzteblatt zum 8. Mai 1945 unter der Rubrik „Seite eins“ über die „namenlose Mehrheit der Ärzte, die auch im Dritten Reich Humanität geübt und ihre Patienten betreut haben“. Dazu zähle auch Otmar Kohler, der Arzt von Stalingrad, der „in schwerer Notzeit, ungeachtet eigener Gefahr ... selbstlos und tapfer“ sich eingesetzt habe in „aufopfernder Pflichterfüllung“. Keine „billige Rechnung“ solle an diesem Tag aufgemacht werden, hieß es im Deutschen Ärzteblatt weiter, „daß von damals ungefähr 90000 Ärzten 'nur' etwa 350 Medizinverbrechen begangen hätten“. Heute – vier Jahre später – sagt das wohl niemand mehr so. Sehr viel skeptischer wird mittlerweile die Rolle der Ärzte im Faschismus gesehen. Wäre es da nicht an der Zeit, mit der Glorifizierung der deutschen Ärzte in Stalingrad einmal aufzuhören und bescheiden auch die Rolle der sowjetischen Ärzte, die für die deutschen Kriegsgefangenen zuständig waren, in einem etwas anderen Licht darzustellen – als es zumindest Konsalik tut? – Man sollte das Buch von Hans Dibold aus der Versenkung hervorholen.

„Das ist das schmutzigste Lager, das ich je gesehen habe“, sagte der russische Generalarzt. „Geben Sie uns Arbeitskräfte, Wäsche und Seife“, erwiderte der deutsche Arzt. Darauf der Generalarzt: „Wir waren

nicht gefaßt auf so viele Gefangene; außerdem haben wir Sie nicht hierher eingeladen“. Immerhin befahl er aber den Bau einer Entlausungsanlage, beschreibt Hans Dibold die Situation im Lager. Die deutschen (beziehungsweise österreichischen) Ärzte bekamen einen mächtigen Bundesgenossen in der Bekämpfung der Fleckfieberseuche, so Dibold, „die sowjetischen Ärzte“. „1500 Kilometer nördlich von Stalingrad infizierten sich russische Schwestern und Ärzte an fleckfieberkranken Gefangenen ... Sie haben sich für ihre Feinde geopfert“. Die sowjetischen Ärzte halfen, Leid zu lindern, auch Offiziere. Der Autor spricht von einer „bestimmten Art von GPU-Offizieren“, die „viel dazu beigetragen“ habe, „die Not der Gefangenen zu lindern“.

Es gab Skorbut unter den Gefangenen. „Dr. Becker, der Arzt des „Skorbut-Zimmers“, schreibt Dibold, hielt einen Vortrag über Skorbut und über Vitamin-C-Mangel. „Am Schluß ließ uns die russische Hygienikerin sagen, die gezeigten Fälle seien zwar nicht schwer. Unter der Zivilbevölkerung Stalingrads gebe es sehr viel schwerere. Aber wir hätten recht. Man sollte uns Posten geben, damit wir Gemüse sammeln könnten.“ Später (seit Mitte 1943?) sei auch das Gespenst des Hungertods „endgültig“ von den Gefangenen gewichen, dann erhielten auch „unsere Kranken dieselben Kostsätze wie die Insassen der sowjetischen Militärhospitäler. Das waren täglich über 3000 Kalorien“. 3000 Kalorien! Bei uns hört man doch nur, daß die deutschen Kriegsgefangenen verhungert seien.

Die Gefangenen wurden in das Innere der Sowjetunion gebracht. Denn Molotow hatte gesagt: „Sie gehen nicht heim, ehe Stalingrad aufgebaut ist“, teilt der Autor, bestimmt kein Kommunist, das ist an seiner Diktion zu merken, ohne Vorwurf mit – die Deutschen sind ja wirklich nicht eingeladen worden, in die Sowjetunion zu kommen.

Dagegen nun Konsalik; und niemand verbietet ihm zu schreiben, was er schreibt. Da ist von zwei SS-Ärzten die Rede: „Wir waren Ärzte der SS, warum es leugnen? Wir haben Versuche gemacht ...“, obgleich wir es rechtlich nicht einsehen, warum gerade der Russe, der Grausamste von allen, unser

Richter sein soll“. Oder: „Was ich hier gesehen habe“, sagt bei Konsalik Dr. Böhler, der Arzt von Stalingrad, „hat mit Völkerrecht nichts mehr zu tun“.

Noch schlimmer wird es aber dann, wenn Konsalik die sowjetischen Ärzte Dinge tun läßt, die an die Greuel von KZ-Ärzten erinnern. Eine sowjetische Ärztin ließ „die verhungerten Gestalten ... nackt an sich vorbeidefilieren und schrie hysterisch: „Gesund! Gesund!“ Sie zeigte ihre Macht über die verhaßten Deutschen, indem sie drei Simulanten auspeitschen ließ und dabei stand, wie „Mongolen“ ihnen die Haut in Fetzen vom Rücken schlugen, schreibt Konsalik. Von „Mongolen“ ist die Rede, von den „Tataren“, der „Asiate“, heißt es, oder der „Kirgise“. Und die Ärztin, von der eben die Rede war, „tobte jede Nacht in den Armen“ eines deutschen Arztes „die Wildheit ihrer kaukasischen Heimat aus“. Ein unerträglicher Rassismus kommt da durch. „Der Deutsche war oft der gesellschaftliche Lehrmeister der Russen“, legt der Autor einem der sowjetischen Bewacher in den Mund.

Und ohne Ende ergeben sich – nach Konsalik – die sowjetischen Frauen den deutschen Männern. Alexandra Kasalinsskaja, die Ärztin, die „langen Beine in den Juchtenstiefeln“, „in der Hand hielt sie eine Reitgerte“. „Unter der dünnen Seidenbluse zeichneten sich ihre Brüste ab“. Wenn sie einen Rock trägt, rutscht dieser garantiert bis zu den Schenkeln hoch, „ihre wohlgeformten Beine glänzten matt“. Und wenn sie ein Nachthemd anhat, verrutscht auch dieses, „weiß schimmerte die linke Brust hervor“. Konsalik weiter: Dann kam von Sellnow, einer der Ärzte, „riß ihr das Hemd über der Brust auf“, „warf sie auf das Bett ...“, und mit einem spitzen Schrei ergab sie sich“.

Wiesen das die überlieferten Berichte der Betroffenen auf? Wohl nicht. Sexuelle Kontakte zwischen sowjetischen Frauen und deutschen Kriegsgefangenen kamen so gut wie nicht vor, schreibt Albrecht Lehmann in seinem 1986 erschienenen Buch „Gefangenschaft und Heimkehr“. Dieser Chauvinismus bei Konsalik ist unerträglich, dieser Rassismus, diese deutsche Überheblichkeit – warum nur ist Konsalik so berührt? Und warum kennt niemand das Buch von Dibold?

Gine Elsner

**H. Schipperges,
G. Vescovi, B. Geue
und J. Schlemmer, Die
Regelkreise der Le-
bensführung – Gesund-
heitsbildung in Theorie
und Praxis, Köln 1988.
Deutscher Ärzteverlag**

Vor zehn Jahren fand sich in der Stuttgarter Ärztekammer ein informeller Arbeitskreis zu einer „Gesellschaft für Gesundheitsbildung“ zusammen. Die theoretischen Überlegungen und ihre praktische Anwendung durch die Mitglieder des Arbeitskreises führten zum sogenannten „Mergentheimer Modell“ einer „Gesundheitsbildung“. Das vorliegende Buch versteht sich in diesem Sinn als ein „Leitfaden gesunder Lebensführung“.

Die Autoren, Mitglieder der Gesellschaft für Gesundheitsbildung, verstehen sich als Wegbereiter einer neuen Philosophie der Gesundheit. Aufbereitet werden in dem Buch zunächst Prinzipien und Regelkreise des Lebens. Die Themen ihrer Philosophie klingen wie von Ferne sanft im Ohr: „Kultur des Leibes“ oder der „Alltag und seine Ordnung“ zum Beispiel. Dennoch sind einzelne Abschnitte, besonders die über die Einflüsse der Umwelt und der Ernährung spannend geschrieben und auch für Menschen, die nicht mit der allgemeinen Medizinterminologie vertraut sind, verständlich. Insgesamt kommt ein ganzheitsmedizinischer Ansatz zum Tragen, der auf diese Bereiche beschränkt, durchaus sympathisch wirkt.

Dagegen flacht der Teil von J. Schlemmer ab, der sich mit gesellschaftlichen Begründungen befaßt. Der Autor zeichnet sich zwar durch Selbstironie aus, kann aber letztlich kein Konzept präsentieren, wie die seiner Meinung nach notwendige Kostensenkung im Gesundheitswesen mit der Gesundheitsbildung in Einklang zu bringen ist. Wenn Schlemmer darauf hinweist, daß Doktor im eigentlichen Sinn auch mit Erzieher übersetzt werden kann, ist das zwar ganz nett. Aber ausreichend ist es wohl nicht, wenn die Gesundheitsbildung als allein ärztliche Aufgabe verstanden wird.

um

**Christopher Nolan,
Unter dem Auge der
Uhr, Köln 1989.
Kiepenheuer und
Witsch, 216 Seiten,
29,80 Mark**

„Die Saga hilfloser, von der Gesellschaft verworfener, in der Schwebe gelassener Krüppel, die im Grunde nur apathisch darauf warteten, völlig in Vergessenheit zu geraten, neu zu schreiben,“ dieses Ziel steht hinter dem Roman des 22-jährigen Spastikers Christopher Nolan aus Irland. Ein politisches Buch ist die Autobiographie nicht, auch wenn die Absicht mit durchschimmert, daß den Krüppeln Mut gemacht werden soll, die Gleichbehandlung einzufordern. Es ist der trotzige Versuch, sich selbst in der Welt der „Normalen“ zu behaupten.

Joseph Meehan, die Hauptfigur des Romans – immer als Christopher Nolan zu lesen –, allerdings hat unverschämtes Glück gehabt: Da ist seine Familie, die so stark ist, ihn nicht abzuweisen, die ihn fördert, wo immer es geht, die all die täglichen Mühen, die sich aus seiner Behinderung ergeben, auf sich nimmt, ihn nicht aufgibt und ihn nicht bemitleidet. „Klotz-am-Bein-Joseph“, wie er sich selbst nennt, wird überall mit „hingeschleppt“, in der Schubkarre, oder seinem „Streitwagen“, dem Rollstuhl. Sie setzen ihn in einen Bach, damit er das Wasser fühlen kann, sie graben ihn am Strand ein, damit er weiß, wie es sich anfühlt, wenn man steht. Wenn er zu Hause „freizügig Gesten und Gemimtes mit großartigen Lauten wie Mama, Adaa oder Eonn, dazu ein dem Atem abgerungenes Krächzen, Lallen oder Lachen“ unterstreicht, oder bei der Mondscheinsonate „mitsingt“, provoziert er „süße Bemerkungen“: „Halte den Mund, Joseph!“.

Auch das Schreiben auf der Schreibmaschine, mühselig mit elf Jahren erlernt, oder später auf dem Computer, läßt sich nur praktizieren, wenn ihm jemand den Kopf hält, und dieser jemand ist in erster Linie die Mutter: „Die Krämpfe ließen ihn erstarrten, aber innerhalb weniger Minuten spürte er, wie er sich entspannte. Nora wartete, das Kinn ihres Sohnes in den hohlen Händen. Da reckte er sich vor, lenkte den Zeigestock auf den Buchstaben „e“. Er

schwenkte den Stock nach rechts und schlug einen anderen Buchstaben an, dann noch einen und noch einen ...“

Sagenhaftes Glück hat dieser Joseph Meehan, weil sich ein Schuldirektor findet, der bereit ist, ihn einzuschulen, obwohl er nicht sprechen kann und sein Körper immer wieder von Krämpfen geschüttelt wird. Er hat Glück, weil er Schulkameraden findet, die mit ihm zu sechst auf seinem Rollstuhl durch die Korridore düsen, ihn einfach teilhaben lassen an dem ganzen Tohuwabohu der Kinder- und Jugendzeit. Er hat das Talent, seine Lage auf Papier zu bannen, und das Glück, daß dies wahrgenommen wird. Christopher Nolan hat mit Gedichten und seinem Roman bereits mehrere Literaturpreise erhalten, zuletzt den höchstdotierten britischen „Whitbread Award“.

Wie mühsam erkämpft sein Glück ist, wird gerade in den Szenen deutlich, in denen Nolan den Umgang mit den „normalen“ Schülern schildert: Als er in eine neue Klasse eingeschult wird, versucht er in der ersten Unterrichtsstunde, Kontakt zu den Mitschülern aufzunehmen. „Er warf jemandem einen Blick zu, doch der sah weg. Er versuchte es zum wiederholten Mal, doch die Jungen und Mädchen wiesen ihn schweigend ab. Er nahm sich vor, nicht gleich die beleidigte Leberwurst zu spielen ... Meine Fresse, hab ich ein Glück, dachte er, als es ihm gelang die Aufmerksamkeit des Jungen am Nachbartisch zu erregen. ... Der Junge lächelte kurz zurück und sah wieder weg. Dann aber schien er es sich anders zu überlegen und musterte ihn scharf und fragend.“ Der Junge bietet ihm flüsternd seine Hilfe an, und Joseph „gellte innerlich mit den Aasfressern um die Wette. Ich hab's geschafft brüllte er, ich hab's wahrhaftig geschafft.“ Es ist nicht zuletzt dieses Vermögen, kleine Erfolge als Schritt zum großen zu feiern, die ihn den Kampf mit den Gesunden durchstehen läßt.

„Unter dem Auge der Uhr“ ist ein kindliches, dramatisches, ironisches und teilweise einfach komisches Buch. Joseph Meehan ist zum Beispiel nicht in der Lage, die Bewegung seiner Arme zu kontrollieren, verpaßt in den unpassendsten Momenten Leuten Nasenstüber, „grapscht sie am Hosenboden“, die Arme wollen nicht so,

wie er will. Als Josephs „unbewachte Hand“ wieder einmal auf der Straße einem Mann „blitzschnell zwischen die Beine fuhr, wo er alles kitzelte, was ihm zwischen die Finger kam“, zieht das Trio Joseph, Mutter Nora und Schwester Yvonne kichernd unter Entschuldigungen von dannen: „Yvonne setzte ihre strengste Miene auf, beugte sich zu ihrem Bruder herab und blickte ihm in die Augen: 'Versprich, daß du heute nicht mehr fummeln wirst.'“

Doch trotz der teilweise fast lässigen Komik stört an der Biographie ein gewisser affektierter Grundton, hervorgerufen vor allem durch das Erzähltempus Imperfekt, das zumindest im Deutschen fast behäbige Distanz des Autors zum Gegenstand suggeriert. Bei einem 22-jährigen, der seine Autobiographie schreibt, wirkt der Gestus des großväterlichen Erzählers einfach unangemessen. Verständlich in Nolars Lage, aber doch ein wenig peinlich ist auch, wenn er ständig seine Sensibilität und Empfindsamkeit ausdrücklich rühmt, wo doch Passagen für sich selbst sprechen, in denen Nolan im inneren Monolog mit seinem Körper kämpft: „Wer wird dich haben wollen, wer ist schon so blöd – viel-

leicht hast du mehr abgeissen, als du kauen kannst – kau, verdammt noch mal, kau, wenn ich kauen könnte, könnte ich mich normal nennen, stell dir nur vor, kann nicht kauen, kann nicht mal schlucken, weshalb also kauen? kann nicht rufen – doch, kann rufen, ein ausgehungertes Stöhnen vielleicht, aber es ist ausreichend; kann nicht kauen, kann nicht kauen, kann nicht riechen – kann riechen – kann nicht kauen, kann meinen Stuhl nicht kontrollieren – kann, kann, kann kontrollieren, kann meine Blase nicht kontrollieren – kann kontrollieren, kann kontrollieren; kann nicht kauen, na und, ich habe eine trockene Sitzfläche, einen wunderbar trockenen Hosenboden, immer, immer, aber kann nicht kauen, kann nicht weinen – kann weinen, kann weinen, kann weinen, nasse Kissen voll, aber wen kümmern's, kann weinen, ganze Eimer voll, kann nicht lachen – kann lachen, kann, kann, kann, kann nicht aufhören – kann aufhören, kann nicht einsehen, weshalb ich aufhören soll, kann nicht einsehen, warum, kann die Notwendigkeit nicht einsehen, kann mir nicht die Schuld geben, muß mir die traurige Wahrheit einfach eingestehen: KANN NICHT KAUEIN.“

-ud



Christopher Nolan, 22 Jahre alt, Spastiker, Autor des Buches „Unter dem Auge der Uhr“, Preisträger des Whitbread Award, eine der höchstdotierten britischen Auszeichnungen für Literatur

Hautkontrolle

In seiner Massagepraxis entdeckt der Sonnenstrahlenresistente Masseur L. Spuren eines Sonnenbades auf dem Körper einer Klientin ...



Vom Leben selbst gezeichnet

„Wer sich jetzt noch in die Sonne legt, macht sich an seiner Krankenkasse schuldig.“ (H. Blum)

impressum

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Sabine Drube (Heidelberg), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hattlingen), Christina Pötter (Gießen), Michael Regus (Siegen), Hartmut Reiners (Düsseldorf), Rolf Rosenbrock (Berlin), Annette Schwarzenau (Berlin), Hans See (Frankfurt), Harald Skroblied (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich Wulff (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 Daalman (ud) (V.i.S.d.P.), Joachim Neuschäfer (yn)

Ausbildung: Reinhard Busse (rb), **Demokratisierung:** Edl Erken (ee), **Frauen:** Karin Kieseyer (kk), Monika Gretentort (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 Schölzel (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-Rode (jgr), **Standespolitik:** Gregor Weinrich (gw), **Umwelt:** Peter Walger (pw).

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

Redaktionskonto für Spende: Sonderkonto Norbert Andersch, Postgiroamt Essen Nr. 15420-430

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:

Pahl-Rugenstein-Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/360020, Konten: Postgiroamt Köln 6514-503, Stadtparkasse 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. Kündigungstermin: 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.

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Novemberheft: 20. Oktober 1989

Graphik: Christian Paulsen, Burkhard Fritzsche

Titelblatt: Stamm, Paulsen, yn

Layout: Ursula Daalman, Joachim Neuschäfer

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

ISSN: 0932-5425

„BEIRUT STIRBT UND KEINER KÜMMERT SICH DABU.“

Dringender Hilfsaufruf & Appell für den Frieden

Die Stadt Beirut wird vernichtet. - Immerfortwährend. Seit langem schon. Das ist ein politisches Prinzip. Was tieße 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:

300 000 Menschen auf panischer Flucht. Schwere FROG 7 Raketen, vom Irak geliefert, reißen mit 500 kg Sprengladung Krater von der Größe eines Kinderspielfeldes. Die syrische Armee antwortet mit ihren Waffen.

Die Geflüchteten kamlieren 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 Flüchtling 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 / 4 99 00 41 - 2



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

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Einige Leserinnen und Leser haben, kaum war die Septemberausgabe ausgeliefert, in Redaktion und Verlag angerufen: „Was ist los, seid ihr etwa an den Mabuse verkauft worden?“ Avisiert war der Verkauf von dg an Mabuse bereits im Spiegel, von anderen wurde das Gerücht nachgedruckt. Den Schlußpunkt setzte der Schriftsteller Peter Schütt in der „feder“, der Zeitschrift der IG-Medien. Er meldete den Vollzug: „Das ‚Demokratische Gesundheitswesen‘ wurde bereits ... verkauft.“

In der folgenden Ausgabe der „feder“ konnte Christa Herterich aus der Leitung des Pahl-Rugenstein Verlags die Darstellung Schütts geraderücken. Hier die Passage, die uns betrifft: „Ein Wort noch zu unseren Zeitschriften: Wie im Buchbereich wird auch hier gerechnet ..., aber das ‚Demokratische Gesundheitswesen‘ wurde nicht an ‚Dr. Mabuse‘ verkauft. Garantien für alle Zeit können nicht gegeben werden, doch das Urteil werden die Abonnentinnen fällen.“

Garantien für alle Zeiten wollen und können Herausgeberkreis und Redaktion vom Verlag auch nicht einfordern. Allerdings, so der Beschluß der dg-Konferenz vom 2. September, werden Herausgeberinnen und Herausgeber und die Redaktion alle möglichen Schritte unternehmen, daß dg erhalten bleibt. Wir machen auf alle Fälle weiter.

Wundern Sie sich nicht, wenn das nächste Heft erst in der zweiten Novemberwoche zu Ihnen kommt. Bereits im letzten Heft hatten wir angekündigt, daß wir mit dem Verlag Möglichkeiten der Einsparung in Herstellung und Vertrieb diskutieren werden. Deshalb wollen wir nicht nur im Sommer, sondern auch zum Ende des Jahres eine Doppelnummer produzieren. Redaktion und Herausgeberkreis versprechen sich davon eine Kostenersparnis in Produktion und Porto sowie einen Zugewinn an Zeit. Die „Pause“ brauchen Herausgeberinnen, Herausgeber und Redaktion auch deshalb, um die Zukunftsdebatte zu intensivieren.

Eine verbindliche Aussage darüber, was aus dg im nächsten Jahr wird, werden wir Ihnen erst im kommenden Heft geben können, wenn der Pahl-Rugenstein Verlag seine finanzielle Planung abgeschlossen hat. Wir bedauern – selbst wahrscheinlich am meisten – den späten Termin. Doch für eines verbürgen wir uns Ihnen gegenüber: Wenn Sie im Januar eine Jahresrechnung für 1990 bekommen, bezahlen Sie keine Katze im Sack, sondern ein Jahr lang dg.

Ihre dg-Redaktion

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

Von Ärzten. Für Ärzte. Und für alle anderen:

Jetzt oder nie.

Es ist genug passiert. Politiker haben schon viel zu viel von der Machbarkeit eines Atomkrieges gefaselt, und sie haben schon viel zu viel dafür getan: Ihre Arsenale reichen aus, um 30 Jahre lang täglich die Sprengkraft aller im 2. Weltkrieg detonierten Bomben freizusetzen. Nun haben sie auch noch damit begonnen, der Bevölkerung für den Fall eines Atomkrieges eine Chance vorzurechnen. *Diese Rechnung ist erlogen.* Ärzte wissen, daß es bei einem Atomkrieg keine medizinische Versorgung mehr geben wird.



INTERNATIONALE ÄRZTE
FÜR DIE VERHÜTUNG
DES ATOMKRIEGES - IPPNW E.V.

Schweigen ist fast wie Lügen.

Wer um die Unrichtigkeit der offiziellen Darstellungen weiß und sie dennoch nicht richtigstellt, macht sich mitschuldig. Die Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges IPPNW e.V. hat eine Broschüre herausgebracht, die sachliche Informationen und Perspektiven zum Handeln für den Leser aufzeigt. Die 16seitige Druckschrift enthält Kapitel über die *medizinische Verantwortung* auch in diesem Bereich, über die *Unzulänglichkeit* des Zweiten Weltkrieges mit einem Atomkrieg, über das *Scenario* im Falle eines Atomkrieges, über die *medizinischen Folgen* und über *Möglichkeiten*, sich gegen die Atomrüstung zu *wehren*. Die Broschüre enthält schließlich eine Postkarte: Der erste Schritt für den Leser, konkret zu handeln.

100 Broschüren in jedes Wartezimmer.

Die Broschüren sind für das Wartezimmer konzipiert, wo sie ausliegen und kostenlos mitgenommen werden sollen.

100 Broschüren für den engagierten Atomgegner.

Die Broschüre ist zwar ursprünglich für das Wartezimmer gedacht. Aber sie ist so geschrieben, daß jeder sie einsetzen, verteilen, verkaufen, verschenken kann. Lehrer können

Informationen über
die Strahlenkrankheit

Bitte weitergeben!

Herausgegeben von den
Internationalen Ärzten für die
Verhütung des Atomkrieges (IPPNW)
Trägerin des Friedensnobelpreises 1985

sie in Schulen als Lehrmittel benutzen, Gewerkschaftler können sie in den Betrieben verteilen, Läden, Apotheken, Cafés, Kinos können sie an der Kasse auslegen. Friedensinitiativen können sie an ihren Ständen verteilen, und Privatpersonen können sie an Freunde, Verwandte und Kollegen verschenken.

Jetzt sind Sie am Zug.

Bitte einsenden an die Initiative
Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges
IPPNW e.V. Bahnhofstr. 24, 6501 Heidesheim

Bestellcoupon

Hiermit bestelle ich Pakete zu je 100 Broschüren.
Der Preis beträgt DM 12,- plus Porto pro Paket. Ich
bezahle erst nach Erhalt der Rechnung.

Name:

Adresse: