

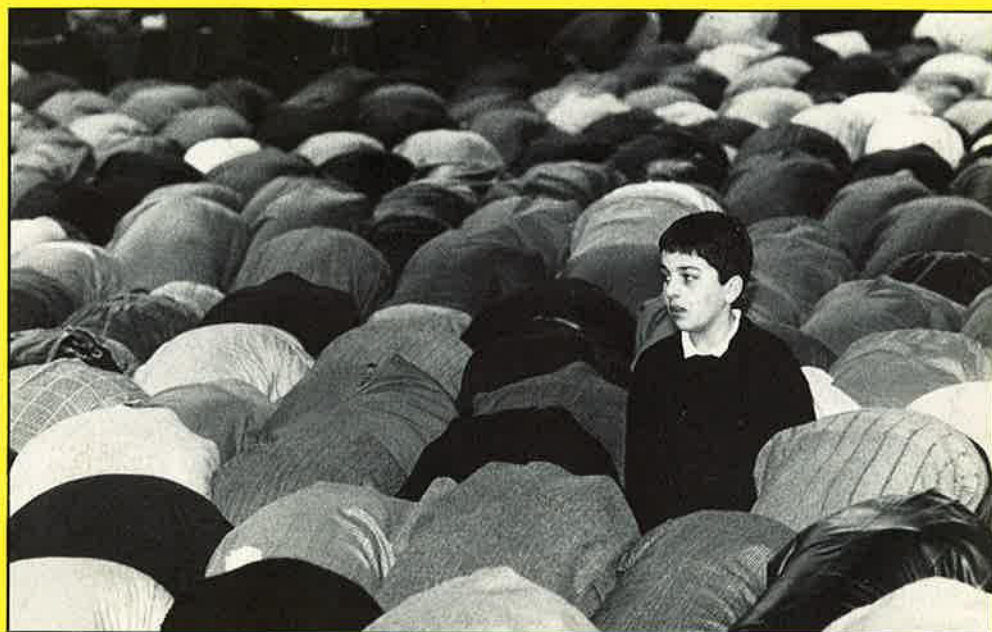
dg

Demokratisches
Gesundheitswesen
Nr. 9 · September 1989
Einzelheit 5 Mark
G 2961 E

**JE OBEN, DESTO MÄNNER
FRAUEN IM
KRANKENHAUS**

ZWEI JAHRE TÜRKEI

**PSYCHOSOZIALE
BETREUUNG VON
AUSLÄNDERINNEN**



**ZUKUNFTSAUFGABE
„ALTE“
INTERVIEW MIT U. LEHR**

**SPD-VORSCHLÄGE ZUR
KRANKENPFLEGE-
AUSBILDUNG**

Ökologischer Umbau

JA!
ABER WIE?

Matthias Albrecht ist Kinderchirurg
in Dortmund

Zeitungen und Fernsehen sind in diesen Tagen voll von Berichten, Stellungnahmen und Analysen zum Papier der SPD-Arbeitsgruppe „Fortschritt '90“. Befürworter und Kritiker picken sich in aller Regel einzelne Aspekte aus dem Entwurf heraus, der das anspruchsvolle Ziel verfolgt, eine Art „Regierungsprogramm der SPD“ für die Zeit nach den kommenden Bundestagswahlen darzustellen. Schwerpunkte dabei sind „der ökologische Umbau der Industriegesellschaft, Wohlstand und Arbeit für alle, Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Männer und Frauen, Umbau des Sozialstaates, Sicherung der finanziellen Handlungsfähigkeit des Staates und Reform des Steuersystems“.

In Zielsetzung und Wortwahl werden viele Leser Überschneidungen und Ähnlichkeiten mit programmatischen Vorstellungen der Grünen finden. Daß innerhalb der Sozialdemokratie der „ökologische Umbau“ aus seinem Mauerblümchen-Dasein herausgefunden hat und auf breiter Basis akzeptiert wird, erfreut nicht nur den Verfasser dieser Zeilen.

Doch die Freude bleibt nicht ungetrübt, dafür sorgt die SPD schon selbst. Merkwürdige Widersprüche stoßen bei der Lektüre des Programms auf: Da wird ernsthaft als „das wichtigste Element“ für den „ökologischen Umbau“ die „Mobilisierung der Kräfte des Marktes für den Umweltschutz durch eine ökologische Orientierung des Steuer- und Abgabensystems“ bezeichnet. Es wirkt schon peinlich, angesichts der Rolle der Chemiekonzerne in der Umweltdebatte, des Falschspiels der Elektrizitätswirtschaft in der Affäre WAA Wackersdorf oder der geplanten Fusion von Daimler und MBB den „Markt“ zu glorifizieren.

Auch greifen die vorgeschlagenen

Schritte zum Umbau keineswegs in den „Markt-Mechanismus“ ein, sondern gestalten Rahmenbedingungen oder nehmen Sekundärverteilung vor, zum Beispiel gilt das für die vorgesehene Erhöhung aller Energiesteuern. Angesichts der globalen Probleme dieses Planeten ist das zwar sinnvoll, sollte aber nicht zu einer „Markt-Mystifizierung“ herhalten.

Bei so viel Rhetorik stellt sich die Frage, ob der Wille zur Umsetzung überhaupt vorhanden ist. Denn was nützen die schönsten Programme, wenn es daran hapert.

Anhaltspunkte für Zweifel gibt es genug, da muß kein Hermann Rappe von der IG Chemie mit seinen Breitseiten gegen die Umbaupläne her, die er gleichförmig mit dem Argument abfeuert, Arbeitsplätze in der Chemie-Industrie seien gefährdet. Auch die finanzpolitische Sprecherin der SPD, Ingrid Matthäus-Maier, und Rudolf Dressler, ihr sozialpolitischer Co-Autor, widersprechen einander in aller Öffentlichkeit, wenn es um die Finanzierung geht. Während Matthäus-Maier betont, daß die gesamte Programmfinanzierung nur durch Umschichtung des von der CDU/CSU hinterlassenen Haushalts realisiert werden soll, kontert Dressler, daß natürlich auch eine Finanzierung außerhalb dieser Vorgaben möglich sein muß.

Ein ökologischer Umbau ist notwendig, sinnvoll und wird von einer breiten Mehrheit in der Bundesrepublik trotz einer stickigen Diskussionsatmosphäre gewünscht. Das haben auch die Sozialdemokraten begriffen. Die offenen Widerstände gegen den Umbau sind innerhalb der SPD – am deutlichsten in der Frage der Kernenergie – geschwunden. Was geblieben ist und wahrscheinlich nicht weniger effektiv sein wird, sind die zahlreichen passiven Widerständler gegen den Umbau.

Report

Zwei Jahre Türkei
Aus dem Alltag einer psychosozialen Beratungsstelle 14

Gentec

Halbherziges Nein
Embryonenschutzgesetz 27

Aktuelle Gesundheitspolitik

Zukunftsaufgabe „Alte“
dg-Interview mit Ursula Lehr 28

Krankenpflege

Je oben, desto Männer
Frauen im Krankenhaus 30

Patientenversorgung

Doppelt blind
Herzinfarktstudie der EG 32

Internationales

Promotoren
Primary Health Care in Ecuador 34

Ausbildung

Halbiert?
Siebte AO-Novelle 36

Arbeitsschutz

Zu gewerkschaftlich?
Kongreß für Arbeitsschutz
und Arbeitsmedizin 38

Dokumente

Berufe der Krankenpflege
Bericht der Fachkommission der
Arbeitsgemeinschaft Sozial-
demokraten im Gesundheits-
wesen „Fachberufe im Gesund-
heitswesen“ 19

Der Weltärztebund im Dienste
der Apartheid
Stellungnahme des VdÄÄ 25

Rubriken

Echo 4
Trends 7
Memo 12
Lesezeichen 40
Kölnstr. 198 42

IN HALT



Foto: laif



Foto: yn

Wo können Ausländerinnen und Ausländer, die psychische Probleme haben, in der Bundesrepublik hingehen? Helmut Copak berichtet über zwei Jahre Arbeit in einer Beratungsstelle für Türken

14 28

Alle Welt hat die „Alten“ entdeckt. Doch wird wie üblich mehr geredet als getan. dg sprach mit Ursula Lehr, Gerontologin und Bundesgesundheitsministerin



Foto: yn

Das Krankenhaus ist der Dienstleistungssektor mit dem größten Frauenanteil. Doch auch in den Interessenvertretungen merkt man davon wenig, ein echter Demokratisierungsschub sieht noch aus. Zahlen, Daten, Fakten aus Klinik und Gewerkschaft

30

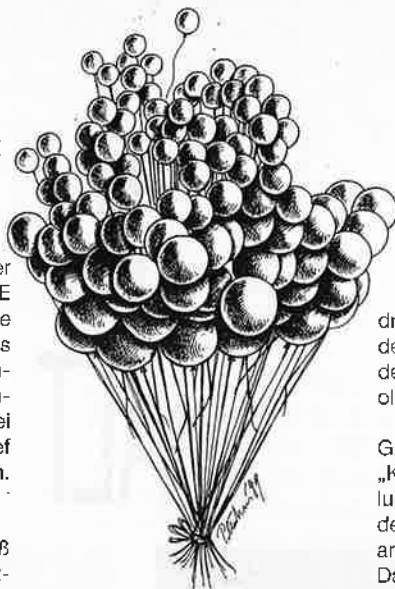
Zu leicht gemacht

dg 6/89: „Healthy Cities:
99 Luftballons“

Gunar Stempel hat in dg über das Projekt GESUNDE STÄDTE berichtet und dabei viele bunte Luftballons fliegen sehen. Das Bild gefällt mir. Dennoch möchte ich dazu einige Bemerkungen machen und kann dabei leider nicht die einem Leserbrief angemessene Kürze einhalten. (...)

Man merkt dem Artikel an, daß die inhaltliche Auseinandersetzung mit der WHO-Strategie und dem Projekt GESUNDE STÄDTE alles andere als einfach ist. Es werden viel zu viele Probleme auf einmal angesprochen, zu viele Teilaspekte berührt, theoretische wie praktische, internationale wie nationale, akademische wie politische, als daß eine klare Linie erkennbar wäre, geschweige denn eine dem Leser nachvollziehbare eigene Position. (...)

Ich möchte meine Anmerkungen auf die Projektstadt Bremen beschränken. Gunar Stempel bescheinigt dem bremischen Aktionsprogramm „Allgemeinplätze“ und „Binsen-



weisheiten“ und vermißt ein „spannendes Altenprogramm“. Was, bitte schön, ist ein „spannendes Altenprogramm“? (...)

Wenn es ein Allgemeinplatz sein soll, daß beispielsweise in Bremen – wie übrigens in den meisten westdeutschen Großstädten, wie eine Ökostat-Studie beweist – zahlreiche Fußgängerüberwege nicht behinderten- und altengerecht sind, dann sei die Frage erlaubt, ob man nicht manchmal auch scheinbare Selbstverständlichkeiten so lange wiederholen muß, bis sich etwas bewegt. Sind nicht die wiederholten und

dringend nötigen Hinweise auf den Pflegenotstand an westdeutschen Kliniken ein ebensolcher Allgemeinplatz?

Gunar Stempel bezeichnet als „Knackpunkt“ unseres Handlungsprogrammes die Frage der Beteiligung von Betroffenen am Projekt GESUNDE STÄDTE. Da ist natürlich was dran. Nur: Wer hätte denn in der Bundesrepublik vorbildhaft ein politisches Klima geschaffen, in dem eine neue Kultur des Umgangs zwischen Behörden und Bürgern erprobt würde? Warum ausgerechnet das Projekt GESUNDE STÄDTE kritisieren, das nicht nur in Bremen versucht, tatsächlich Betroffene zu beteiligen, solange sich die Mächtigen im Gesundheitswesen den Taufel um die Meinung derer scheren, die Krankenkassenbeiträge bezahlen und ansonsten gesundheitsreformiert werden? (...)

Natürlich existiert dem Projekt gegenüber auch Mißtrauen.

Das zu verleugnen, ist nicht mein Ansinnen – doch die Wirklichkeit ist komplizierter. Erstens sind wir angetreten, mit diesem Mißtrauen und realen, sehr verschiedenen Konflikten konstruktiv umzugehen, um sie vielleicht zu überwinden. Das ist ein offener Prozeß, für den es keine Erfolgsgarantie gibt und auch keine schlechthin „geeignete Form“. Es gibt auch nicht die vielzitierten „Basisinitiativen“ im Sinne einer abstrakten Einheit.

Zweitens möchte ich behaupten, daß, wenn im Gesundheitswesen überhaupt, Beteiligung Betroffener und Ansätze zur Partnerschaft nur mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und Projekten wie GESUNDE STÄDTE möglich sind, nicht aber mit dem Sektor Krankenhauswesen und schon gar nicht mit niedergelassener Ärzteschaft und ihren Standesverbänden, deren (gesundheits-)ökonomische Interessen die Forderung nach Bürgerbeteiligung absurd erschienen ließen. Das ist jenseits mancher individuell befriedigenden Beziehung zwischen Patienten und Ärzten eine strukturelle, systematische Frage.

Es ist eines der wesentlichen Probleme der WHO-Programmatik, Bürgerbeteiligung als einen Leitgedanken der Gesundheitsförderung zu proklamieren und damit ein Schlagwort zu liefern, mit dem man die Realität kommunaler Gesundheitspolitik und die Tätigkeit eines ernstlich bemühten öffentlichen Gesundheitsdienstes buchstäblich erschlagen kann. Hier hat es sich der Artikel durch den Verzicht auf Nachdenklichkeit zu leicht gemacht.

So paßt denn auch der sehr befremdliche Umgang des Verfassers mit schriftlichem Material zur Art und Weise, wie sich der Artikel mit dem Projekt GESUNDE STÄDTE auseinandersetzt. Mit Lachen und Weinen habe ich im gesamten letzten Absatz des Artikels (nicht nur dort!) Formulierungen vorgefunden, die nun wirklich zum großen Teil Papieren der Bremer Projektgruppe entstammen. (...)

Das wäre – abgesehen von den fehlenden Anführungszeichen – nicht weiter schlimm, wenn nicht für den Leser damit der Eindruck entstünde, daß der Verfasser hier eine eigene kritische Position gefunden hat und nun dem Projekt GESUNDE STÄDTE vorhält. Es handelt

Andere Seite hören

dg 5/89: „Risikopatient! Gentest auf Chorea Huntington“

Ihre Redaktion war schlecht beraten, den Artikel von Herrn Kai Krahn abzuordnen, ohne ihn auf seinen Wahrheitsgehalt geprüft zu haben. Herr Krahn hat schon mehrmals Presseorgane dazu mißbraucht, seine persönliche Sichtweise der Dinge in bezug auf seine Auseinandersetzung mit der Huntington-Krankheit als eine Stellungnahme in Namen der Internationalen Huntington-Assoziation (IHA) darzustellen. Die Internationale Huntington-Assoziation (IHA) hat sich zu den von Herrn Krahn angeprägerten Göttinger Richtlinien bisher nicht geäußert. Es ist eher unwahrscheinlich, daß sie sich der persönlichen, beurteilenden und verunglimpfenden Ansicht des Herrn Krahn anschließen wird. Das Informationsblatt des Instituts für Humangenetik der Universität Göttingen ersetzt keinesfalls die von diesem Institut als verbindlich anerkannten internationalen Richtlinien zur molekulargenetischen Hunting-

ton-Diagnostik, sondern stellt nur ein Destillat der sehr umfangreichen IHA-Richtlinien dar.

Bezeichnend für Herrn Krahn ist auch seine bewußt falsche Behauptung, „daß bislang noch nicht einmal der Versuch gemacht wurde, sich mit den Kritikern einer überstürzten Testeinführung in Verbindung, geschweige denn, auseinanderzusetzen. Es bestehen weder Kontakte zur Huntington-Gesellschaft noch zum Internationalen Richtlinien-Komitee.“ Richtig ist vielmehr, daß es Herr Krahn und die von ihm gegründete Huntington-Gesellschaft abgelehnt haben, an einer im Dezember 1988 in Düsseldorf durchgeführten Tagung mit internationaler Beteiligung, insbesondere unter Teilnahme der IHA, teilzunehmen. Noch nicht einmal eine Absage haben die Veranstalter und Organisatoren des Treffens von Herrn Krahn erhalten.

Geradezu kriminell sind die Anschuldigungen des Herrn Krahn gegenüber dem Institut für Humangenetik in Zürich, dem Herr Krahn unterstellt, eine „Ferndiagnose“ bei einer Würz-

burger Familie gestellt zu haben und dadurch die Verantwortung für einen Suizid tragen zu müssen. Ich bin einer der betreuenden Ärzte dieser Familie und kann Ihnen versichern, daß im Zusammenhang mit der molekulargenetischen Diagnostik, die von dem Züricher Institut konsiliarisch für Würzburger Ärzte durchgeführt worden ist, es zu keinem Suizid gekommen ist. Die Sicherstellung einer adäquaten Beratung und Betreuung war nicht Aufgabe des Züricher Institutes, sondern lag in Händen der Würzburger Ärzte.

Es ist bedauerlich, daß sich eine Zeitung mit dem verpflichtenden Titel „Demokratisches Gesundheitswesen“ in solch einseitiger Weise zu einem hochbrisanten Thema äußert, ohne sich über den Wahrheitsgehalt der Äußerungen und die Vielschichtigkeit der Probleme zu bemühen. Auditatur et altera pars – kannten schon die alten Römer in ihrer Rechtsprechung.

DR. MED. LANGE
Neurologe und Psychiater
Chorea-Zentrum an der Rheinischen Landesklinik Düsseldorf

sich also in Wirklichkeit um selbstkritische Einschätzungen, die wir in Bremen lange diskutiert haben und die nun in Form eines dg-Artikels gegen uns vorgebracht werden. Kopfschütteln ist erlaubt. (...)

Mir ist sehr wichtig, daß sich dg (vielleicht bald gemeinsam mit Dr. med. Mabuse) weiter mit dem Projekt GESUNDE STÄDTE und der Programmatik der WHO auseinandersetzt, weil sich zunehmend Entwicklungen in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik genau darauf beziehen: So haben sich beispielsweise am 6.6. 1989 in Frankfurt zehn westdeutsche Großstädte unter der Idee der gesunden Städte zu einem Netzwerk zusammengeschlossen, zum Teil mit der Unterschrift hochrangiger Kommunalpolitiker. Und an wenigstens fünf deutschen Universitäten wurde und wird die Einrichtung von Studiengängen oder eigener Fachbereiche „Gesundheitswissenschaft“ diskutiert, alles unter Bezug auf WHO-Strategie und Healthy Cities. Das läßt sich nicht einfach abtun, sondern bedarf der Aufmerksamkeit. Die Rolle demokratischer und fortschrittlicher Kräfte im Gesundheitswesen muß darin bestehen, diesen Prozeß kritisch zu begleiten und, wo sinnvoll, auch zu stützen, will man sich nicht als bald in der Defensive wiederfinden.

THOMAS HILBERT
Projektleiter „Gesunde Städte“
Bremen

Fehlendes Wissen

dg 7/8-89: „Chance vergeben“. Leserbrief von Ulrich Hörberg zum Tarifabschluß in der Krankenpflege

Unter der Überschrift „Chance vergeben“ reitet Ulrich Hörberg in einem Leserbrief in der letzten Ausgabe des dg eine wü-

tende Attacke gegen die ÖTV (deren Mitglied er mit Sicherheit nicht ist), die sich erdreistet hat, für ihn eine Einkommensverbesserung zu erkämpfen, wie es sie seit 1974 nicht mehr gegeben hat. Wenn der Kollege Hörberg ÖTV-Mitglied wäre und an einem Grundlagen-Seminar teilgenommen hätte, wüßte er folgendes:

Öffentliche Arbeitgeber lassen sich in Tarifverträgen nicht dazu verpflichten, mehr Stellen zu schaffen. Stellenvermehrungen werden in der Regel bei den Pflegesatzverhandlungen mit den Krankenkassen ausgehandelt. Die Krankenhausfinanzierung wird durch Gesetze geregelt. Die DKG ist keine Tarifvertragspartei

Wenn der Kollege H. ein aktives ÖTV-Mitglied wäre, wüßte er weiterhin, daß an den Verhandlungstischen nicht viel zu satte Funktionäre, sondern Krankenschwestern und Krankenpfleger gesessen haben, die ihre Freizeit nicht damit verbringen, destruktive Kritik zu üben, sondern die zusammen mit ihren Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern Tage und Nächte diskutiert haben, um konstruktiv etwas für das Pflegepersonal zu erreichen.

In der Tat: Es hätte bei den Tarifverhandlungen mehr erreicht werden können. In diesem Zusammenhang lobt der Kollege H. die hohe Streikbereitschaft beim Krankenpflegepersonal. Jedoch auf Demonstrationen gehen und Warnstreiks durchführen, an denen sich solidarisch auch Nichtorganisierte beteiligen können, ist die eine Sache – eine andere Sache ist es jedoch, einen Erzwangsstreik durchzuführen, an dem sich bekanntlich, und das sollte sich inzwischen auch bis Lübeck herumgesprochen haben, nur Gewerk-

schaftsmitglieder beteiligen können. Wie hoch ist der gewerkschaftliche Organisationsgrad in den Krankenhäusern des Großraumes Lübeck?

Ob man es nun wahrhaben will oder nicht, Krankenschwestern und -pfleger, die nicht in der ÖTV sind, sind die natürlichen Verbündeten der Arbeitgeber.

Gewiß, es gibt vieles, was mir in der ÖTV nicht gefällt, und ich bin Mitglied dieser Gewerkschaft, um genau dies zu ändern. Die demokratischen Strukturen in den Gewerkschaften sind vorhanden. Sie müssen nur benutzt werden. Ich wünsche mir, daß der Kollege H. künftig dabei behilflich ist. Das Gerede von einer Krankenpflege-Gewerkschaft ist absolut unrealistisch und zudem spalterisch. Ich bin ganz sicher, wenn in den Lübecker Krankenhäusern in zwei Jahren ein Organisationsgrad von 95 Prozent erreicht worden ist, werden wir in der Lage sein, Tarifverträge auszuhandeln, wie sie sich der Kollege Hörberg wünscht.

PETER BIEHL
Bonn

Wo war die Lobby?

dg 7/8-89: Tarifabschluß in der Krankenpflege

Durch den erfolgten Tarifabschluß sind die Forderungen des Pflegepersonals bei weitem nicht erfüllt, so daß dadurch die Kollegen/innen nicht motiviert, sondern demotiviert und frustriert wurden. Ferner sind hiermit zukunftsweisende und verändernde Energien auf Seiten des „arbeitskampfbereiten“ Pflegepersonals vergeudet, ja sogar in die „Leere“ geführt worden. Man kann nicht grundlegende Änderungen durch Kompromisse erreichen, sondern

muß entfachte Energien nutzen. (...)

Wer anlässlich eines solchen Kompromiß-Abschlusses von Durchsetzung neuer Strukturen und kräftigem Lohnschub spricht (Vgl. ÖTV-Report 7/89), handelt eher „bauernfängerisch“ als informativ. (...) Wie kann die ÖTV ernsthaft auf der Titelseite des ÖTV-Reports behaupten: „Die Fort- und Weiterbildung wird finanziert“, wenn im Tarifvertrag von einer, auf Arbeitgeberseite bedarfsorientierten Finanzierung gesprochen wird.

Dieser Tarifabschluß honoriert in keiner Weise, eine auch in Zukunft noch von Betroffenen *eigen-finanzierten* Weiterbildungsmaßnahme. Unterrichtskräfte mit zweijähriger qualifizierter Weiterbildung müssen fünf Jahre auf eine Höhergruppierung warten, um wie alle anderen Pflegekräfte nach dem 40. Lebensjahr keine weitere altersentsprechende Höhergruppierung erlangen zu können.

Im Bereich der Pflegedienstleitungen gab es hingegen eine wesentliche Verbesserung, durch die Einrichtung einer zusätzlichen Kr. XIII-Gruppe, mit der Möglichkeit der 15 prozentigen Zulage bei Mitarbeit im Direktorium. – Diese deutliche Verbesserung läßt vermuten, daß die Lobby der Pflegedienstleitungen maßgeblichen Einfluß auf die Tarifkommission nehmen konnte. Bleibt die Frage: Wo war die Lobby der übrigen Pflegekräfte?

J. SCHOLICH, N. PENTHER,
R. STEIML, U. EICHER,
B. JENAU-HESS,
E. STEINBERG
Unterichtskräfte
Gevelsberg

Schritt nach vorn

dg 7/8-89: Leserbrief zum Tarifabschluß in der Krankenpflege

Bisher hatte ich keinen Grund mich über das dg zu ärgern, im Gegenteil. Dafür kam es aber mit Heft 7-8 gleich ziemlich dick: Ich meine die Stellungnahmen zum Tarifabschluß in der Krankenpflege und zwar genauer den Leserbrief von Ulrich Hörberg und die anonyme Stellungnahme „Ein großer Schritt“. (...)

Zum Leserbrief von Ulrich Hörberg:

Es ist nicht richtig, daß die ÖTV sich in eine aktuelle berufspoli-



Foto: yn

tische Diskussion eingeklingt hat. Es zeigt totale Unkenntnis des Verfassers, wenn er für die abgeschlossene Tarifrunde Ziele wie: Erhöhung der Planstellen – keine Anrechnung von Auszubildenden auf den Stellenplan – Änderung der Krankenhausfinanzierung proklamiert. Dies waren und konnten auch nicht Ziele der Tarifrunde sein, so richtig und wünschenswert auch die beiden ersten Forderungen des Autors sind.

Auch wenn die Forderung nach einer eigenen Gewerkschaft für die Krankenpflege vom Autor erneut erhoben wird, so wird sie meiner Meinung nach dadurch nicht stichhaltiger. Das zitierte Beispiel der neuen Mediengewerkschaft zeigt ja gerade, daß nicht in der berufsständisch orientierten Form gewerkschaftliche Arbeit sinnvoll ist, sondern eher in berufsübergreifender Kooperation.

Auch ich bin nicht voll und ganz mit dem Tarifabschluß zufrieden. (...) Ich glaube aber, daß der Tarifvertrag insgesamt einen großen Schritt nach vorn bedeutet. Nicht, daß ich Rechenbeispiele von bis zu 400 Mark Brutto Einkommenszuwachs aufzählen könnte, sondern bestimmte Detailregelungen des Vertrages sind meiner Ansicht nach sehr interessant. So bietet zum Beispiel die Nachdienstregelung über die Wechselschichtzulage die Möglichkeit, die Zeitdauer und Häufigkeit von Nachdiensten zu begrenzen, was auf der einen Seite mehr Geld (Wechselschichtzulage, Nachdienstzulage), auf der anderen aber auch zum Beispiel gesundheitliche Vorteile hätte, wenn der Nachdienst auf das Minimum von vier Nächten à zehn Stunden innerhalb von fünf Wochen begrenzt würde. (...)

Eins möchte ich zum Abschluß aber noch nachdrücklich betonen: Der Tarifvertrag ist nur ein Anfang zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege; der Pflegenotstand wird durch den Vertrag nicht beseitigt.

RALF BIRKENFELD
Göttingen

Offener Brief

Betr.: Tarifabschluß der ÖTV für Krankenpflege- und Altenpflegekräfte vom 3. 6. 89

Auf Empörung und Unverständnis stößt der neue Tarifvertrag vom 3. 6. 89, in dem die Anlage 1b zum BAT neu ausgehandelt wurde, bei den Unterrichtskräften an Krankenpflegeschoolen. Durch die Aufwertung der am Krankenbett und damit direkt am Patienten erbrachten Leistung (die grundsätzlich begrüßenswert ist) findet gleichzeitig eine Abqualifizierung der an den Krankenpflegeschoolen tätigen Unterrichtsschwestern und -pfleger statt, da für diese keine Verbesserung der Eingruppierung erreicht wurde, lediglich ein Bewährungsaufstieg nach fünf Jahren erbrachter Leistung innerhalb der Tätigkeit als Unterrichtskraft. (...)

Die finanziell schlechte Situation der Unterrichtskräfte ist aber nicht nur im Vergleich innerhalb der einzelnen Berufsgruppen innerhalb der Krankenpflege zu sehen, sondern ist im besonderen durch die finanziellen Einbußen während der Weiterbildung begründet. Zwar sieht der neue Tarifvertrag vor, daß der Arbeitgeber in Zukunft „im Rahmen seines Bedarfs“ das Gehalt und die Weiterbildungskosten zu tragen hat. Dies bedeutet jedoch, daß nicht die einzelne Pflegekraft frei entscheiden kann, daß sie sich weiter qualifizieren möchte, sondern in Zukunft entweder auf die Gunst des Arbeitsamtes angewiesen ist, ob überhaupt die jetzt schon schlechten Bedingungen genehmigt werden (ein Anspruch auf Leistungen gibt es nicht), oder der Arbeitgeber einen Bedarf sieht, die Weiterbildung zahlt, aber eine „angemessene Rückzahlungsklausel“ bei vorzeitigem Ausscheiden festlegen kann. (...)

Gerade in der jetzigen Situation, in der jeder vom Pflegenotstand spricht und Perspektiven aufgezeigt werden müssen, wie sich die Pflege als qualifizierter Beruf im Gesundheitswesen mit eigenen Kompetenzen etablieren kann, ist es ein Hohn, daß gerade denjenigen, die hier eine Schlüsselfunktion wahrnehmen können, bescheinigt wird, daß ihre Tätigkeit nicht honoriert werden muß und der Beruf der qualifizierten Unterrichtskraft an Krankenpflegeschoolen zukünftig noch zusätzlich abgewertet wird.

Dazu kommt, daß zusätzliche Qualifikationen wie Weiterbildungen und Studien überhaupt nicht berücksichtigt werden. Mögliche Perspektiven für die Krankenpflege, eigene Forschung zu betreiben und einzelne zu motivieren, diesen Beruf nicht nur als Sackgasse, sondern einen Beruf mit vielfachen (dringend notwendigen) Entfaltungsmöglichkeiten zu sehen, finden keinerlei Berücksichtigung. Die Konsequenz wird diejenige sein, die sich in den letzten Jahren schon deutlich aufgezeigt hat: Engagierte und qualifizierte Fachkräfte der Krankenpflege werden diesem Beruf nach relativ kurzer Zeit den Rücken kehren, und dieser Trend wird sich in Zukunft noch verstärkt fortsetzen. (...)

Die Kampfbereitschaft des Pflegepersonals war noch nie so groß, das Verständnis in weiten Teilen der Bevölkerung, diese Forderungen nach einer finanziellen Aufwertung des Berufs der Krankenpflege zu unterstützen, war vorhanden. Die Gewerkschaft hat vorzeitig und klein bei gegeben, die Chancen für eine grundlegende Verbesserung sind (für wie lange?) vertan. (...)

Obwohl die Gewerkschaft Kenntnis über die Problematik der Ausbildungs-, Fortbildungs- und Weiterbildungssituation hat, ihr hier eine Schlüsselrolle zuerkannt wird, hat sie bei Abschluß dieses Tarifvertrages nicht im geringsten einen Tarifvertrag durchgesetzt, der die grundsätzliche Sonderstellung der Krankenpflege neue, vor allem inhaltliche und berufspolitische Perspektiven eröffnet. Dieser Tarifvertrag ist ein Beispiel dafür, daß sich die Gewerkschaft vor den Karren

des Pflegenotstandes hat zerren lassen. Perspektivische Veränderungen sind in diesem Tarifvertrag auch nicht ansatzweise zu erkennen.

Deshalb fordern wir:

1. Aufkündigung dieses Tarifvertrages zum nächstmöglichen Termin!
2. Tätigkeitsbezogene Eingliederung der Unterrichtskräfte in den BAT!
3. Gleichstellung der Unterrichtskräfte an Krankenpflegeschoolen mit den Lehrkräften an Berufs- und Berufsfachschulen!
4. Anerkennung der Krankenpflegeschoolen durch die Bundesländer als Berufsfachschulen!
5. Lehrer in der Krankenpflege sind als eigenständige Berufsgruppe anzuerkennen!
6. Eingliederung der bisherigen Fort- und Weiterbildungsinstitute innerhalb der Krankenpflege in den Fachhochschul- bzw. Hochschulbereich und damit verbunden staatliche Anerkennung dieser Weiterbildungsmaßnahmen!
7. Erstattung der bisher entstandenen individuellen finanziellen Belastungen für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen!
8. Die Kostenübernahme von Weiterbildungsmaßnahmen darf nicht mit langfristigen Verpflichtungen gegenüber dem Arbeitgeber verbunden sein!
9. Übernahme der schulischen Kosten durch die Bundesländer (nicht wie bisher über den Pflegegesetz der stationären Patienten).

Unterrichtskräfte der staatlichen Schule für Kranken- und Kinderkrankenpflege im Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt



Foto: Seehafer

WHO: Wende?

Der Leiter des Medikamentenaktionsprogramms bei der Weltgesundheitsorganisation, Dr. Lauridsen, hat nach Angaben der BUKO Pharmakampagne, aus Protest gegen massive Behinderungen seiner Arbeit gekündigt. Lauridsen habe unter anderem seinen Vorgesetzten vorgeworfen, die von den Mitgliedsländern 1988 ausdrücklich bekräftigte neue Medikamentenpolitik zu „verwässern“. Die „revised drug strategy“ ist ein umfassendes Programm zum rationalen Gebrauch von Medikamenten. Sie liefert Vorgaben für die Zulassung, die Beschränkung auf unentbehrliche Medikamente, Verbraucheraufklärung und die Ausbildung von Gesundheitsarbeitern. Lauridsen kritisierte besonders, daß es unter dem neuen Generaldirektor der WHO, Hiroshi Nakajima, unmöglich geworden sei, auf die Bedürfnisse der Dritten Welt einzugehen.

Pharma: Wachstum angesagt

Wie den Angaben des Statistischen Bundesamts in Wiesbaden über die wirtschaftliche Lage der Bundesdeutschen Pharmaindustrie zu entnehmen ist, geht es den Herstellern weiterhin prächtig. 1988 wurden Medikamente und pharmazeutische Wirkstoffe im Wert von 23 Milliarden Mark produziert, was eine Produktionssteigerung von 7,5 Prozent bedeutet. Exportiert wurden Medikamente im Wert von 9,4 Milliarden Mark. Daß trotzdem die Exportquote von 46,4 auf knapp 41 Prozent gesunken sei, liege nicht an einem tatsächlichen Rückgang, sondern an einer Umstellung der Statistik des Bundesamts, wie der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie in seinem Organ „Medikament Meinung“ erklärte. Dies lasse sich an der Entwicklung des Umsatzes ablesen, bei dem ein Plus von 5,1 Prozent im Inland einem Plus von 9,3 Prozent im Ausland gegenüberstehe. Auch für das erste Vierteljahr 1989 meldet das Statistische Bundesamt für human-pharmazeutische Spezialitäten ein Produktionswachstum von 6,5 Prozent auf 4,5 Milliarden Mark.



Anklage wegen Schädigung durch Holzschutzmittel erhoben

Nach fünfjähriger Ermittlung hat im Juli die Staatsanwaltschaft Frankfurt Anklage wegen Körperverletzung und schwerer Gefährdung durch Gift gegen die Geschäftsführer zweier marktführender Hersteller von Holzschutzmitteln erhoben. Die Staatsanwaltschaft erhebt den Vorwurf, daß schon 1969 wissenschaftliche Erkenntnisse über die gesundheitlichen Folgen einer Exposition von PCP- und Lindan-haltigen Holzschutzmitteln vorgelegen hätten. Erst 1979 hatten die angeklagten Hersteller PCP-freie Mittel auf den Markt gebracht, nachdem über Fälle schwerer Erkrankungen in der Presse berichtet worden war. 1984 hatte die Interessengemeinschaft der Holzschutzmittelgeschädigten Anzeige bei der Staatsanwaltschaft erstattet. Nach deren Ermittlungen haben PCP- und Lindan-haltige Holzschutzmittel in mindestens 168 Fällen zu Erkrankungen geführt. Der Prozess, mit dessen Eröffnung erst im nächsten Jahr zu rechnen ist, wird vermutlich einer der größten Umweltschutzprozesse der Bundesrepublik werden.

Das Umweltministerium reagierte auf die Anklageerhebung mit einer Kabinettsvorlage zum Verbot von PCP-haltigen Holzschutzmitteln, nachdem sie sich jahrelang geweigert hatte, in dieser Richtung gesetzgeberisch tätig zu werden. Die Weigerung war damit begründet worden, daß die EG-Kommission an einer Richtlinie zu PCP arbeite und man dem nicht mit einem nationalen Gesetz vorgreifen könne.



Amalgam- füllungen doch gefährlich

Nach Untersuchungen von Professor Max Daunderer, München, sollte Amalgam nicht mehr für Füllungen verwendet werden. Eine Untersuchung über Quecksilberintoxikationen durch Amalgamfüllungen an mehr als 200 Patienten hatte ergeben, daß auch nach mehreren Jahren noch Symptome wie Kopfschmerz, Schlaf- und Gedächtnisstörungen, Nervosität, Tremor, Depression, Gastritis, Infektanfälligkeit und Allergien auftreten. Nur ein geringer Teil des resorbierten Quecksilbers werde über Niere und Darm ausgeschieden, der Rest gehe in die Depots, von denen das Zentrale Nervensystem besonders relevant sei. Selbst nach Entfernen der Füllungen würden sich die vorhandenen Vergiftungssymptome nur „außerordentlich langsam“ bessern, erklärte Daunderer.

Winfried Beck wegen Nötigung verurteilt

Der Vorsitzende des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte, Winfried Beck, ist vom Amtsgericht Schwäbisch Gmünd wegen Nötigung zu einer Geldstrafe von 3000 Mark verurteilt worden. Beck hatte am 9. Mai an einer Sitzblockade vor dem US-Raketendepot in Mutlangen teilgenommen und war dabei von der Polizei festgenommen worden. Winfried Beck habe, so das Gericht, „sittlich in erhöhtem Maße mißbilligenswert“ gehandelt, indem er sich zusammen mit vier weiteren Demonstranten vor einem in das Depot einfahrenden Militärfahrzeug auf die Straße gesetzt habe. Beck erklärte in der Verhandlung, daß er sich im Sinne der Anklage nicht schuldig fühle, eher deshalb, weil er nicht mehr gegen die atomare Bedrohung getan habe.

Pflegenotstand in Marburg

Die Polikliniken und Ambulanzen des Klinikums der Marburger Universität sind vom 25. Juni bis zum 2. Juli für den Publikumsverkehr geschlossen worden. Außerdem wurden stationäre Aufnahmen eingeschränkt. Der Ärztliche Direktor des Klinikums, Professor Hans-Jürgen Hering, gab als Grund die für die Patientenversorgung gefährliche Personalüberlastung an.

4000 neue ÖTV-Mitglieder

4000 neue ÖTV-Mitglieder hat die ÖTV-Hauptabteilung Gesundheitswesen, Kirchen und soziale Einrichtungen bis zum Monat März gewinnen können. Dies erklärte der Leiter der Abteilung, Norbert Badziong, im Juli im ÖTV-Report Gesundheit und Soziales. Damit seien mehr als 200 000 Mitglieder im Bereich der Hauptabteilung organisiert. Auch während der Warnstreikaktionen seien noch viele Kolleginnen und Kollegen eingetreten, genaue Zahlen waren aber noch nicht bekannt.

Anzeige:

DIE GRÜNEN IM BUNDESTAG



DER TAG „X“ HAT SCHON BEGonnen

3. völlig überarbeitete Auflage mit zahlreichen Beiträgen und ausführlicher Dokumentation, Gesetzestexten, Kommentar zum Katastrophenschutzgesetz 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

Projekt HdA aufgelöst

Das Projekt „Arbeit, Gesundheit und Humanisierung“ beim Wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Institut des DGB ist aufgelöst worden, nachdem die Bundesregierung das staatliche Forschungsprogramm „Humanisierung des Arbeitslebens“, aus dem auch Mittel in das WSI-Projekt flossen, umbenannt und mit neuen Schwerpunkten besetzt hat. Reinhard Bispinck und Bruno Zwingmann, vorher im Projekt beschäftigt, haben im DGB andere Aufgaben übernommen.

Östrogen-Psychofarmaka-Kombinationen vom Markt

Das Bundesgesundheitsamt hat eine Reihe von Kombina-

tionsarzneimitteln, die neben Östrogenen Psychopharmaka enthielten und zur Behandlung menopausaler Beschwerden bestimmt waren, aus dem Verkehr gezogen. Mit diesen Stoffen sei „eine an dem Bedarf der Patienten (!) angepaßte Dosierung der unterschiedlichen Wirkstoffe nicht angemessen möglich“, weil die Halbwertszeiten der Wirkstoffe so unterschiedlich seien, daß sie auch unterschiedliche Dosierungsintervalle erforderten.

Broschüre „Ungewollt Vater“ eingestampft

Die baden-württembergische Sozialministerin, Barbara Schäfer (CDU), hat im Juli die Broschüre „Ungewollt Vater“ aus einer großangelegten, 6,2 Millionen Mark teuren Kampagne gegen Abtreibungen einstampfen lassen. Die Broschüre war

in weiten Teilen aus dem Buch „Schwangerer Mann – Was nun?“ von Wolfgang Friedrich, Dieter Schnack und der früheren Pro-Familia-Vorsitzenden Melitta Walter abgeschrieben worden. Dort beschreiben Männer, wie sie auf die Schwangerschaft ihrer Partnerinnen reagiert hatten. Die Autoren und der Gerd Holtzmeier Verlag haben Klage bei dem zuständigen Gericht für Urheberrechtsfragen in Mannheim erhoben.

Psychotherapeutengesetz in Arbeit

Unterstützung von Gesundheitsministerin Ursula Lehr erhält jetzt der Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) in seinen Bemühungen um eine gesetzliche Regelung der Berufszulassung, Qualifikation

und Einbeziehung der klinischen Psychologen in die Gesetzliche Krankenversicherung. Lehr hatte gegenüber dem BDP erklärt, es gebe bereits auf Referentenebene Vorarbeiten für ein entsprechendes Psychotherapeutengesetz. Nach Auskunft der Pressestelle soll dieses Gesetz allerdings erst in der nächsten Legislaturperiode verabschiedet werden.

Nach Auffassung des Psychologenverbandes sollen die Ärzte künftig nicht mehr allein bestimmen dürfen, was Psychotherapie sei und für wen sie nötig werde. Ohnehin gehöre Psychotherapie in die Hände von klinischen Psychologen, da nur sie über die entsprechende Ausbildung verfügten. Außerdem sei es für die Patienten nicht länger zumutbar, monatelange Wartezeiten, wie sie heute gang und gäbe seien, in Kauf nehmen zu müssen, wenn sie eine Psychotherapie in Anspruch nehmen wollten.

Arzthelferinnen

Der Prinz kommt nicht



ma – Nicht nur in der Krankenpflege gibt es eine Massenflucht aus dem Beruf, auch bei den Arzthelferinnen. Und wie in der Krankenpflege gab es vor kurzem Tarifverhandlungen. Über die Ergebnisse sprach dg mit Gudrun Klöß, Arztfachhelferin und seit 1986 Vorsitzende des Berufsverbands der Arzt- Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen, der „größten Frauengewerkschaft in Europa“, wie sie sagt

dg: Wie viele Arzthelferinnen gibt es eigentlich, und wie sieht es mit dem Anteil der in ihrem Verband organisierten aus?

Klöß: Es gibt keine verlässlichen Zahlen, weil statistische Erhebungen über den Beruf fehlen. Wir schätzen, daß es etwa 140 000 Arzthelferinnen, 80 000 Zahnarzthelferinnen und 5000 Tierarzthelferinnen gibt. Wir haben etwa 18 000 Mitglieder, davon sind ungefähr 17 000 Arzt-, 800 Zahnarzt- und 200 Tierarzthelferinnen, das heißt unser Organisationsgrad liegt unter 10 Prozent. Wir wollen natürlich mehr Mitglieder gewinnen. Unser Problem ist dabei, bekannt zu werden. In einem Großbetrieb kennt man eine Gewerkschaft, im Kleinbetrieb Arztpraxis ist der Kontakt mit einem Verbandsmitglied eher Zufall.

dg: Sie haben vor kurzem Tarifverhandlungen geführt. Wer sitzt sich da denn als Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter gegenüber?

Klöß: Auf der Arbeitgeberseite ist es die „Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen“. Nach unserer Kenntnis ist das ein Zusammenschluß von nicht einmal 50 Ärzten aus dem gesamten Bundesgebiet. Die Geschäfte dieser Arbeitsgemeinschaft werden von der Bundes-

ärztekammer geführt. Bei den Verhandlungen sitzen uns zehn bis zwölf ihrer Mitglieder gegenüber, unter anderem Herr Stobrawa von der Bundesärztekammer als Geschäftsführer. Auf unserer Seite sitzen Vertreterinnen unseres Verbandes, der DAG und des Verbandes der weiblichen Angestellten.

dg: Wie kann denn ein Tarifvertrag, der mit diesem lächerlichen Arbeitgeber-Club ausgehandelt wird, für alle verbindlich werden?

Klöß: Die Tarifverträge sind zwar nicht bindend, aber weil zum Teil hohe Kammerfunktionäre in der Arbeitsgemeinschaft sind, wie zum Beispiel Dr. Klotz vom Kammervorstand in Hessen, haben sie wenigstens empfehlenden Charakter.

dg: Mit welchen Forderungen sind sie in die diesjährige Tarifrunde gegangen?

Klöß: Wir haben die Verhandlungen aufgesplittet in Mantel- und Gehaltstarifverhandlungen. Bei den Gehältern war uns wichtig, daß die Einstiegseinkommen für die Kolleginnen angemessen sind, nachdem endlich eine dreijährige Ausbildung vorgeschrieben ist. Früher war das ein Beruf mit zweijähriger Ausbildung und Übergangsberuf zwischen Schule und Ehe.

SSK-Haus in Köln abgebrannt

Am 3. August ist das Wohnhaus der Sozialistischen Selbsthilfe Köln (SSK) völlig abgebrannt, drei Bewohner sind ums Leben gekommen. Ein offizielles Untersuchungsergebnis der Brandursache lag bis Redaktionsschluß nicht vor, es besteht begründeter Verdacht der Brandstiftung.

Die SSK ist für viele die letzte Rettung, wenn sie zum Beispiel von Behörden immer wieder weggeschickt werden, bei ihr leben Menschen, die jahrelang in Heimen aufgewachsen sind oder in Psychiatrien abgeschoben wurden. „Um trotz dieser furchtbaren Ereignisse weiter gemeinsam leben und arbeiten zu können, brauchen wir dringend finanzielle Hilfe“, ruft die SSK zur Unterstützung auf.

Spenden an: SSK Ehrenfeld, Liebigstr. 25, 5000 Köln 30, Spendenkonto: Helft dem SSK, Stadtparkasse Köln (BLZ 370 501 98), Kontonr. 1008 392 704.

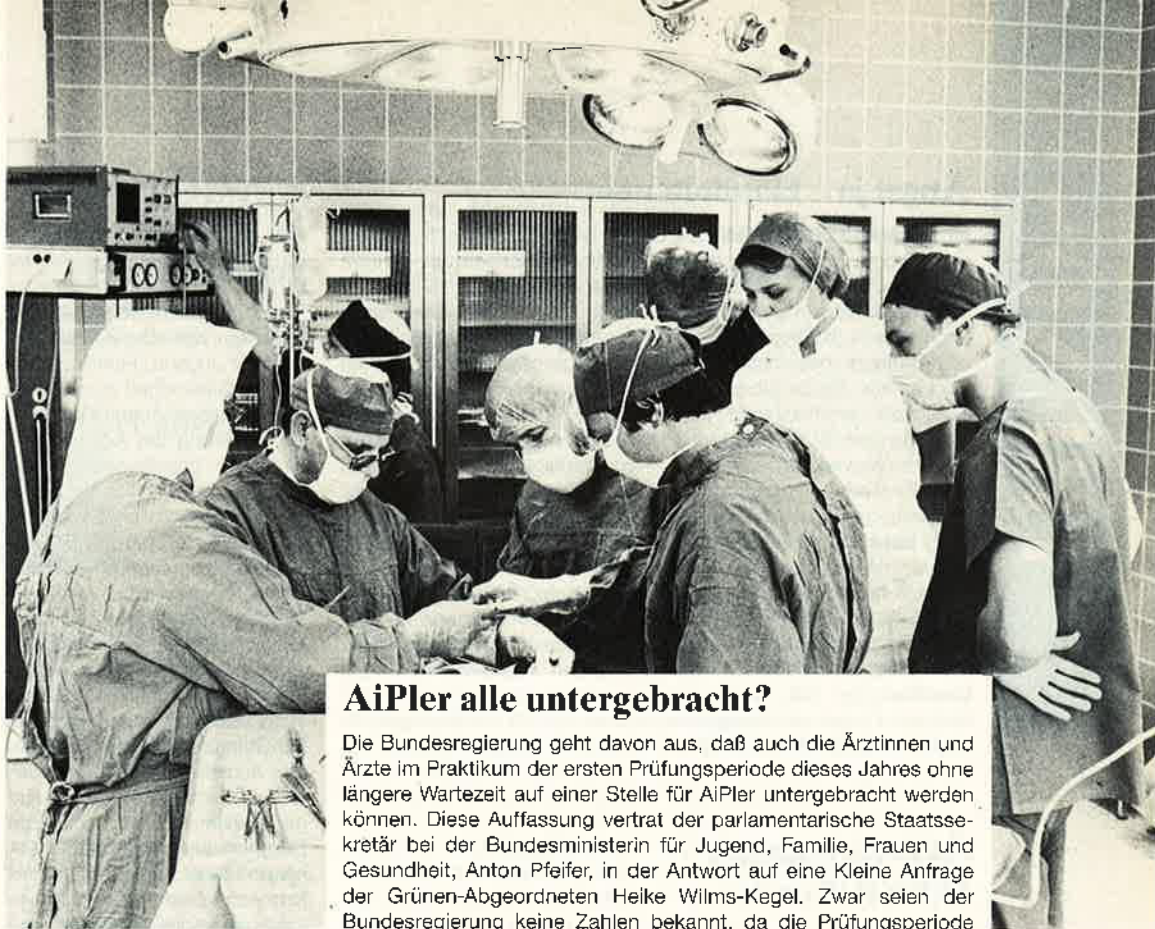


Foto: Döhm

AiPler alle untergebracht?

Die Bundesregierung geht davon aus, daß auch die Ärztinnen und Ärzte im Praktikum der ersten Prüfungsperiode dieses Jahres ohne längere Wartezeit auf einer Stelle für AiPler untergebracht werden können. Diese Auffassung vertritt der parlamentarische Staatssekretär bei der Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Anton Pfeifer, in der Antwort auf eine Kleine Anfrage der Grünen-Abgeordneten Heike Wilms-Kegel. Zwar seien der Bundesregierung keine Zahlen bekannt, da die Prüfungsperiode erst im Juni zu Ende gegangen sei, aber die bisherigen Erfahrungen bestätigten die Annahme, daß die Zahl der vorhandenen Ausbildungsplätze die der gemeldeten übersteige. Im übrigen sei bekannt geworden, daß eine Reihe von Krankenhäusern Schwierigkeiten hätten, ihre Plätze für AiPler zu besetzen. Diejenigen, die noch keine Stelle hätten, seien ausschließlich solche, „die einen ihren Wünschen gemäßen Platz noch nicht gefunden“ hätten. Auch auf die Frage, wie die Bundesregierung ihre Garantie für den Erhalt eines berufsqualifizierenden Abschlusses einzuhalten gedenke, wo doch mit der nächsten Prüfungsperiode weitere 5500 AiPlerinnen und AiPler auf den Markt drängten, äußerte sich Pfeifer knapp und lapidar. Es gebe keinen Anlaß zu der Befürchtung, daß die Medizinstudenten ihre Ausbildung nicht beenden könnten.

Viele haben sich gedacht, das mache ich mal, und dann kommt der Prinz mit dem weißen Pferd. Und jetzt überlegt sich eine junge Frau natürlich, ob sie bei den unattraktiven Gehältern eine dreijährige Ausbildung machen soll. Die Ausbildung ist sehr anspruchsvoll, durchaus der in der Krankenpflege gleichwertig. Und verdient wird bei den Arzthelferinnen im ersten Berufsjahr 1897 Mark brutto und, noch schlimmer, im siebten und achten Berufsjahr 2350 Mark. Im 26. Berufsjahr sind es 2800 Mark Brutto. Bei den Gehältern und den schlechten Arbeitsbedingungen, wie zum Beispiel geteilte Arbeitszeiten, ist es kein Wunder, wenn ungefähr ein Drittel aller Arzthelferinnen in den ersten zwei Jahren ihren Beruf quittieren, wie eine Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung aus dem Jahr 1988 angibt.

dg: Was haben Sie denn außer Gehaltserhöhungen erreichen können?

Klöß: Der neue Tarifvertrag sieht jetzt vor, daß Samstagsarbeit mit Zuschlägen zu bezahlen ist. Außerdem haben wir generell die Fünf-Tage-Woche eingeführt und eine Arbeitszeitverkürzung vereinbaren können, ab 1991 werden es 38,5 Stunden sein. Längerfristig wol-

len wir natürlich die 35-Stunden-Woche auch für Arzthelferinnen.

dg: Eine Ihrer Forderungen war doch auch die Festschreibung von Urlaubsgeld?

Klöß: Das haben wir leider nicht durchsetzen können. Das war ein Zugeständnis, durch das wir in der Überstundenregelung etwas bekommen konnten. Allerdings wird Urlaubsgeld häufig als freiwillige Leistung bezahlt. Insgesamt haben wir einen guten Kompromiß gefunden.

dg: Wie erklären Sie sich einen guten Kompromiß, wenn in Standespublikationen ständig über sinkende Einkommen der Ärzte geklagt wird?

Klöß: Ich denke, daß die Ärzte eingesehen haben, daß sie ohne ausreichende Bezahlung und gute Arbeitsbedingungen keine Helferinnen mehr bekommen. Außer in ländlichen Gegenden gibt es einen Mangel, und wenn keine Verbesserungen erreicht werden, gibt es in fünf Jahren keine Arzthelferinnen mehr. Es wird von ihnen in der Ausbildung viel verlangt, so daß andere Bereiche des Gesundheitswesens ausgebildete Arzthelferinnen deshalb abwerben. Mit besseren Arbeitsbedingungen und Gehältern. □

Verein demokratischer Pharmazeuten gegründet

Am 17. Juni hat sich in Hamburg der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten gegründet. Im Programm des VDPP werden eine Beteiligung an gesundheits- und arzneimittelpolitischen Diskussionen, die Mitgestaltung einer fortschrittlichen Gesundheits- und Arzneimittelversorgung und die kritische Bewertung von Zukunftstechnologien auf dem Arzneimittelsektor als Aufgaben formuliert. Das Programm enthält außerdem die Forderung nach radikaler Abrüstung und aktiver Friedenspolitik. Der VDPP will darüber hinaus die jüngste Geschichte des Berufsstands und der pharmazeutischen Industrie aufarbeiten und deren Rolle im Nationalsozialismus deutlich machen.

Der VDPP erklärte, daß ein überregionaler Zusammenschluß notwendig sei, um der zunehmenden Kommerzialisierung im gesamten Apothekenwesen entgegenzuwirken, die als Folge des Gesundheitsreformgesetzes und der Öffnung des Binnenmarktes 1993 weitere grundlegende Veränderungen mit sich bringen werde. Laut Satzung muß mindestens die Hälfte der Mitglieder in den Verbandsgremien mit Frauen besetzt sein. Die Geschäftsstelle des Vereins ist in Hamburg unter der Adresse von Susanne Meyer, Fleming-Apotheke, Grindelallee 153, 2000 Hamburg 13 zu erreichen.

Angst ja – Handeln nein

65 Prozent der Bürgerinnen und Bürger Berlins „sehen schwarz“ für die Zukunft ihrer Kinder, und nur 13 Prozent sehen der Zukunft uneingeschränkt zuversichtlich entgegen. Gleichzeitig fühlen sich jedoch 73 Prozent der Befragten davon nicht in ihrer Lebensplanung beeinflusst. Dies ist das Zwischenergebnis einer repräsentativen Umfrage des Instituts für Psychologie an der Technischen Hochschule Berlin, über die ausführlich in Nummer 62/63 der Zeitschrift „strahlentext“ berichtet wird. Die Umfrage fand im Rahmen einer Studie statt, die das Institut aus Anlaß der Reaktor-katastrophe von Tschernobyl im Frühsommer 1986 gestartet hatte. Nur ein Viertel der befragten Bürger, und zwar vorwiegend die jüngeren, gaben an, daß die Angst vor der Zukunft ihre Lebensplanung beeinflusse. Sie gaben ihren Kinderwunsch auf und wollten Berlin verlassen oder in ein „grüneres“ Stadtviertel ziehen. Mehr als 60 Prozent gaben außerdem starke oder sehr starke Bedrohungsgefühle durch Atomwaffen an. Trotzdem hielten es knapp 60 Prozent für ganz oder ziemlich unwahrscheinlich, den Ausbruch eines Atomkriegs zu erleben. 9 Prozent nahmen dagegen mit einiger Gewißheit an, daß sie ihr Leben in einem Atomkrieg verlieren könnten. Frauen und Jüngere betrachten, wie die Studie ergab, ihr Leben als gefährdeter als Männer und ältere Bürger.

Öko-Datenbank UdSSR/Bundesrepublik

Die Umweltorganisation Robin Wood installiert gemeinsam mit dem Öko-Institut Freiburg und nicht-staatlichen Organisationen auf sowjetischer Seite eine Datenbank, in der alle Informationen zu Fragen des Natur-, Tier- und Umweltschutzes, die in der UdSSR veröffentlicht

werden, gesammelt sind. Die Datenbank soll mit bereits bestehenden Einrichtungen der Art vernetzt werden, zum Beispiel mit dem Global Challenges Network und dem Öko-Institut Südtirol. Die Hardware wurde von einem bundesdeutschen Unternehmen kostenlos als Dauerleihgabe zur Verfügung gestellt. Die Datenbank soll allen Menschen und Organisationen in der SU und der Bundesrepublik offen stehen.

4. AMG-Novelle im Kabinett verabschiedet

Das Bundeskabinett hat Anfang Juli den vom Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit vorgelegten Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Arzneimittelgesetzes beschlossen. Nach Angaben des Ministeriums würde die Gesetzesänderung vor allem dafür sorgen, daß neue Arzneimittel schneller auf den Markt kommen und Altarzneimittel, vor allem Naturheilmittel, unter leichteren Bedingungen zugelassen werden können. So sollen zum Beispiel Zulassungsentscheidungen anderer EG-Staaten anerkannt werden. Für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen sehe die Novelle vor, daß bestimmte Gruppen als „Hausmittel“ gekennzeichnet auf den Markt kommen könnten. Diese Kennzeichnung solle klarstellen, daß die Hersteller der entsprechenden Mittel keinen besonderen Wirksamkeitsnachweis haben erbringen müssen.

Der Export bedenklicher Arzneimittel, besonders in Länder der Dritten Welt, werde in der AMG-Novelle ausdrücklich verboten, erklärte das Ministerium.

Er sei jedoch erlaubt, wenn das Einfuhrland gegenüber deutschen Behörden eine Erklärung vorlege, daß es gerade dieses Arzneimittel brauche.

Künstliche Befruchtung technisch verbessert

Eine deutlich höhere Schwangerschaftsquote als mit der In-Vitro-Fertilisation ist in den Vereinigten Staaten mit dem sogenannten „low tubal transfer“ erzielt worden. Dies berichtet der US-Korrespondent der Zeitschrift „selecta“ in der Ausgabe vom 14. Juli. Bei der In-vitro-Fertilisation erfolge die Befruchtung außerhalb des Körpers. Das Zellgemisch werde erst nach ein bis drei Tagen in den Uterus der Frau übertragen. Die Erfolgsquote für Schwangerschaften liege bei 15, für Geburten bei 10 Prozent. Beim „low tubal transfer“ würden die entnommenen Eizellen mit dem Sperma des Mannes versetzt und sofort wieder in einen Eileiter eingebracht. Die Erfolgsquote bei dieser Methode liege für Schwangerschaften bei 49, für lebende Geburten bei 33 Prozent.

Psychopharmaka für Kinder: Maulschellen

urp- Wie unbedenklich Medikamente, darunter Psychopharmaka, für Kinder verschrieben werden, ist nicht erst seit einer Untersuchung des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums bekannt, über die dg im Juni berichtete. Im „Deutschen Ärzteblatt“ hat man nichts Besseres zu tun, als auf diesen Skandal einen weiteren draufzusetzen. Es soll munter weiter verschrieben werden



Wenn das „Deutsche Ärzteblatt“ auf seiner Titelseite ankündigt, daß eine „interdisziplinäre Expertengruppe (...) tendenziösen Sensationsbehauptungen“ widerspricht, sollte man eine gewisse Qualität in der Argumentation erwarten können. Erste Zweifel kommen auf, wenn der Kommentator einerseits „Praxisferne“ bei denen ausmacht, die den Begriff „Psychopharmaka“ global verwenden, andererseits aber Neuroleptika eine Indikation bei kindlichen Fieberkrämpfen zuschreibt.

Zum Glück ist der Expertenbericht etwas genauer, soweit es um Zahlen geht. Als „zunächst beängstigende Tatsache“ wird genannt, daß auf 100 Säuglinge 20 Verschreibungen von Psychopharmaka pro Jahr erfolgen. Dann werden aber flugs alle Medikamente, die Barbitursäuren oder Benzodiazepine enthalten, immerhin 70 Prozent der Verschreibungen, der Indikation „Krampfanfall“ zugeordnet, obwohl dies längst nicht für alle Präparate mit diesen Inhaltsstoffen gilt. Ins pharmakologische Mittelalter zurückver-

Foto:

„Belastungspaß“ der IG Metall

Einen „Belastungspaß“ für berufliche Risiken hat der Arbeitskreis Arbeitssicherheit, Arbeits-

medizin und Arbeitsplatzgestaltung der IG Metall Heidelberg entwickelt. In diesem Paß sollen eine genaue Arbeitsplatzbeschreibung und die Exposition mit Schadstoffen aufgenommen und Überwachungsunter-

suchungen und ärztliche Behandlungen dokumentiert werden. Professor Wolfgang Huber, Mediziner aus Heidelberg, erklärte, mit diesem Paß sollte eine Grundlage für eine allgemeine Risikoabschätzung werden, da der Paß kontinuierliche Angaben über die Schadstoffkonzentrationen enthalte, denen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ausgesetzt sind. Nach Aussagen von Huber sind im Jahr 1987 nicht einmal zehn Prozent der gemeldeten Erkrankungen als Berufskrankheit anerkannt worden. Dies soll mit dem Paß anders werden, da die Beschäftigten mit seiner Hilfe leichter nachweisen können, daß eine Krankheit berufsbedingt ist. In einer Pilotphase ist der „Belastungspaß“ von 200 Arbeitnehmern in baden-württembergischen Betrieben getestet worden. Nach Abschluß dieser Pilotphase soll der Paß jetzt noch einmal von der Gewerkschaft überarbeitet werden.

Gifte in Arzneimitteln kontrollieren

Der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister, Hermann Heinemann (SPD), hat Ende Juli eine Höchstmengenverordnung für Pestizide, Herbizide und Schwermetalle in Arzneimitteln gefordert. Heinemann kritisierte, daß bislang nicht gesetzlich geregelt sei, wie viele Rückstände dieser Gifte als noch nicht gesundheitsschädlich eingestuft werden können. Bei der amtlichen Arzneimitteluntersuchung durch das Chemische Landesuntersuchungsamt in Münster sei beispielsweise festgestellt worden, daß sich in einem Kilo Kamillenblüten bis zu 9,9 mg des Insektizids Malathion befinden. In Ginsengwurzeln seien Konzentrationen der Anti-Pilz-Mittel Quintozen und Techazen von 37, beziehungsweise 11 mg nachgewiesen worden.

Vergleich mit Hanauske-Abel abgelehnt



Der Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, hat einen gerichtlichen Vergleich mit Hartmut Hanauske-Abel abgelehnt. Hanauske-Abel hatte einen Prozess wegen des Interviews mit Vilmar im „Deutschen Ärzteblatt“ angestrengt, weil ihm dort vorgeworfen wurde, daß er die deutschen Ärzte im Ausland diskreditieren wolle. Das Landgericht Köln hatte nach der mündlichen Verhandlung Ende Mai einen Vergleichsvorschlag gemacht (siehe dg 7-8/89), den Vilmar Anfang Juli wegen des „Vorverhaltens“ von Hanauske-Abel ablehnte. Seine Klage sei hauptsächlich darauf abgezielt gewesen, „seine auf Zitatfälschungen gestützten Behauptungen einer breiten Presseöffentlichkeit zu präsentieren“.

Anzeige:

KEIN AUTO, KEIN FAHRRAD UND KEIN URLAUB MEHR OHNE DIESEN STICKER!

medico international will die Kampagne »Shell betankt die Apartheid« wirkungsvoll fortsetzen: in allen deutschen Ländern und europaweit. Zusammen mit allen, die schon beteiligt sind, und den Jugendverbänden, Gewerkschaften, Vereinen & Gruppen, die wir hiermit zum großen Mitmachen auffordern. Die Sticker gibts für schlichte 1 DM pro Stück, bei Orders ab 50 Expl. für 0.50 DM pro Stück. (Ø 10 cm) (Bei medico zusätzlich kostenloses Material über die Apartheid in Südafrika)



Bestellungen:

medico international
Obermainlage 7
6000 Frankfurt 1
Tel. 069/4990041/2

aej
Porschestraße 3
7000 Stuttgart 40

BDKJ
Postfach 320520
4000 Düsseldorf 30

(Zur Weiterverbreitung dieses Aufrufes bitten wir um Spenden unter dem Stichwort »Shellentzogen auf das medico-Konto 1800 Frankf. Sparkasse oder Post giro 8999-508 Köln)

setzt fühlt man sich auch, wenn die antihistaminische Wirkung von Promethazin und Promazin dafür erhalten muß, die Verschreibung bei Säuglingen zu rechtfertigen. Beide Medikamente haben eine sedierende Wirkung. Ein Einsatz bei der angegebenen Indikation „asthmoider Bronchitis“ – wohl gemerkt: beim Säugling und verschrieben außerhalb einer Klinik – ist deshalb nicht angebracht. Schließlich wird noch der „sogenannte 'unruhige Säugling'“ angeführt, was immer das auch sei, der hervorgebracht werde durch gesellschaftliche Veränderungen wie zum Beispiel die „Auflösung des Sippenverbandes“.

Auch die Probleme der medikamentösen Behandlung der Enuresis, des Bettnässens, mit trizyklischen Antidepressiva werden von den Experten nicht so recht zur Kenntnis genommen: Imipramin, ein Präparat dieser Gruppe, wird uneingeschränkt als wirksam bezeichnet, obwohl in nur 30 Prozent der Anwendungen eine Symptombeseitigung festgestellt werden kann und die Rückfallquote in-

nerhalb von drei Monaten nach der gängigen Literatur als beträchtlich hoch einzustufen ist. Betrachtet man zusätzlich die hohe Rate an spontanen Rückgängen der Krankheitsercheinungen von 13,5 Prozent pro Jahr und die nicht geringe Palette von unerwünschten Wirkungen durch diese Medikamente, wäre eher ein kritisches Wort zum Verschreibungsverhalten angebracht gewesen.

Das zum Abschluß dieser „Expertise“ anekdotenhaft vorgebrachte Plädoyer zur Wiedereinführung von „Maulschellen“ in den Schulalltag unterstreicht noch einmal eindrucksvoll die Qualität der Ausführungen. Der Vorwurf weltanschaulicher Argumentationsweise an diejenigen, die eine Überverschreibung von Psychopharmaka im Kindesalter feststellen und kritisieren, fällt auf die „Experten“ zurück. Sie befanden es nicht einmal für nötig, einen renommierten Kinder- und Jugendpsychiater in ihre Reihen zu berufen. Lieber trug man das Sprecheramt Herrn Meiner (Thomae) als Vertreter der Pharmazeutischen Industrie an.

Kein Arztgeheimnis bei Sozialhilfempfängern?

Die Deutsche Vereinigung für Datenschutz, ein Verband fortschrittlicher EDV-Fachleute, hält die vielfach in Sozialhilfeanträgen enthaltenen Blankovollmachten zur Befreiung vom Arztgeheimnis und vom Bankgeheimnis für rechtlich unzulässig. Aus dem „Volkszählungsurteil“ des Bundesverfassungsgerichts gehe hervor, daß das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, das für alle

Bundesbürger gelte, nur dann wahrgenommen werden könne, wenn die Betroffenen abschätzen könnten, „wer was wann und bei welcher Gelegenheit über sie weiß“. Die Einwilligungs-erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht müßten deshalb Verwendungszweck, genauen Datenumfang, Empfänger und konkreten Anlaß der Datenübermittlung enthalten. Strafbar machten sich die Behörden, wenn sie gleich den gesamten Antrag an Banken und Ärzte weiterleiteten, erklärte die Datenschutzvereinigung.

4. - 8. 9.

Berlin

Bildungsurlaubsseminar für eine Krankenpflegeklasse:
„Computereinsatz im Krankenhaus – Chancen und Risiken“
Kontakt: Berliner Arbeitskreis für politische Bildung (bapob), Jagowstraße 12, 1000 Berlin 21, Tel. (030) 3 92 92 62.

4. - 6. 9.

Köln

Seminar: „Sexueller Mißbrauch – ein Tabu auch für Fachfrauen?“
Kontakt: Verein zur Weiterbildung für Frauen, Venloerstraße 405-407, 5000 Köln 30, Tel. (0221) 54 21 39.

4. - 8. 9.

Detmold

Bildungsurlaubsseminar: „Türkisch am Krankenbett“
Kontakt: Volkshochschule Detmold, Krumme Straße 20, 4930 Detmold, Tel. (052 31) 76 72 06.

7. - 8. 9.

Frankfurt

Internationale Pflegeforschungskonferenz der „Workgroup of European Nurse Researchers“ und des DBfK: „Pflegeforschung für professionelle Pflegepraxis“
Kontakt: Deutsches Reisebüro GmbH, DER-Congress, Frau Schönfeldt, Postfach 10 07 01, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 1 56 63 80.

9. - 10. 9.

Münster

7. bundesweites Treffen des Arbeitskreises „Krankenpflege gegen Krieg“
Kontakt: Sabine König, Alte Dorfstraße 7, 4400 Münster-Roxel

11. - 15. 9.

Berlin

Bildungsurlaubsseminar für eine Krankenpflegeklasse zum Thema „Gen- und Reproduktionstechnologien“
Kontakt: Berliner Arbeitskreis für politische Bildung (bapob), Jagowstraße 12, 1000 Berlin 21, Tel. (030) 3 92 92 62.

12. - 14. 9.

Kassel

11. Bundeskongreß der älteren Generation
Kontakt: Kuratorium Deutsche Altershilfe, An der Pauluskirche 3, 5000 Köln.

15. - 17. 9.

Köln

Seminar: „Sexueller Mißbrauch – Ursachen von Verhaltensstörungen bei Mädchen?“
Kontakt: Verein zur Weiterbildung für Frauen, Venloerstraße 405-407, 5000 Köln 30, Tel. (02 21) 54 21 39.

15. - 17. 9.

Solingen

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

16. - 24. 9.

St. Andreasberg

„Hilfen zur selbständigen Lebensführung“. Internationaler Informations- und Erfahrungsaustausch über Maßnahmen zur sozialen Integration Behinderter in Familie, Beruf und Gesellschaft
Kontakt: Internationaler Arbeitskreis Sonnenberg, Postfach 2940, 3300 Braunschweig.

17. 9.

Oldenburg

Beginn eines einjährigen Weiterbildungskurses „Grundlagen Psychologischer Gesundheitsförderung“
Kontakt: Fernstudienzentrum der Universität Oldenburg, Postfach 2503, 2900 Oldenburg, Tel. (04 41) 7 98 44 16.

18. - 22. 9.

Karlsruhe

Seminar: „Behinderte Menschen als Patienten und Bewohner – Pflegemethoden und Pflegehilfsmittel für die Pflege von Patienten mit besonderen Behinderungen“
Kontakt: Evangelisches Fachseminar, Diakonissenstraße 28, 7500 Karlsruhe 51, Tel. (07 21) 8 89 26 63.

21. - 22. 9.

Mannheim

3. Tagung zur beruflichen Rehabilitation und Integration. Thema: „Psychosoziale Betreuung im Arbeitsleben“
Kontakt: Elke Kübler, Lehrstuhl Psychologie I, Universität Mannheim, Postfach 10 34 62, 6800 Mannheim.

26. - 28. 9.

Münster

Fortbildungsveranstaltung: „Heimerziehung und Jugendpsychiatrie – Kooperationsansätze und Kooperationsmodelle“
Kontakt: Institut für soziale Arbeit, Stadtstr. 20, 4400 Münster.

27. - 29. 9.

Berlin

Tagung: „Sozialmanagement – Eine Notwendigkeit für die Arbeit in sozialen Organisationen? Was sollen und können Aus- und Weiterbildung leisten“
Kontakt: Sozialpädagogisches Institut Berlin (spi), Hallesches Ufer 32-38, 1000 Berlin, Tel. (030) 2 59 22 -19, -66, -89.

27. - 29. 9.

Darmstadt

Tagung zum Thema: „Rehabilitation im Alter – Herausforderung an die Praxis“
Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (0 61 51) 40 33 48.

28. - 29. 9.

Düsseldorf

„Wirklichkeitsschock?!“ Seminar für neu examinierte Schwestern und Pfleger.
Kontakt: Diakoniewerk Kaiserswerth, Alte Landstraße 121, 4000 Düsseldorf 31, tel. (02 11) 40 97 18.

29. 9.

Walberberg

Seminar: „Pharmaparadies Europa? Was bedeutet der Binnenmarkt für die „Dritte Welt“ und für uns?“
Kontakt: Bildungswerk Arbeitskreis Entwicklungspolitik, Carlos Petram, Horstweg 11, 4973 Vlotho, Tel. (0 57 33) 68 00.

29. 9.

Weinsberg

21. Weinsberger Kolloquium: „Rehabilitation in der Psychiatrie“
Kontakt: Psychiatrisches Landeskrankenhaus, Prof. Dr. Reimer, 7102 Weinsberg, Tel. (0 71 34) 7 52 01.

29. 9. - 1. 10.

Dortmund

17. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS): „Krisenintervention im Spannungsfeld zwischen institutionellem und individuellem Hilfsangebot“

Kontakt: Krisen- und Kontaktzentrum Dortmund-Hörde, Frau Kraemer-Kohl, Virchowstraße 10, 4600 Dortmund 30, Tel. (02 31) 4 10 83 13.

29. 9. - 1. 10.

Bad Boll

Tagung zum neuen Betreuungsgesetz
Kontakt: Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen, Thomas-Mann-Straße 49a, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 63 26 46.

30. 9. - 1. 10.

Frankfurt

Jahreshauptversammlung des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte.
Kontakt: VDÄÄ-Geschäftsstelle, Kurfürstenstraße 18, 6000 Frankfurt/M. 90, Tel. (069) 77 93 66.

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 Wohlfahrtsverbandes, Heinrich-Hoffmann-Straße 3, 6000 Frankfurt/M. 71, Tel. (069) 6 70 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: „Sterbegleitung und Sterbebeistand“
Kontakt: Fortbildungswerk des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, 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. Dr. Klaus Dörner, Hermann-Simon-Straße 7, 4830 Gütersloh, Tel. (052 41) 502 01 oder 5022 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) 838 52 15.

8. – 10. 10. Loccum

Tagung: „Organtransplantation – Organersatz. Ethische Herausforderungen eines neuen Feldes in der Medizin“

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

9. – 11. 10. Essen

Seminar: „Anwendungsmöglichkeiten der EDV in der beruflichen Praxis“

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

9. – 13. 10. Berlin

Bildungsurlobsseminar: „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. – 14. 10. Hannover

Internationale Tagung zum Thema „Psychische Schäden alternder Überlebender des Nazi-Terrors und ihrer Nachkommen“

Kontakt: Zentrum Psychologische Medizin der MHH, Frau I. Haldenwanger, Konstanty-Gutschow-Straße 8, 3000 Hannover 61.

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

25. – 27. 10. Düsseldorf

Seminar: „Arbeits erleichtern im Pflegealltag. Organisatorische, strukturelle und technische Hilfsmittel“

Kontakt: Diakoniewerk Kaiserswerth, Alte Landstraße 121, 4000 Düsseldorf 31, Tel. (02 11) 497 18.

26. – 27. 10. Hamburg

Seminar für Pflegekräfte: „Hauten 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.

28. – 29. 10. Murnau

Jahrestagung des Ökologischen Ärztebunds: „Gesundheitsgefahren durch Müllverbrennung. Abfallprobleme in Klinik und Praxis“

Kontakt: Ökologischer Ärztebund, Bundesgeschäftsstelle, Kurhaus, 8117 Bayersoien.

3. 11. Berlin

„Krankenpflege am Scheideweg?“ 1. Berliner Krankenpflege-symposium.

Kontakt: Landesverband Berlin des DBfK, Wichernstraße 10, 1000 Berlin 33, Tel. (030) 832 44 85.

3. – 5. 11. Pra Catina/Turin

Internationales Treffen der „Ecole Dispersé de Santé“. Thema: „Das Recht auf Verschiedenheit: Medizinische und soziale Institutionen als Mittel der Ausgrenzung und/oder Mittel der Ausgeglichenheit“

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

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) 4033 48.

6. – 10. 11. Hoffnungsthal bei Köln

Seminar: „Altwerden in der Migration“

Kontakt: Arbeiterwohlfahrt-Bundesverband, Oppelner Straße 130, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 668 50.

8. – 10. 11. Erlangen

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

Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Königgrätzstraße 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.

10. – 12. 11. Solingen

„Dritte-Welt“-Seminar der Coordination gegen Bayer-Gefahren

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

17. – 19. 11. Bonn

Tagung zum Thema: „Europa ohne Grenzen – grenzenlose Kontrolle“. Schwerpunkte u.a. Verbraucherschutz, Sozial- und Gesundheitspolitik.

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

Kinderklinik sucht ab sofort oder später ZDL-Arzt.

Ca. 130 Betten, Stellenschl. 1/5/19,5. Überstunden/Dienste werden in Freizeit abgegolten.

Zuschriften an: Prof. Dr. Kröbe, Städt. Kinderklinik, Kirchenweg, 8500 Nürnberg.

Wege aus der Misere Überlegungen zu einem neuen Selbstverständnis in der Krankenpflege

1. Berliner Krankenpflegetage der Gewerkschaft ÖTV und der Freien Universität vom 4. – 6. 10. 1989

Vorträge, Diskussion und Arbeitsgruppen:

- Historische Entwicklung des Selbstverständnisses in der Krankenpflege
- Die ganzheitliche Pflege als Grundlage zu einem neuen Selbstverständnis
- Veränderte Qualifizierung und neues Selbstverständnis
- Ambulante Pflege – Strukturen, Perspektiven, Selbstverständnis
- Klagen, aber ertragen – die Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege

Anmeldung: ÖTV Berlin, Abt. Schulung und Bildung,
Joachimstaler Str. 20, 1000 Berlin 15,
Tel.-Nr. (030) 88 43 04 87 zwischen 10 und 12 Uhr

Bildungsvereinigung Arbeit und Leben, Göttingen:

- Leitung und Unterricht an Krankenpflege-, Kinderkrankenpflege- und Altenpflegeschulen.
Beginn: April 1990; Dauer: ca. 22 Monate – 2200 Unterrichtsstunden

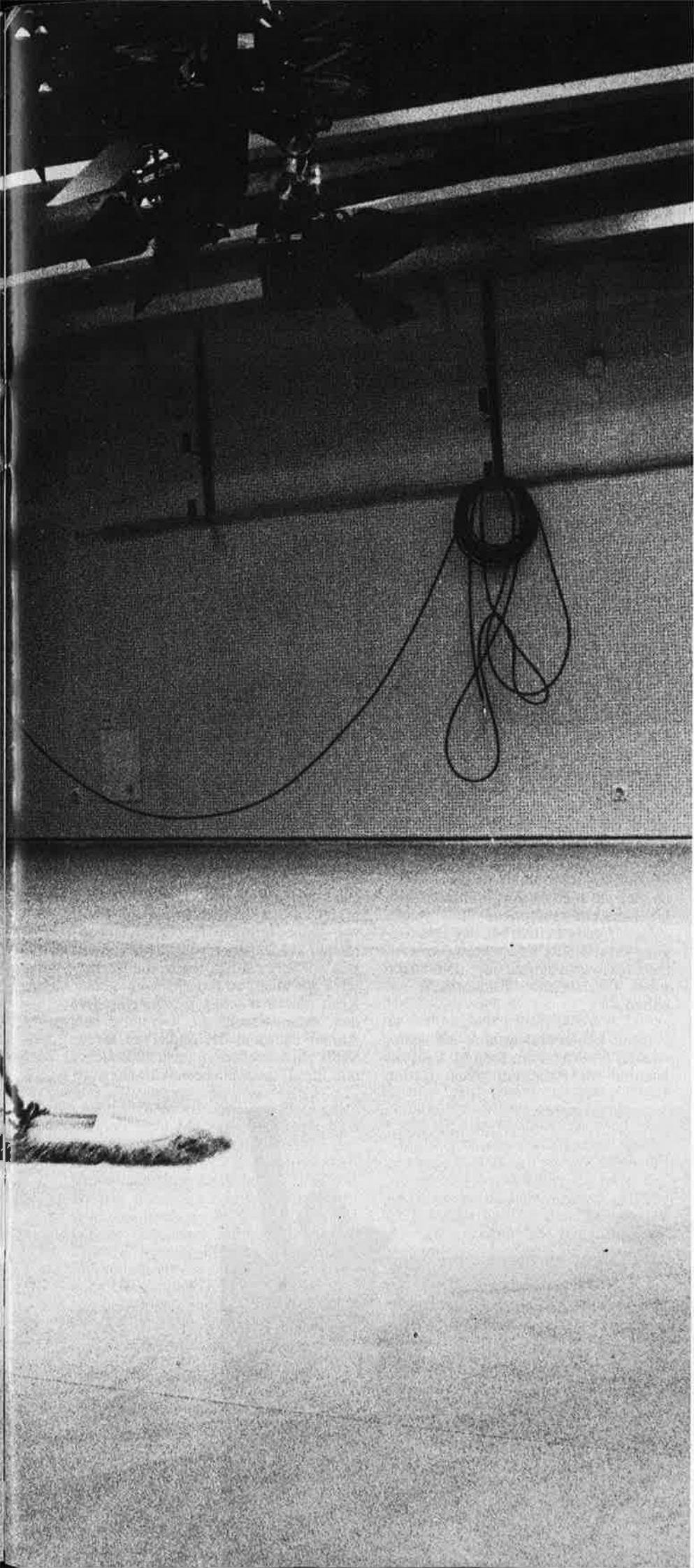
- Leitung des Pflegedienstes einer Station/Abteilung
Termin: 15. 1. – 6. 4. 1990; 12 Wochen – 420 Unterrichtsstunden

Anmeldung und Auskünfte bei: Arbeit und Leben – Berufliche Bildung/Gesundheitswesen, Judenstr. 1, 3400 Göttingen;
Tel.: (05 51) 435 55.



ZWEI JAHRE TÜRKEI

AUS DEM ALLTAG EINER BERATUNGSSTELLE FÜR TÜRKEN IN EINER
DEUTSCHEN INDUSTRIESTADT



Arbeiter wurden geholt, Menschen kamen. Auch wenn das abgedroschen klingt, präziser ist das Problem der Türken in der Bundesrepublik bis heute nicht auf den Punkt zu bringen. Wie halbherzig die Gleichstellung der ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürger betrieben wurde und wird, zeigt ein Blick hinter die Kulissen. Tatort: Gesundheitssystem. Bereich: Psychosoziale Versorgung. Ein Bericht von Helmut Copak



Kann man mit Türken überhaupt Psychotherapie machen?“ „Wie willst Du Dich verständigen, wenn Du ihre Sprache nicht perfekt beherrscht?“ „Hast Du nicht Angst, unwissentlich gegen Tabus zu verstoßen?“ Fragen von Freunden, denen ich erzählt hatte, daß ich nach längerer Arbeitslosigkeit als Diplom-Psychologe eine Stelle als Leiter einer Beratungsstelle für Türken und Deutschen vom Arbeitsamt bekam. Zusammen mit einer türkischen Übersetzerin sollte ich in einer Kleinstadt am Rande des Ruhrgebiets der türkischen Wohnbevölkerung von über 10 000 Menschen psychosoziale Beratung anbieten.

Einstellen mußte ich mich schnell darauf, daß dieses Angebot nur sehr zögernd wahrgenommen wurde. Die meisten der Klienten kamen quasi per „Zwangüberweisung“ durch Lehrer, Erzieherinnen, Rechtsanwälte und Ärzte, geschickt vom türkischen Sozialdienst, dem Jugendamt oder dem Gericht. Deutsche Stellen, die sich überfordert hielten, im einfachsten Fall durch das Sprachproblem, in schwerwiegenderen Fällen durch die als rätselhaft empfundene fremde Kultur oder schlicht aus Angst.

Frau B.M. wurde von ihrem behandelnden Nervenarzt geschickt. Eine nörgelnde Person sei sie, die wegen epileptischer Anfälle in seine Praxis gekommen sei. Sie bekäme Tabletten und sei soweit eingestellt, daß sie mit den Anfällen leben könne. Weiterhelfen könne er nicht.

Zum Termin in der Beratungsstelle erscheint Frau M. überpünktlich und nutzt die Stunde des ersten Gesprächs, um nahezu ohne Unterbrechung von ihrem Leben zu berichten. Dabei breitet sie nacheinander verschiedene Papiere und Dokumente auf dem Tisch aus, zur Bestätigung ihres Berichts. Vergeblich versucht die Übersetzerin, den Redefluß zu unterbrechen, um mir zumindest Bruchstücke zu übersetzen. Sie signalisiert, daß unter großem Mitteilungsdruck die Lebensgeschichte von Frau M. aufgerollt wird, die keine Unterbrechung duldet.

Meine Tätigkeit in dieser Stunde besteht aus geduldigem Zuhören, wobei ich sie verstohlen beobachte: ihre sorgfältige Frisur, das gutmütige Gesicht einer Frau, die sich mit 39 Jahren damit abgefunden zu haben scheint, „alt“ zu sein, farblose dunkle Kleidung, die sie so unvergleichlich trist erscheinen läßt, als ob sie am liebsten unsichtbar wäre. Am Ende der Sitzung erkundige ich mich pflichtschuldig nach ihren Anfällen und biete ihr einen zweiten Termin an, den sie auch dankbar annimmt. Die Übersetzerin verspricht ihr, wegen einiger Unklarheiten bei der Beantragung ihrer Rente und wegen ihrer Arbeitslosenversicherung mit dem türkischen Sozialdienst Rücksprache zu halten.

Ihren Lebenslauf erfahre ich später von der Übersetzerin: Frau M. kam aus Istanbul als Arbeiterin nach Berlin,

heiratete dort 1978 und ließ sich nach dreijähriger kinderloser Ehe scheiden. Von ihrem Mann war sie geschlagen und bevormundet worden, alles Geld mußte sie bei ihm abgeben, und schließlich wurde sie von ihm betrogen und mit Gewalt zu ihrer Schwester zurückgebracht. Mit Hilfe der Schwester und eines befreundeten Anwalts in der Türkei sei sie zum Glück sehr schnell geschieden worden, hatte Frau M. berichtet.

Nach mehreren Zwischenstationen lebt sie jetzt hier mit ihrem langjährigen Freund, hilft in seinem Geschäft und betreut seine beiden Kinder. Seine Frau lebt getrennt von ihm in der Türkei, scheiden lassen will sich Ahmet trotz ihres Drängens nicht. Viel besser geht es ihr, die sich auch in dieser Beziehung hingebungsvoll aufopfert, jetzt nicht. Abend für Abend verbringe Ahmet im Kaffeehaus und kümmerge sich nicht um sie. Drei Wochen vor ihrem Besuch bei uns war ihre Mutter in der Türkei gestorben. Ihr Vater will, daß sie sich nun um ihn sorgt. Eine Aufgabe, mit der sich Frau M. abgefunden hat. Sie betreibt ängstlich die Trennung von Ahmet und die Rückreise in die Türkei, scheint einen Strich ziehen zu wollen unter einen Auslandsaufenthalt, der ihr nur Unglück gebracht hat.

In der zweiten Sitzung gelingt es mir einige Fragen einzubringen, zu ihrem Anfallsleiden, wie sie, selbst hilfsbedürftig, ihrem Vater helfen wolle. Fragen, denen Frau M. zielstrebig ausweicht. Sie wolle sich in Freundschaft von Ahmet trennen, es solle ein harmonischer Abschied werden, wünscht sie sich vor ihrer Rückkehr in die Türkei. Ich frage mich, ob Frau M. wohl genug Kraft hat, sich selbst frei zu entscheiden, denn sowohl die Trennung von Ahmet als auch der Wille, zu ihrem Vater zurückzukehren, scheinen nichts mit ihren tatsächlichen Wünschen zu

**Der allmächtige Patriarch
und die unterdrückte
Frau? Das Bild ist schief,
und trotzdem paßt es**



Foto (2): Iait/Ulutuncok

tun zu haben. Das Angebot eines weiteren Gesprächstermins nimmt sie erfreut an.

Vor dem dritten Gespräch scheint die Übersetzerin bereits genervt. Sie fürchtet sich vor dem ungebremssten Mitteilungsdrang, zeigt nach anfänglichem Mitgefühl erste Zeichen von Überdruß. Ratlos bin ich auch, hoffe aber immer noch darauf, daß Frau M. konkrete Hilfe erwartet. Ich denke an Selbstsicherheitstraining oder Entspannungsübungen, vielleicht auch Vermittlerdienste zu Ahmet.

Aufgeregt erzählt Frau M., sie habe mit Ahmet reden wollen, er sei aber immer von zuhause weggegangen, manchmal erst morgens wiedergekommen. Schließlich habe sie ihn gezwungen, zu Hause zu bleiben. Zu einer Aussprache sei es nicht gekommen, er habe sich von seinem Sohn Bier bringen lassen und sich betrunken. Sie sei jetzt fest entschlossen, in die Türkei zurückzukehren, auch ohne Aussprache mit ihrem Freund. Wissen wollte Frau M. schließlich noch, ob sie wegen ihrer Rentenangelegenheit noch einmal zurückkommen müsse. Seit diesem Gespräch haben wir nichts mehr von ihr gehört.

Meine psychologische Tätigkeit beschränkte sich bei Frau M. nur auf das Zuhören und auf ein paar Orientierungsfragen. Nur? Frau M. schien die Situation in der Beratungsstelle zu genießen, denn offensichtlich hatte sie an ihrem Wohnort niemanden, mit dem sie sich austauschen konnte. Der Sozialdienst, der überwiegend bei Behördenproblemen berät, hätte nur einen Teil ihrer Schwierigkeiten lösen können, denn für längere Gespräche fehlt dort die Zeit. Abgesehen von der Angst der Sozialberater, mit Problemen befaßt zu werden, deren Bewältigung für sie kaum leistbar ist.

Hilfreich ist eine solche „Beratung“ wie bei Frau M. auch ohne den Versuch einer psychotherapeutischen Intervention. Durch vorsichtige Gesprächsangebote kann im Idealfall das Defizit notdürftig ausgeglichen werden, das durch die besondere Isolation einiger türkischer Ratsuchender wie Frau M. verursacht ist, während eine therapeutische Intervention unter solchen Umständen vielleicht die Klienten nur befremden würde. So einfach ging es aber nicht immer.

Die 16jährige Jasimin liegt mit Kreislaufkollaps in der städtischen Klinik. Da die behandelnde Ärztin weder mit der Patientin noch mit ihren Angehörigen, die nur schlecht Deutsch sprechen, Kontakt bekommt, bittet sie die Beratungsstelle um Hilfe. Nach

mehreren Gesprächen erfahren wir, daß Jasimin nach islamischem Brauch von ihren Eltern verheiratet worden war. Nach der aufwendigen Hochzeitsfeier sollte traditionsgemäß die Ehe in der Wohnung der Schwiegereltern vollzogen werden. Die 16jährige weigerte sich, es kam zu heftigen Auseinandersetzungen, in deren Verlauf das Mädchen zusammenbrach und erst wieder auf der Intensivstation der Klinik aufwachte.

Zwar waren die Eltern ernsthaft um das Leben ihrer Tochter besorgt, konnten sich aber gleichzeitig mit dem Mißgeschick der gescheiterten Hochzeit nicht abfinden. Es habe vorher keine Konflikte gegeben und man habe keinen Druck ausgeübt, der Widerstand von Jasimin sei völlig überraschend gewesen, berichteten die Eltern und fragten uns, ob es keine Medizin gegen diese „Krankheit“ der Tochter gebe.

Nachdem zunächst keine andere Unterbringungsmöglichkeit gefunden werden konnte, und Jasimin auch weiter in ihrer Familie leben wollte, baten wir die Eltern, sie wieder aufzunehmen, und rieten ihnen dringend, auf keinen Fall mit Zwang auf der Ehe bestehen zu wollen. Nach weniger als einer Woche rief Jasimin aus einer Telefonzelle bei der Beratungsstelle an. Sie sei gegen ihren Willen zu ihren Schwiegereltern gebracht worden, dort habe man sie zum Geschlechtsverkehr zwingen wollen. Sie sei in einem unbewachten Moment geflohen und bitte um Schutz und Hilfe. Erst in den nun folgenden Gesprächen erfahren wir von ihr, daß die Hochzeit von Anfang an gegen ihren Willen zwischen den beiden Familien vereinbart worden war. Mit Hilfe des Jugendamts gelang es schließlich, für Jasimin einen Platz in einem Übergangswohnheim außerhalb der Stadt zu finden. Und nach mehreren Gesprächsterminen konnten die Familien zur Lösung des Heiratsvertrags bewegt werden.

Immer wieder scheiterten solche Versuche, bei denen es vor allem um entlaufene Mädchen ging, die unter der überstrengen Erziehung ihrer Eltern litten. Ohne gerichtliche Maßnahmen wie die Entziehung des Aufenthaltsbestimmungsrechts der Eltern kann die Beratungsstelle nur wenig für ihren Schutz tun. Trotz der Einschaltung des Jugendamts endeten die meisten Ausbruchsversuche, wie man es aufgrund der rechtlichen Lage nicht anders erwarten konnte: Die Mädchen wurden bis auf wenige Ausnahmen wieder in ihre Familie zurückgeführt. Manche wurden in den nächsten Schulferien mit „sanfter“ Gewalt in der Türkei verheiratet.

Daß diese beiden Fälle Frauen betreffen, paßt ins Bild, das viele von

Die Vorstellung, daß eine psychosoziale Beratungsstelle etwas mit Verrückten zu tun hat, hält viele Türcinnen und Türken von einem Besuch ab. Welchen Sinn hätte eine solche Stelle, wenn sie sich dort dann noch nicht einmal verstanden fühlen können?



türkischen Beziehungen und Familienstrukturen haben. Der allmächtige Patriarch und die unterdrückte, rechtlose Frau, so ist das halt bei den Türken. Das Bild ist schief, und dennoch ist die Auswahl der beschriebenen Fälle nicht zufällig.

Unabhängig von den islamischen Traditionen in vielen türkischen Familien gibt es für Frauen in besonderen Krisensituationen weniger Möglichkeiten, eine eigene Lebensperspektive zu entwickeln als für die Männer, vor allem bei nicht mehr funktionierenden Familienstrukturen. Ist das bei einheimischen Frauen so viel anders? Zusätzlich erschwert die deutsche Ausländergesetzgebung den Türcinnen den Weg in die persönliche Unabhängigkeit. Viele Frauen, die ihrem Mann in die Bundesrepublik gefolgt sind, haben noch keine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung, die sowieso erst nach längerem Aufenthalt gewährt wird, ihr Aufenthaltsrecht ergibt sich aus dem Status der Ehefrau. Die ohnehin nicht einfache Trennung vom Mann, die mit sozialen Ächtung durch die eng zusammengeschlossenen Familienverbände verbunden ist, kann von Türcinnen, die noch nicht lange in der Bundesrepublik leben, kaum vollzogen werden, wenn noch die Angst vor der Ausweisung hinzukommt.

Die türkischen Männer generell als Verursacher sämtlicher psychischer Störungen und Konflikte auszumachen, erkennt aber die wirklichen Verhältnisse. Das heißt nicht, daß man tatenlos zusieht, wenn Frauen Schutz in

**Es ist eine Überforderung
für die wenigen
Beratungsstellen, wenn
sie als „letzte Instanz“
und Alibi für eine
chronische Unter-
versorgung herhalten
müssen**

der Beratungsstelle suchen, die von ihren Männern mißhandelt oder verlassen wurden. Doch über solche Konfliktinterventionen hinaus wäre es naiv und falsch, die eigenen deutschen kulturellen Maßstäbe zum Leitfaden der Arbeit einer Beratungsstelle für Ausländer zu machen. Ohne zumindest den Versuch zu machen, die andere Kultur und Vorstellungswelt zu begreifen und zu akzeptieren, ließe gar nichts. Schon das ohnehin vorhandene Bild, daß eine psychosoziale Beratungsstelle wohl was mit Verrückten zu tun hat, hält viele Türkinnen und Türken davon ab, von sich aus die Beratungsstelle aufzusuchen. Und welchen Sinn hätte eine solche Stelle, wenn sie sich dann dort nicht einmal verstanden fühlen können.

Auch wenn wir wesentlich seltener Männer als Klienten in der Beratungsstelle hatten, läßt sich daraus nicht rückschließen, daß sie keine Hilfe bräuchten. Bei ihnen sind es hauptsächlich die Belastungen am Arbeitsplatz, die Diskriminierung durch deutsche Kollegen und Nachbarn, die sich in chronischen psychosomatischen Störungen oder psychischen Krankheiten niederschlagen. Und die häufig nicht ernstgenommen werden. „Simulant“, stand im Krankenbericht von Herrn Celik, der nach einem längeren Krankenhausaufenthalt wegen Magen- und Darmstörungen von der Klinik zur Beratungsstelle geschickt wurde, wohl aus Vorsicht hatte man doch noch ein Fragezeichen dahinter gesetzt.

Seit einigen Jahren arbeitet Herr Celik unter Tage in einer Kolonne, die schwere Eisenteile im Stollen montiert. Er schilderte uns, daß er in einer festen Akkordgruppe eingebunden sei, die Mehrzahl der Mitarbeiter bestünde aus Deutschen. Er sei nie besonders stark gewesen und werde nun angegriffen, weil er ihnen den Akkord kaputt mache. Wehren könne er sich nicht, da er nur schlecht deutsch spreche. Den Arbeitsplatz wechseln will und kann er nicht: Einen gleich bezahlten Job bekäme er nirgendwo, erklärt Herr Celik, der keine Ausbildung abgeschlossen hat, „ich muß doch viel Geld verdie-

nen, sonst kann ich mit Familie nicht in Türkei zurück“.

Daß seine Krankheit etwas mit dem Druck und der Belastung durch Arbeit und Kollegen zu tun haben könnte, konnten wir ihm wohl nicht vermitteln. Er bricht das Gespräch über sein Arbeitsverhältnis ab und fragt ungeduldig, warum man sich nicht für seine Krankheit interessiere, deshalb sei er doch gekommen. Bevor er uns verließ, mit dem Versprechen, später vielleicht wiederkommen, erzählte er uns noch, daß er in die Türkei fahren und dort sein Glück bei einem Wunderheiler versuchen wolle, in der Türkei sei er übrigens immer schnell beschwerdefrei. Helfen haben auch wir ihm nicht können.

Es ist nicht nur die unzureichende Ausstattung der Beratungsstelle, die fehlende Erfahrung der Mitarbeiter im Umgang mit den psychosozialen Problemen der Klienten, die dazu führt, daß in viel zu vielen Fällen den Ratsuchenden nicht geholfen werden kann. Es ist einfach eine Überforderung einer solchen Stelle, wenn sie als „letzte Instanz“ und Alibi für eine chronische Unterversorgung herhalten muß.

Es gibt in der Stadt und im weiteren Umkreis außer einigen wenigen türkischen Sozialdiensten, die sich hauptsächlich mit arbeitsrechtlichen Fragen beschäftigen müssen, keine Anlaufstellen für türkische Mitbürger in psychischer Not. Ob es um Schwangerschaftskonfliktberatung geht, um Schulprobleme der Kinder, um Ehekonflikte oder um psychosomatische Krankheiten, die hilfesuchenden Ausländer treffen in der Regel auf ratlose deutsche Institutionen.

Man führe sich einmal das Bild einer modernen psychosomatischen Klinik mit ihrer deutschen Mittelstandsklientel vor Augen – und mitten drin ein türkischer Arbeiter, der sich zudem nur mühsam ausdrücken kann. Und was nun, um es auf die Spitze zu treiben, wenn er sich überhaupt nicht ausdrücken kann? Unsere Suche nach einer stationären Behandlungsmöglichkeit für Klienten mit schweren psychosomatischen Störungen, wo türkisch gesprochen wurde, blieb jedenfalls erfolglos. Selbst in den großen Landeskrankenhäusern gab es keine Abteilung, in der ein türkischer Dolmetscher angestellt war. Während meiner Tätigkeit lernte ich lediglich einen türkischen Psychiater in einer Klinik kennen.

An eine Besserung selbst im Kleinen ist nicht zu denken. Nach zweijähriger Tätigkeit war meine Arbeit bei der Beratungsstelle beendet. Ein drittes Jahr hätte die Einrichtung einer festen Stelle bedeutet, finanziert wurde die psychosoziale Betreuung von 10000 türkischen Mitbürgern durch eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme des Arbeitsamts. □

Anzeige:



Zytglogge

**Mal weg vom Alltag
und voll rein ins Leben!**



Hugo Rindlisbacher
Spurensicherung
Familienroman

Zytglogge

**Liebe, Sex und Tod – eine
Chronik von unten.
Monumental und emotions-
geladen, nicht mit derben
Worten sparend, scheinbar
atemlos niedergeschrieben.**

Alex Gfeller
**Doppelgänger &
Swingbruder**
Zwei Geschichten



Zytglogge

**„Ich bin dabei,
den zweiten Eiswürfel aus dem
leeren Whiskyglas zu angeln,
da trifft mich der Schlag:
Ich sehe mich draußen
vorbeigehen.“**

Verlagsprogramm '89 beim
Zytglogge Verlag, Cäsariusstr.18,
5300 Bonn 2, Tel. 0228/362550

Berufe der Krankenpflege

Bericht der ASG-Kommission „Fachberufe im Gesundheitswesen“

Dauerhafte Sicherung eines hohen Standards der Krankenpflege

Soll die Krankenpflege in der Bundesrepublik aus ihrer jetzigen kritischen Situation nachhaltig herausgeführt und ein dem Niveau des deutschen Gesundheitswesens entsprechender Standard erreicht werden und erhalten bleiben, so müssen, über die der Zahl nach zureichende Besetzung der Krankenhäuser und der anderen pflegerisch zu versorgenden Einrichtungen hinaus, eine Reihe von Erfordernissen erfüllt und für die Zukunft gesichert werden, nämlich

- Klarstellung der *Eigenständigkeit* der Krankenpflege und ihre Abgrenzung gegen die Tätigkeit der Ärzte und anderen Heilberufen;
- allgemeine und verbindliche *Ordnung* der Pflegeaufgaben im Sinne des *Pflegeprozesses*;
- generelle *Dokumentation* des Pflegeverlaufs und des Pflegeergebnisses in jedem Einzelfall;
- Überwachung und Sicherung der *Qualität* von Verlauf und Ergebnis gleichfalls in jedem Einzelfall;

außerdem muß

- der fortgeschrittenen *Spezialisierung* in weiten Teilen der medizinischen Versorgung Rechnung getragen, für viele speziellere Aufgaben müssen gesonderte Zweige der Krankenpflege inhaltlich und formal herausgebildet werden – ohne daß der einheitliche und ganzheitliche Charakter der Pflege preisgegeben wird. Allen diesen Erfordernissen muß künftig auch die *Ausbildung* und die *Weiterbildung* in der Krankenpflege genügen. Damit eng verbunden ist die Forderung einer Neugestaltung des *Tarifgefüges* für alle Berufe der Krankenpflege. (. .)

3.1 Die Eigenständigkeit der Krankenpflege

Pflege ist die ganzheitliche Versorgung von Menschen, die infolge von Krankheit, Verletzung, Behinderung oder Schwäche oder aber nach ihrem Entwicklungsstande sich nicht selbst versorgen können. Sie umfaßt besonders die Hilfe zu oder die Unterstützung bei den elementaren Funktionen und Verrichtungen des Organismus und die Hilfe zum individuell besterreichbaren seelischen und psychosozialen Wohlbefinden.

Pflege ist ein Bereich selbständig und eigenverantwortlich zu erfüllender Aufgaben innerhalb der medizinischen Versorgung. Sie ist also nicht etwa der ärztlichen Tätigkeit nachgeordnet oder deren Hilfsfunktion, noch ist sie der Planung und Aufsicht der Ärzte unterstellt. Die Unterscheidung von „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“ widerspricht der Einheitlichkeit der Pflegeaufgaben und auch ihrer Eigenständigkeit. Sie sollte vermieden werden. Dem widerspricht nicht, daß Pflege die Verabreichung ärztlich verordneter Medikamente u. dgl. und die Ausführung sonstiger ärztlich verordneter Maßnahmen im Rahmen der Pflegeplanung einschließt. Dazu gehören jedoch nicht die ihrer Natur nach ärztlichen Verrichtungen, insbesondere intravenöse Injektionen, Infusionen und Transfusionen mitsamt ihrer Vorbereitung und Überwachung.

Krankenpflege ist kein „Heilhilfsberuf“. Ihr Auftrag höchst individueller Versorgung der Kranken hebt sie von den anderen Dienstleistungsgruppen des Krankenhauses – etwa den medizintechnischen Berufen, den Wirtschafts- und Verwaltungsberufen, den Reinigungsdiensten usw. – wesentlich ab. Sie ist ein eigenständiges Berufsfeld *neben* der ärztlichen Diagnostik und Behandlung. Dem steht nicht entgegen, daß in manchen schweren – zu-

Die Ergebnisse der Tarifverhandlungen in der Krankenpflege und eine noch ausstehende Verbesserung des Stellenschlüssels werden an der Misere der Krankenpflege nichts ändern. Neben Überbrückungsmaßnahmen fordert die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) tiefgreifende strukturelle Änderungen. Aufgewertet werden soll die Krankenpflege als eigenständiger Beruf im Gesundheitswesen nach Vorstellung der ASG vor allem durch eine Ausbildungsreform. Wir dokumentieren aus dem im August vorgestellten Kommissionsbericht die entsprechenden Passagen.



mal akuten oder auch postoperativen – Krankheitszuständen ärztliches Urteil und ärztliche Entscheidung Vorrang haben müssen.

- Hingegen ist die bloße Hilfeleistung bei ärztlichen Verrichtungen und auch die ersatzweise Erfüllung (Delegation) von derlei Verrichtungen nicht Aufgabe voll ausgebildeter Pflegekräfte.
- Desgleichen können diagnostisch-technische Verrichtungen – auch auf Station – nicht Aufgabe ausgebildeter Krankenschwestern und -pfleger, diese also nicht Hilfskräfte der diagnostisch-technischen Dienste sein.

Eigenständigkeit der Pflege *neben* dem Ärztlichen Dienst muß sich in einer Änderung der Gewichte beider Berufsgruppen zueinander im Krankenhaus ausprägen. Für die überkommene Hierarchie und den Anspruch der Ärzte auf Bestimmungsgewalt läßt sie keinen Raum. Ein Anspruch der Pflegekräfte auf „Mitbestimmung“ genügt dem nicht: Ärztliches Bestimmungsrecht muß auf die Führung in der *Behandlung* beschränkt werden, das der Pflegekräfte sich auf die gesamte *Pflege* im Sinne obiger Definition erstrecken. Meinungsverschiedenheiten zwischen den Verantwortlichen beider Seiten müssen kooperativ überwunden werden, nicht durch Übergewicht der ärztlichen Meinung – es sei denn, daß unmittelbare Gefahr anderes gebietet.

Der Änderung der Funktionen und der Zuständigkeiten wird auch die *Rechtsprechung* sich anpassen müssen: Die Auffassung des Bundesgerichtshofes, die Ärzte seien für das gesamte medizinische Geschehen im Krankenhaus allumfassend verantwortlich, entbehrt der gesetzlichen Grundlage. Sie hat reines Richterrecht gesetzt, dem das Weiterleben eines Bildes der Medizin unter dem Vorherrschen der akuten Krankheiten noch in der

ersten Hälfte unseres Jahrhunderts zugrunde liegt.

An die Stelle des bloßen Schutzes der *Berufsbezeichnung* muß der Erlaubnisvorbehalt der *Berufstätigkeit* treten und gesetzlich verankert („sanktioniert“) werden, an die Stelle der bloßen „Erlaubnis“ zur Führung der Berufsbezeichnung (§§ 1 f. Krankenpflegegesetz von 1985) muß die staatliche *Zulassung* zur Krankenpflege als eines Heilberufes im Sinne des Artikels 74 Nr. 19 des Grundgesetzes treten.

Aus der Eigenständigkeit der Pflege, in klarer Abgrenzung von ärztlicher Diagnostik und Behandlung, folgt schließlich auch, daß die Beurteilung und Bewertung der *Pflegebedürftigkeit* und ihre Bewertung im Einzelfall als Voraussetzung der Kostenübernahme von Leistungen nach § 37 SGB V (und entsprechender Leistungen zu Lasten der Sozialhilfe u. ä.) eine krankpflegerische Aufgabe ist und Ärzten nicht zukommen kann. Demgemäß sollten der Medizinische Dienst der Krankenkassen und alle anderen für Sozialleistungen verantwortlichen Institutionen die damit zusammenhängenden Aufgaben erfahrenen Pflegekräften, vor allem als Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Medizinischen Dienstes, übertragen. Auch hier wird die Rechtsprechung (Sozial- und Verwaltungsgerichtsbarkeit) sich anpassen müssen.

3.2 Der Pflegeprozeß

Pflege von Kranken wie von (Alters-)Gebrechlichen hat sich stets als *Prozeß* zu verstehen, der nicht nur

- den Erfordernissen der ärztlichen Behandlung gerecht werden,
- die Beschwerden des Patienten und der Patientin lindern und
- ihm zum höchst-erreichbaren Wohlbefinden verhelfen soll,

in dem vielmehr

- der Patient und die Patientin nach Maßgabe von Alter, Art und Schwere der Krankheit und ihrer ärztlichen Behandlung, wie
- nach Maßgabe des jeweiligen Zustandes, soweit möglich aktiviert werden sollen, um sie – wo immer darauf Aussicht besteht –
- so früh wie erreichbar in ihre gewohnte Lebensweise zurückzuführen.

Denn eine Pflege, die sich darauf beschränkt oder aus äußeren Gründen darauf beschränken muß, den Patienten und die Patientin zu „versorgen“, bewirkt allzu leicht, daß die Behandlung im Ergebnis hinter dem Erreichbaren zurückbleibt, Ältere in dauernde Pflegebedürftigkeit geraten. Soll der Pflegeprozeß zu optimaler Aktivierung führen, so bedarf er eines individuell abgestimmten planmäßigen Vorgehens, in das zu gegebener Zeit und im individuell gebotenen Ausmaß auch andere Mitglieder des therapeutischen Teams einzubeziehen sind, zumal solche aus den Fachberufen der aktivierenden Therapie (Krankengymnasten, Beschäftigungs-, Arbeitstherapeuten u. a.).

Die Steuerung des Pflegeprozesses ist wesentliche Aufgabe der für den einzelnen Kranken verantwortlichen Pflegekraft. (. .)

5 Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung

(. .) Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen schlägt vor, die *Ausbildung* und *Weiterbildung* in der Krankenpflege von Grund auf neu nach den folgenden Prinzipien zu gestalten:

5.1 Ausbildung und Weiterbildung als staatliche Aufgabe

Die Ausbildung in der Krankenpflege ist – wie die aller anderen Fachberufe des Gesundheitswesens und des Sozialwesens – eine *staatliche Aufgabe*. Sie ist aus staatlichen Mitteln zu finanzieren, nicht von der Krankenversicherung, nicht von den späteren Arbeitgeber/innen und nicht von den Auszubildenden. Für deren Unterhalt hat der Staat nach den allgemeinen Grundsätzen der Ausbildungsförderung zu sorgen. Nach den Vorstellungen der SPD zur Ausbildungsförderung ergibt sich daraus keine Verschlechterung der finanziellen Situation der Auszubildenden.

5.2 Einheitliche Grundausbildung für alle Fachberufe des Gesundheitswesens (*)

Die Grundausbildung soll für alle Fachberufe des Gesundheitswesens an *Fachoberschulen* der Sekundarstufe II stattfinden und im ersten Ausbildungsjahr einheitlich – nicht aber gemeinsam – sein, nämlich die gleichen Ausbildungsinhalte umfassen. Damit wird den Schülern und Schülerinnen noch am Ende des ersten Schuljahres der Wechsel in die Ausbildung für einen anderen Fachberuf des Gesundheitswesens ohne Verlust von Ausbildungszeit ermöglicht und später ein Wechsel oder eine Zweitausbildung erleichtert. Das Konzept dieser *Horizontalen Durchlässigkeit* wird im einzelnen in einem Teil II der Konzeption der ASG „Fachberufe des Gesundheitswesens“ dargelegt werden.

5.3 Grundausbildung für die Krankenpflege

Die Fachoberschulen für die Krankenpflege sollen in fester Kooperation mit je einem bestimmten Krankenhaus (oder auch deren mehrere) stehen, aber institutionell und organisatorisch unabhängig von diesem (diesen) sein.

5.3.1 Grundausbildung der Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwestern und Hebammen

Die Grundausbildung dauert drei Jahre. Sie verläuft im *Blocksystem*: Unterricht in Se- oder Trimestern wechselt ab mit gleichlangen Blocks der praktischen Ausbildung am Krankenbett, also „auf Station“ o. ä. Das Krankenhaus hat die Ausbildungs-Anleitung durch entsprechend pädagogisch und didaktisch ausgebildete Kräfte zu stellen. Damit wird vermieden, daß die praktische Ausbildung als „Fremdkörper“ im Krankenhaus empfunden wird. Die Kosten werden dem Krankenhaus erstattet. Die Leitung der Fachoberschule

le und den Unterricht darin nehmen pädagogisch und didaktisch (in der Tertiärstufe) ausgebildete Pflegekräfte wahr, soweit nicht der spezielle Lehrstoff anderes gebietet. *Ärzte* sind strikt zu beschränken auf ihre speziellen Fachgebiete. Sie haben für die Mitwirkung pädagogische und didaktische Schulung nachzuweisen.

Das Zeugnis über die bestandene (schuleigene) Abschlußprüfung ist Grundlage der Erteilung der staatlichen *Zulassung* zur Krankenbettpflege mit der Berufsbezeichnung „Krankenschwester“ bzw. „-pfleger“ oder „Kinderkrankenschwester“. (. . .)

5.4 Weiterbildung

5.4.1 Weiterbildung Erster Stufe

Die erste Stufe der Weiterbildung in der Krankenpflege findet in der gleichen Art von Fachoberschulen (Sekundarstufe II) statt wie die Grundausbildung. Zugangsvoraussetzung ist Abschluß der Grundausbildung und mindestens zweijährige Berufstätigkeit in der Krankenpflege im Krankenhaus oder (in einem Teil der Zeit) Sozialstation. Die Lehrgänge dauern zwei Jahre in ähnlicher Gliederung wie die Grundausbildung, also in geschlossen organisierter Schulphase im Wechsel mit berufspraktischer Tätigkeit unter Ausbildungsvertrag mit dem Krankenhaus. Die Ausbildung schließt ab mit (schuleigener) Prüfung, deren Bestehen zur staatlichen *Zulassung* auf dem Fachgebiet als „Fachkrankenschwester/-pfleger für . . .“ führt. Zu unterscheiden sind *fachliche* Weiterbildung und *funktional* orientierte Weiterbildung.

5.4.2 Weiterbildung in der Allgemeinen Krankenpflege

Eine breit organisierte fachliche Weiterbildung trägt, zumal wenn ihr Abschluß zu höherer Vergütung führt, die Gefahr in sich, daß die aktiveren unter den Krankenschwestern und -pflegern sich ihr zuwenden und die Allgemeine Krankenpflege der Fachabteilung des Krankenhauses zu einer Restgröße wird. Das muß im Interesse der Kranken und der Einheit der Pflege vermieden werden. Deshalb sollte eine Weiterbildung auch in der „Allgemeinen Krankenpflege“ eingeführt und mit gleichen beruflichen Entwicklungschancen ausgestattet werden wie die anderen Weiterbildungsfelder. Den so weitergebildeten Kräften wären die Aufgaben der Leitung von Pflegegruppen vorzubehalten, und sie sollten bei entsprechender Eignung bevorzugt für die funktional orientierte Weiterbildung zu Leitungsfunktionen in den Allgemeinabteilungen der Krankenhäuser gewonnen werden.

5.4.3 Fachliche Weiterbildungsfelder

- Allgemeine Krankenpflege und Qualitätssicherung: Siehe dazu 5.4.2;
- Ambulante („Häusliche“) Krankenpflege: Siehe dazu Kapitel 4;
- Betriebs-Gesundheitsdienst: Das Arbeitsfeld liegt außerhalb der eigentlich *pflegerischen* Aufgaben; es wird in Teil II des Berichtes der ASG-Kommission „Fachberufe des Gesundheitswesens“ behandelt;
- Dialyse;
- Geburtshilfe: Dieser Weiterbildungsberuf soll das Arbeitsgebiet der traditionellen *Hebammen* aufnehmen. Das Arbeitsfeld sollte in die *Prävention* bei Schwangerschaft und Geburtshilfe erstreckt werden;
- Intensivversorgung (einschl. Anästhesie);
- Krankenhaus-Hygiene: Gleiche Anmerkung wie zu Betriebs-Gesundheitsdienst;
- Operations- und Ambulanzdienst;
- Prävention und Rehabilitation: Liegt gleichfalls außerhalb der eigentlich pflegerischen Aufgaben – aber die Krankenpflege-Ausbildung gibt für die Aufgabenerfüllung eine besonders gute Grundlage;
- Psychische Krankheiten;

– *Rettungsdienst*: Die Tätigkeit der heutigen „Rettungsassistenten“ ist eine berufliche *Sackgasse*, denn sie kann in aller Regel der körperlichen Beanspruchung zufolge nur für begrenzte Zeit weit unterhalb der Altersgrenze ausgeübt werden. Vor der Schaffung eines eigenständigen Berufsbildes des Rettungsassistenten ist deshalb zu warnen. Zu empfehlen ist vielmehr der Aufbau auf der Grundausbildung nach 5.2: Sie läßt den späteren Übergang in den Ambulanzdienst der Chirurgischen Abteilung der Krankenhäuser nach relativ kurz bemessener Ergänzungsausbildung zu. Den gegenwärtig im Rettungsdienst (hauptberuflich) Tätigen muß durch die erforderliche *Übergangsregelung* die Weiterführung der jetzigen Tätigkeit und *Nachqualifizierung* unter der Federführung der Basisorganisationen zu gegebener Zeit ermöglicht werden.

5.4.4 Funktional orientierte Weiterbildung

Leitungsfunktionen im Pflegebereich sollten – nach einer Übergangszeit – generell nur dafür weitergebildeten Krankenschwestern und -pflegern übertragen werden dürfen. Das sollte auch für die Gebiete mit Fachweiterbildung gelten.

Die Weiterbildung Erster Stufe führt hier zur Qualifikation für die

- Stations-Pflegeleitung;
- Ausbildungs-Anleitung;
- Leitung einer Altenpflege-Station;
- Leitung einer Sozialstation.

5.4.5 Zugangsberechtigung zur Weiterbildung Zweiter Stufe

Durchlaufen der Weiterbildung auf einem der genannten Gebiete und Abschluß mit der zugehörigen Prüfung berechtigt zur Aufnahme der Weiterbildung Zweiter Stufe.

5.5 Weiterbildung Zweiter Stufe: Tertiäre Weiterbildung

Ausbildungsziel ist die Qualifikation zur – Ltd. Pflegekraft – Weiterbildung vorwiegend praktischer Ausrichtung zwecks Befähigung zur Leitung von Pflegediensten und Sozialstationen;

- Lehrkraft an einer Berufs-Fachoberschule für Krankenpflege.

Ausbildungsstätte ist die *Fachhochschule* für die Fachberufe des Gesundheitswesens. Die Ausbildung dauert zwei Jahre und schließt Praktika an geeigneten Krankenhäusern, Sozialstationen u. a. ein. Sie schließt ab mit hochschuleigener Prüfung und Erteilung des *Diploms* einer/s „Diplom-Krankenschwester/-pflegers für Leitende Tätigkeit“ bzw. „Diplom-Krankenschwester/-pfleger für Lehrtätigkeit“.

5.6 Weiterbildung Dritter Stufe

Ziel des Studiums ist die Qualifikation für alle Formen leitender Tätigkeit und für die Forschung auf dem Gebiet der Krankenpflege. Erforderlich sind drei Studiengänge nebeneinander:

- *betriebswissenschaftlich* orientiert für die Leitung von *Pflegediensten*;
- *pädagogisch/didaktisch* orientiert für die *Ausbildung* in der Krankenpflege, zumal in der Weiterbildung Zweiter und Dritter Stufe, und für die Leitung von Ausbildungsstätten für die Fachberufe des Gesundheitswesens und der Medizinischen Versorgung.
- *methodisch* orientiert für *Forschungstätigkeiten*.

Zugangsvoraussetzung ist der Abschluß einer Weiterbildung Zweiter Stufe auf einem der unter 5.4 genannten Gebiete. Ausbildungsstätten sind Universitäten und Gesamthochschulen. Die Ausbildung dauert drei Jahre und schließt ab mit hochschuleigener Prüfung und der Erteilung des *Diploms*. Damit ist die Berechtigung zur *Promotion* verbunden. □

* Bei den folgenden Ausführungen ist zu beachten, daß das Bildungs- und Schulwesen – auch für das Gesundheitswesen – der Gesetzgebungskompetenz der Länder unterliegt; die Bundeskompetenz erstreckt sich nur auf die Zulassung zu den Heilberufen und die Voraussetzungen der Zulassung. Daraus erklären sich die z. T. beträchtlichen Unterschiede zwischen den Regelungen, die in den einzelnen Ländern getroffen worden sind. Diese Unterschiede müssen, soweit sie der Einheitlichkeit von Ausbildung und Weiterbildung der Berufsgruppen entgegenstehen, überwunden werden.

Bei der Ablösung der Schulen von den Krankenhäusern ist Sorge zu tragen, daß die fachliche Bestimmung und Aufsicht bei den Gesundheitsressorts der Länder verbleibt, also nicht an die Schul- oder Bildungsressorts übergeht, damit die direkte Beziehung zu den Einrichtungen der Angewandten Medizin und der Krankenpflege gewahrt bleibt.

Die Schüler/innen schließen mit dem der Fachoberschule zugeordneten Krankenhaus einen Ausbildungsvertrag, durch den die praktische Ausbildung gesichert wird, und der ihnen u. a. die Mitgliedschaft bei einer Gewerkschaft eröffnet, der aber eine „Anrechnung“ der Schüler auf den Stellenplan oder die Personalwirtschaft des Krankenhauses ausdrücklich ausschließt.

Ein besonderes Angebot!

WSI

Informationsdienst Arbeit 1/1988

Wirtschafts- und
Sozialwissenschaftliches
Institut des DGB
Hans-Böckler-Straße 39
4000 Düsseldorf 30
Telefon: 43 45 27 und 45 10 84

Herausgeber:
Geschäftsführung des WSI
Verantwortlich:
Bernd Mülhaupt
Februar 1988, 8. Jahrgang
ISSN 0179-4280

In eigener Sache

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

seit einigen Jahren machen die Arbeiten zur Arbeitszeit, zur Arbeitszeitverkürzung und zur Arbeitszeitgestaltung einen besonderen Schwerpunkt im WSI aus. In einer aktuellen Übersicht sind insbesondere die folgenden Untersuchungen zu nennen:

■ „Arbeitszeitverkürzung im Betrieb. Die Umsetzung der 38,5-Stunden-Woche in der Metall-, Druck- und Holzindustrie sowie im Einzelhandel“. In Kooperation mit dem Forschungsinstitut für Arbeiterbildung (FIAB) hat das WSI u.a. 3300 Betriebsvereinbarungen aus den genannten Industriebereichen analysiert. Die Langfassung erscheint unter dem o.a. Titel als Buch im März.

■ Zusammen mit der Friedrich-Ebert-Stiftung bearbeitet das WSI das Projekt „Sozialverträglichkeit der Arbeitszeitgestaltung beim Einsatz neuer Technologien“. Anfang Dezember vergangenen Jahres fand unter Beteiligung von Vertretern der betroffenen Tarifvertragsparteien ein erster Workshop in der Friedrich-Ebert-Stiftung statt. Der zweite Workshop, auf dem die Ergebnisse des Projekts vorgestellt werden, ist Ende dieses Jahres im WSI vorgesehen.

■ Laufende Sonderauswertungen des WSI-Tarifarchivs. Zuletzt hat das Tarifarchiv am Aufbau einer regelmäßigen Berichterstattung über **Stand und Entwicklung der tariflichen Arbeitszeit** gearbeitet (vgl. Neue Arbeitszeitstatistik ... S. 5 in diesem Info-Dienst).

■ Geplant ist schließlich die Bearbeitung eines Projekts zum Thema „**Entkoppelung von Arbeits- und Betriebszeiten im internationalen Vergleich**“. Die Arbeit an diesem Projekt soll im Herbst beginnen.

Die Redaktion (Redaktionsschluß: 21. 1. 1988)

- Forderungen, Stellungnahmen, Programme
- Zahlen, Daten, Fakten
- Betriebs- und Tarifpolitik
- Vorschriften, Gesetze, Urteile
- Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik
- **Stichwort**
- Arbeitsschutz- und Humanisierungspolitik
- Wirtschaftspolitik, öffentliche Finanzen, Geldpolitik
- Technologie-, Umwelt- und Strukturpolitik
- Wissenschaft, Forschung
- Ausland, Internationales
- Tagungen, Veranstaltungen
- Zeitschriften, Bücher

Forderungen, Stellungnahmen, Programme

DGB gegen Kürzungen im HdA-Programm

(Bi) Gegen die „einschneidenden Kürzungen und Mittelsperren im Forschungsprogramm zur Humanisierung der Arbeit durch die Bundesregierung hat der DGB protestiert. Der Bundesregierung gehe es offensichtlich nicht mehr länger um ernste Humanisierungsforschung, sondern um die bloße Gewährleistung eines politischen Bedarfs an „Verharmlosungsforschung“, kritisierte DGB-Bundesvorstandsmitglied Jochen Riechert.

Die ursprünglich im Haushaltsansatz für 1988 vorgesehenen Mittel in Höhe von 110 Mio. Mark wurden auf Initiative des Haushaltsausschusses um 11 Mio. Mark gekürzt, weitere 9 Mio. Mark wurden vorläufig gesperrt. Dieser Beschluß wurde gegen Widerstand und Kritik auch im Regierungslager durchgezogen. Forschungsminister Riesenhuber hatte sich zunächst dagegen zur Wehr gesetzt, stimmte dann aber im Bundestag der politischen „Ohrfeige“ für sein eigenes Ministerium zu. Bundesarbeitsminister Blum hatte sich im November auf dem Arbeitsschutzkongreß vollmundig gegen die Programmkürzung ausgesprochen, doch am Lauf der Dinge änderte

Aus dem Inhalt

Flexible Arbeitszeit	S. 2
Gewinne in der Industrie	S. 2
Lohnrunde 1987	S. 4
Arbeitszeitstatistik	S. 5
Urlaub	S. 6
Frauenbeschäftigung	S. 8
38,5-Stunden-Woche	S. 9
Steuerentlastung 1988	S. 11
Psychische Arbeitsbelastungen	S. 15
Tribunal gegen Flexibilisierung	S. 17
Neue WSI-Veröffentlichungen	S. 18

das nichts. Auch die Arbeitgeber hatten sich eindeutig gegen die Streichpläne ausgesprochen(!), aber auch davon war die konservativ-liberale Mehrheit im Bundestag nicht zu beeindrucken.

Letztlich hatte sich eine Koalition aus konservativen Modernisierungsstrategen und haushaltspolitischen Pfennigfuchsern durchgesetzt und damit einen scheinbar stabilen Konsens aller im Bundestag vertretenen Parteien gegenstandslos gemacht. Noch im Sommer 1985 hatte nämlich der Bundestag die Bundesregierung einstimmig zur Fortführung des Humanisierungsprogramms als Bestandteil staatlicher Technologiepolitik aufgefordert und zugleich eine „Intensivierung der gewerkschaftlichen Beteiligung an der Umsetzung“ der Forschungsergebnisse gefordert. Und Alfred Dregger, der wahrlich nicht der Gewerkschaftsabhängigkeit verdächtige Fraktionschef von CDU/CSU, hatte sich gar zu der Aussage herbeigelassen, daß seine Fraktion „besonderen Wert darauf lege, das Forschungsprogramm ‚Humanisierung der Arbeit‘ in intensiver Abstimmung zwischen der Bundesregierung und den Tarifvertragsparteien rasch und ohne ideologische Auseinandersetzungen durchzuführen“.

Der Sinneswandel im Regierungslager ist ein schlechtes Zeichen, weil er darauf hindeutet, daß die Wenderegierung offensichtlich selbst eine begrenzte Rücksichtnahme auf gewerkschaftliche Interessen derzeit für unnötig hält. Es liegt nun an den Gewerkschaften, diese (Fehl-)Einschätzung zu korrigieren.

viv
Produktion

WI-VERLAG GMBH
Postfach 86 09
4000 Düsseldorf 1
Vorwahl 02 11 7 33 73 23

WSI- Informationsdienst Arbeit

Der WSI-Informationsdienst Arbeit er-
scheint 4 mal im Jahr mit aktuellen Da-
ten und Fakten und mit Hintergrundinfor-
mationen zu Entwicklungen in der Arbeits-
welt, in Wirtschaft und Gesellschaft.
Er enthält kurze informative Meldungen
und Berichte zu folgenden Themen:

- Forderungen, Stellungnahmen,
Programme
- Betriebs- und Tarifpolitik
- Vorschriften, Gesetze, Urteile
- Arbeitsmarkt und Sozialpolitik
- Arbeitsschutz- und Humanisie-
rungspolitik
- Wirtschaftspolitik
- Technologie-, Umwelt- und
Strukturpolitik
- Wissenschaft, Forschung
- Ausland, Internationales
- Tagungen, Veranstaltungen
- Bücher, Zeitschriften

In einem "Stichwort" informieren wir je-
weils ausführlicher über ein aktuelles
gewerkschaftlich interessantes Thema.

Bestellung an:

WI-Verlag GmbH . Postfach 8609 . 4000 Düsseldorf 1

... Ex. WSI-Informationsdienst
Arbeit (4 x im Jahr, 15 DM)

... Ex. WSI-Informationsblätter
200 Infoblätter im Sammelordner
zu 15 DM. Sonderausgabe "Fabrik
der Zukunft" kostenlos

... Ex. WSI-Veröffentlichungsübersicht
☐ WSI-Mitteilungen
☐ Studien
☐ Arbeitsmaterialien
☐ Arbeitspapiere
(Bitte ankreuzen)

Der Informationsdienst Arbeit richtet
sich an Vertrauensleute, Betriebs- und
Personalräte ebenso wie an Gewerkschafts-
sekretärInnen und interessierte Fach-
leute aus Wissenschaft und Forschung,
Politik und Medien.

Der Infodienst erscheint viermal jähr-
lich und kostet 15 DM/Jahr.

WSI-Arbeitshilfen

Das WSI veröffentlicht seine Arbeits-
ergebnisse außerdem in folgenden Publi-
kationsreihen:

- WSI-Mitteilungen
wissenschaftliche Monatszeitschrift
- WSI-Studien
umfassende wissenschaftliche Unter-
suchungen
- WSI-Arbeitsmaterialien
ausführliche Analysen und Materialien
für die gewerkschaftliche und betrieb-
liche Praxis
- WSI-Arbeitspapiere Arbeit, Gesundheit,
Humanisierung
spezielle Reihe mit Arbeitshilfen und
Informationsmaterial zu "Arbeit und
Gesundheit"
- WSI-Informationsblätter
Rund 200 Infoblätter zu den Themen
"Computer und Arbeit" sowie "Arbeit
und Gesundheit" (im Sammelordner zum
Preis von 15 DM)

Auf Wunsch senden wir gerne ein aktuelles
Veröffentlichungsverzeichnis.

Für den Einzug der Rechnungsbeträge per
Lastschrift:

Bank: _____

BLZ: _____

Konto-Nr.: _____

Abs.: _____

Unterschrift: _____

WSI Arbeitspapiere Arbeit Gesundheit Humanisierung

Die Projektgruppe HdA des WSI hat bislang u. a. folgende Arbeitspapiere zum Themenbereich „Arbeit – Gesundheit – Humanisierung“ erstellt, die zu den angegebenen Bedingungen bestellt werden können:

- Nr. 2 **Arbeitsweltbezogene Gesundheitsforschung und gewerkschaftliche Interessenvertretung**, 36 Seiten, 8,- DM
- Nr. 3 **Forschungsdokumentation zur Bauwirtschaft**, 390 S., 10,- DM
- Nr. 5 **100 Belegschaftsbefragungen – Dokumentation –**, 360 S., 20,- DM
- Nr. 6 **Mediendokumentation (Filme und Videos)**, 150 S., 8,- DM
- Nr. 10 **Forschungsdokumentation Rheuma und Arbeit**, 123 S., 15,- DM
- Nr. 12 **Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege**, 40 S., 4,- DM

- Nr. 13 **Bildungsmaterialien – Dokumentation – (2. erweiterte Auflage)** 122 S., 10,- DM
- Nr. 18 **ISAR – Weiterführung des Informationssystems Arbeit**, 16 S., 5,- DM
- Nr. 19 **Arbeitsbedingungen und Herzinfarkt**, 40 S., 5,- DM
- Nr. 20 **Streß und Rationalisierung**, 118 S., 13,- DM
- Nr. 21 **Handlungsanleitung Belegschaftsbefragung**, 54 S., 5,- DM (Mengenrabatt)
- Nr. 22 **Arbeitsbedingungen qualifizierter Angestellter in wiss.-technischen Bereichen**, 46 S., 8,- DM
- Nr. 23 **Gesundheitsbelastungen in Tarifverträgen (Zulagen und Zuschläge), Dokumentation**, 130 S., 18,- DM
- Nr. 24 **Forschungsdokumentation Frauen und Gesundheit**, 390 S., 25,- DM
- Nr. 25 **Frauenarbeitsschutz auf dem Prüfstand – Zwischen Gesundheitsschutz und Diskriminierung –**, 24 S., 5,- DM
- Nr. 26 **Arbeitsbedingte Herz- und Kreislauferkrankungen – Ein Handbuch zu Ursachen, Verbreitung und Vorbeugung**, 192 S., 26,- DM
- Nr. 26 A **Arbeitsbedingungen in der Altenpflege**, 64 Seiten, 7,- DM
- Nr. 27 **Das bißchen Putzen – Arbeitsbedingungen im Reinigungsgewerbe**, 135 S., 18,- DM
- Nr. 28 **Handlungsanleitung „Gesundheitsschutz im Reinigungsgewerbe“**, ca. 50 S., 5,- DM
- Nr. 29 **Arbeits- und Berufssituation von EDV-Beschäftigten**, 40 S., 8,- DM
- Nr. 30 **Seelische und seelisch bedingte Leiden**, 34 S., 8,- DM
- Nr. 31 **ISAR – Thesaurus**, 44 S., 8,- DM
- Nr. 32 **Sucht-Dokumentation über Betriebs- und Dienstvereinbarungen**, 135 S., 10,- DM

Bestellung an:

WI-Verlag GmbH · Postfach 86 09 · 4000 Düsseldorf 1

<input type="checkbox"/>	Ex.
<input type="checkbox"/>	Ex.
<input type="checkbox"/>	Ex.
<input type="checkbox"/>	Ex.
<input type="checkbox"/>	Ex.
<input type="checkbox"/>	Ex.
<input type="checkbox"/>	Ex.
<input type="checkbox"/>	Ex.
<input type="checkbox"/>	Ex.
<input type="checkbox"/>	Ex.

Für den Einzug der Rechnungsbeträge per Lastschrift:

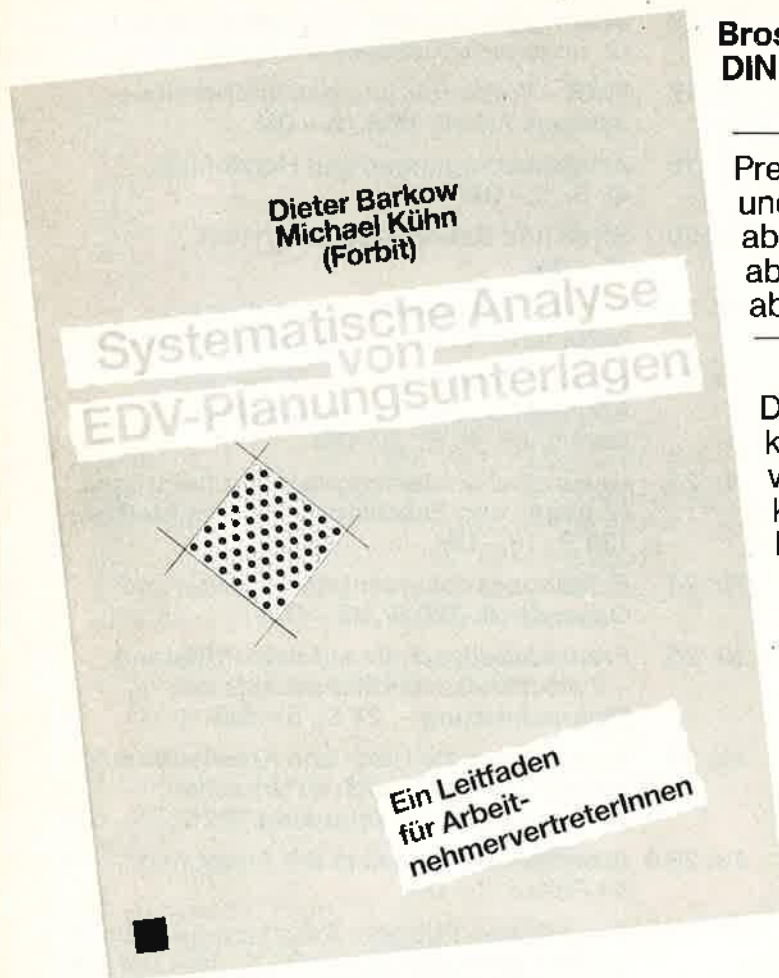
Bank: _____

BLZ: _____

Konto-Nr.: _____

Abs.: _____

Unterschrift: _____



**Broschüre im Format
DIN A4, 48 Seiten Inhalt**

Preis per Stück incl. Mehrwertsteuer
und Versandspesen 7,50 DM
ab 10 Exemplare je Stück 7,00 DM
ab 20 Exemplare je Stück 6,50 DM
ab 30 Exemplare je Stück 6,00 DM

Der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnik stellt betriebliche Interessenvertreterinnen und Interessenvertreter vor immer komplexer werdende Aufgaben.

Der Verlag will durch eine Reihe von Arbeitshilfen dazu beitragen, daß die betriebliche Interessenvertretung Alternativen zu dem am unternehmerischen Gewinninteresse ausgerichteten EDV-Einsatz entwickeln kann.

Eine notwendige Voraussetzung dafür ist sicher die Kenntnis der **Methoden und Techniken zur Planung von EDV-Systemen**.

Dazu wurde bereits das Arbeitsheft „Planung von EDV-Projekten und Einwirkungsmöglichkeiten der Interessenvertretung“ veröffentlicht. Der nun vorgelegte Leitfaden zur **Analyse** von EDV-Planungsunterlagen ergänzt dieses Arbeitsheft.

Mit diesem Leitfaden soll es betrieblichen Interessenvertreterinnen und Interessenvertretern erleichtert werden, die im Laufe des Projektplanungsprozesses anfallenden Unterlagen nach folgenden Gesichtspunkten zu analysieren:

- Veränderung der Qualifikationsanforderungen für einzelne Tätigkeiten
- Veränderungen des Arbeitsablaufs und der Arbeitsorganisation
- Leistungs- und Verhaltensüberwachung

Dieser Anleitung zur eigenständigen Analyse schließen sich einige Hinweise auf Regelungsmöglichkeiten zur Einschränkung von Leistungs- und Verhaltenskontrollen an.

Dieser Leitfaden enthält nicht die weitergehenden Forderungen zur Gestaltung von Arbeit und Technik.

Dazu sind in dem bereits veröffentlichten Arbeitsheft „Software-Ergonomie“ einige Hinweise enthalten.

viv
Produktion

WI-VERLAG GMBH
Postfach 86 09 · Höherweg 230 A
4000 Düsseldorf 1
Vorwahl 02 11 7 33 73 23

Bestellung an: WI-Verlag GmbH · Postfach 86 09 · 4000 Düsseldorf 1

Hiermit bestelle ich / wir _____ Stück Broschüren „Systematische Analyse von EDV-Planungsunterlagen“ zum Stückpreis von _____ DM einschließlich MwSt. und Versandkosten.

Den Gesamtbetrag bezahle ich / wir

☐ per beiliegendem Scheck

☐ per Bankeinzug Bank: _____

BLZ: _____

Konto-Nr.: _____

☐ ich / wir möchten eine Rechnung

Name und Anschrift: _____

Der Weltärztebund im Dienste der Apartheid

Stellungnahme des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Der Weltärztebund (WÄB) „World Medical Association“ mit Sitz in Ferney-Voltaire, Frankreich, ist ein nichtstaatlicher Zusammenschluß von derzeit 45 Ärzteverbänden. Die meisten Verbände sind freiwillige Zusammenschlüsse von Ärzten, einige haben Pflichtmitgliedschaft, wie die westdeutsche Bundesärztekammer. Unter ihnen befinden sich acht Verbände des amerikanischen Kontinents: Argentinien, Brasilien, Chile, Kolumbien, Dominikanische Republik, El Salvador, Panama, USA, Venezuela und seit 1988 Costa Rica. Aus dem arabischen Raum sind vier Länder vertreten: Ägypten, Syrien, Kuwait und Israel. Zehn Verbände kommen aus dem asiatischen Raum: Australien, Fidschi, Hongkong, Indonesien, Japan, Südkorea, Neu-Seeland, Philippinen, Taiwan, Thailand und Türkei. 14 westeuropäische Verbände sind vertreten: Andorra, Belgien, Frankreich, BRD, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Malta, Österreich, Portugal, Spanien und Vatikanstaat. Außer Jugoslawien ist seit 1988 Ungarn als zweiter Verband aus einem sozialistischen Land vertreten. Seit 1988 sitzt der Ärzteverband des schwarzafrikanischen Landes Zaire als einziges Land dieses Kontinents wieder neben einem Vertreter aus der Republik Süd-Afrika. Cuba ist nicht mit seiner nationalen Ärzteorganisation vertreten, sondern über die exilcubanische Ärzteorganisation in Florida (USA) (Collegio Medico Cubano Libre). Dessen Präsident Dr. Enrice Huertas ist designierter Präsident des WÄB für die Periode 1988/89.

Zu wiederholten Auseinandersetzungen hat die Mitgliedschaft der völkerrechtlich nicht anerkannten Transkai Medical Association (TMA) und des südafrikanischen Ärzteverbandes Medical Association of South Africa (MASA) geführt. Großbritannien, die skandinavischen Länder, Holland und die afrikanischen Verbände verließen deshalb den Weltärztebund, die Weltgesundheitsorganisation (WHO) entzog ihm den Konsultativstatus.

Der Weltärztebund veranstaltet jährlich in einem der Mitgliedsländer eine Generalversammlung. Der Vorstand tagt jährlich zwei- bis dreimal und wird zwischen der Generalversammlung als Beschluß- und Beratungsorgan tätig. Nur Mitgliedsverbände mit mehr als 50.000 Ärzten erhalten automatisch einen Sitz im Vorstand. Es werden Resolutionen zu Fragen der medizinischen Ausbildung, -Forschung, -Ethik sowie andere das Gesundheitswesen betreffende Fragen verabschiedet. Alle zwei Monate erscheint das World Medical Journal (WMJ). Teilnahme ist außer den jeweiligen Ärzteverbänden auch einzelnen Ärzten über eine individuelle, assoziierte Mitgliedschaft möglich. Die Finanzierung des WÄB erfolgt über Mitgliedsbeiträge der jeweiligen Verbände und Einzelmitglieder.

Süd-Afrika und der Weltärztebund

In der Republik Süd-Afrika (RSA) gibt es drei Ärzteorganisationen: South Africa Medical and Dental Council (SAMDC), eine Organisation mit Zwangsmemberschaft der ca. 20.000 Ärzte, 4000 Zahnärzte sowie paramedizinischen Berufsgruppen, vergleichbar den bundesdeutschen Ärztekammern, die Medical Association of South Africa (MASA), der größte und älteste freiwillige Zusammenschluß mit derzeit ca. 12.000 vorwiegend weißen Mitgliedern, und die 1982 gegründete National Medical and Dental Association (NAMDA) mit ca. 1200 Mitgliedern, mehrheitlich Schwarzen.

Die NAMDA entstand als Reaktion auf die Rolle der MASA bei der Ermordung des Medizinstudenten und Führers der Black Consciousness-Bewe-

Unvereinbar mit dem hippokratischen Eid sei jede direkte oder indirekte Kollaboration mit dem Apartheidsregime, erklärte 1981 die internationale WHO-Konferenz. Für den Weltärztebund, in dem die bundesdeutschen Ärzte einflußreiche Mitglieder sind, kein Grund, die Mitgliedschaft des rassistischen südafrikanischen Ärzteverbandes MASA in Frage zu stellen. Wir dokumentieren eine ausführliche Stellungnahme, die Winfried Beck für den VdÄÄ verfaßt hat.

gung Steve Biko. Biko war 1977 auf einem 650 Kilometer langen Transport in ein Militärhospital nach Mißhandlung gestorben. Die Transportfähigkeit war damals von einem Mitglied der MASA, dem Gefängnisarzt (District surgeon) Dr. Benjamin Tucker, bescheinigt worden. Im April 1980 hatte die SAMDC alle Vorwürfe gegen Dr. Tucker zurückgewiesen. Trotz massiver Proteste innerhalb der Ärzteschaft und der medizinischen Fakultäten von Kapstadt und Johannesburg schloß sich das Exekutivkomitee der MASA der Entscheidung der SAMDC an. Angesichts neuer Anschuldigungen und Beweise gegen Dr. Tucker wies eine ad hoc-Kommission 1983 die frühere Entscheidung zurück. Im Juli 1985 schließlich, sieben Jahre nach der Ermordung Bikos, mußten SAMDC und MASA die Vorwürfe bestätigen und Dr. Tucker kurz vor seiner beabsichtigten Bereinigung die Zulassung als Arzt entziehen.

Ein Ergebnis des schweren und irreparablen Schadens, den der Fall Biko der südafrikanischen Ärzteschaft zugefügt hatte, war die Gründung einer alternativen, dezidiert die Apartheid bekämpfenden Organisation, der NAMDA. Im Gegensatz zur MASA vertritt sie die Auffassung, daß eine wesentliche Ursache für die erheblichen Disproportionen in der medizinischen Versorgung und dem Gesundheitszustand der südafrikanischen Bevölkerung die Politik der Rassentrennung ist, daß ohne eine Beseitigung der Apartheid keine Chancengleichheit zur Gesundheit für alle möglich ist, und daß deshalb Gesundheitspolitik auch Politik gegen die Apartheid sein muß.

Die MASA lehnt ein solches Vorgehen als unzulässige Politisierung ärztlicher Berufsauffassung ab. Einer der Streitpunkte zwischen MASA und NAMDA ist die Deutung der Tokyoer Deklaration des WÄB von 1975 über die Richtlinien für Ärzte bezüglich der Betreuung von Verhafteten und Gefangenen. Als Beispiel für die „konstruktive“ Anwendung dieser Deklaration verweist die MASA wiederholt auf eine von ihr gemeinsam mit der südafrikanischen Regierung aufgestellte Liste (Panel) von Ärzten – allesamt Mitglieder der MASA – unter denen inhaftierte Südafrikaner auswählen können. Die NAMDA und andere Organisationen der demokratischen Bewegung innerhalb Südafrikas sowie internationale Organisationen kritisieren diese Maßnahme, weil damit die Inhaftierung mit unbegrenzter Dauer und ohne Verfahren de facto geduldet wird, „solange keine medizinischen Folgen nachweisbar sind“. (Seit der erneuten Verhängung des Ausnahmezustan-

des am 14. Juni 1986 wurden mehr als 20.000 Menschen ohne Begründung verhaftet und gefoltert, kam es zu ungeklärten Todesfällen in Haft.) Nach Auffassung der NAMDA verstößt die MASA damit gegen die Tokyoer Deklaration, in der festgehalten ist, daß „Ärzte die Anwendung von Folter, Grausamkeiten oder anderen unmenschlichen oder die Menschenwürde verletzenden Handlungen weder dulden, noch gutheißen oder sich gar daran beteiligen dürfen“.

Die Haftbedingungen ohne Anschuldigungen oder Prozeß (detention without trial), wie sie unter dem Ausnahmegesetz derzeit praktiziert werden, stellen nach Meinung der NAMDA genau diesen Sachverhalt dar. Die NAMDA unterstützt deshalb alle Anstrengungen zur Beendigung des Ausnahmezustandes, hat in zahlreichen Städten Kliniken für ehemalige Verhaftete und deren Angehörige errichtet, und versucht so die Folgen der Isolations- und andere Formen psychischer und physischer Folter zu begrenzen. Ebenfalls in der Folge des Ausnahmezustandes hat sich die medizinische Versorgung in den Townships der Schwarzen erheblich verschlechtert. Während der Razzien der südafrikanischen Armee (SADF) in den Townships ist es immer schwerer geworden, medizinisches Personal einzuschleusen oder Verletzte heraus zu transportieren, weil das Areal hermetisch abgeriegelt wird und die Polizei und Soldaten die Verletzten in die Krankenhäuser verfolgen. Deshalb unterhält die NAMDA eine Unterrichtung in Erster Hilfe für die Bewohner der Townships selbst, wobei kleine Notfalleinheiten zur Verfügung gestellt werden. Die NAMDA beteiligt sich außerdem gemeinsam mit anderen nicht-rassistischen demokratischen Organisationen am Aufbau zahlreicher Basisgesundheitsseinrichtungen für die schwarze Bevölkerungsmehrheit. Sie ist ganz wesentlich mit dafür verantwortlich, daß die Weltöffentlichkeit über Haftbedingungen und die Mißstände im rassistisch gestalteten Gesundheitswesen Südafrikas informiert wurde und wird.

Trotz des quasi staatlichen Charakters der MASA, trotz stillschweigender Duldung aller völkerrechtswidriger Praktiken der Regierung Südafrikas, ist es der MASA erneut gelungen, Vollmitglied im WÄB und zwar gemeinsam mit der Transkai Medical Association (TMA) zu werden. Die MASA hatte 1975 den WÄB verlassen, nachdem die japanische Regierung den MASA-Delegierten die Einreisevisa zur Generalversammlung des WÄB in Tokio verweigert hatte. Trotz einer weiteren Isolierung der MASA im Zusammenhang mit der Biko-Affäre wurde 1981 ein Wiederaufnahmeantrag in den WÄB positiv beschieden.

Treibende Kräfte innerhalb des WÄB waren die Vertreter der USA, Japans und der BRD. Sie hatten zuvor eine Änderung des Wahlmodus durchgesetzt, der ihnen die Stimmenmehrheit garantierte. Nicht das UNO-Prinzip: Ein Land, eine Stimme, sondern die Zahl der Mitglieder der jeweiligen Verbände wurden zum Maß für die Anzahl der Stimmen, woraus sich automatisch ein Übergewicht der mitgliedsstärkeren Verbände bzw. solcher mit Zwangsmemberschaft ergaben. Die AMA (USA) (26), die Bundesärztekammer (BRD) (14) und die JMA (Japan) (12) verfügten zusammen über die absolute Mehrheit der insgesamt 98 Sitze der 42 Mitgliedsverbände auf der Generalversammlung 1988 in Wien. Die relativ mitgliederstarke MASA hatte gemeinsam mit der TMA (4) genau so viele Stimmen wie die Ärzteverbände aus Brasilien, Argentinien, Spanien und Indonesien zusammen.

Damit sich ein Vorfall wie in Tokio 1975 nicht wiederholen konnte, wurde mit der neuen Stimmenmehrheit beschlossen, Mitgliedsländern die Verweigerung von Visa zu untersagen. Die völkerrechtswidrige Aufnahme des Ärzteverbandes aus

dem in keiner anderen internationalen Organisation anerkannten Bantustan Transkei führten dann zu einer weitgehenden Isolierung des WÄB, die Mitgliedschaft schrumpfte von ehemals 60 auf 40 Mitglieder, der Bruch mit der WHO folgte unmittelbar und dauert bis heute an.

1985 scheiterte ein erneuter Versuch, die internationale Reputation Südafrikas zu verbessern. Die in Kapstadt geplante Generalversammlung mußte unter internationalen Druck kurzfristig nach Belgien verlegt werden. Dennoch gehen die Bemühungen des WÄB, den Apartheidstaat hoffähig zu machen, weiter. Nach den Besuchen des früheren Vorstandsvorsitzenden (Chairman of Council) Dr. Lionell Wilson 1984 und des früheren Präsidenten des WÄB Dr. Antonius Martens 1982 in der RSA, folgte vom 21. Februar bis 4. März 1988 der amtierende Präsident Dr. Lindsay Thompson, Mitglied der australischen Ärztesorganisation, einer Einladung der MASA. Sein Bericht, veröffentlicht im WMJ und dem Medical Journal of South Africa (MJSA), wurde in der liberalen südafrikanischen „the weekly mail“ mit der Überschrift kommentiert: „Ein Kurzbesuch des Weltdoktors und der Patient ist geholt.“

Der Bericht ist eine de facto Unterstützung für die Apartheid. Er lobt die MASA und verurteilt die NAMDA, der er Verbindungen zum ANC vorwirft und die damit in den Augen des Berichterstatters jegliches Vertrauen verliert. (Ein Treffen mit Vertretern der NAMDA war überhaupt nicht vorgesehen.) Thompson kritisiert zwar die Verschwendung von Ressourcen für die Zersplitterung der Gesundheitsministerien in zehn „Homeland“-Ministerien sowie je eines für die schwarzen, „farbigen“ und indischen Bevölkerungsgruppen, gleichzeitig anerkennt er aber „gute politische Gründe dafür“. Die auch für Thompson unübersehbaren Ungleichgewichte des medizinischen Standards für die schwarze Bevölkerungsmehrheit und die herrschende weiße Minderheit erklärt er mit der „einzigartigen Situation Südafrikas“.

Dieses Land sehe sich sowohl mit den Problemen der „ersten“ als auch der „dritten Welt“ ausgesetzt. Die NAMDA begegnet dieser bemerkenswerten These mit der Feststellung, daß die gewaltigen Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit Schwarzer und Weißer nicht das Ergebnis der Rückständigkeit einer Gruppe, sondern Ergebnis des ungleichen Zugangs zu den medizinischen Ressourcen, also Ergebnis des politischen Systems sei. Dr. Thompson vermeidet in seinem Bericht über Südafrika das Wort Apartheid. Der Ausnahmezustand mit Folter und Terror selbst gegen Kinder findet ebensowenig Erwähnung. Thompson schließt mit der Zuversicht, daß große Fortschritte in der gesundheitlichen Versorgung gerade der schwarzen Bevölkerung gemacht werden und daß er „überall große Anstrengungen zur Überwindung der noch vorhandenen Probleme des Landes erkennen“ konnte.

Die Funktion der „Homeland“-Politik

Die Homelandpolitik ist ein zentrales Moment der Apartheid. Ziel ist die Umsiedlung der 75 Prozent schwarzer Südafrikaner in Gebiete mit 13 Prozent der Staatsfläche. Von hier und von den schwarzen Vorstädten aus stehen sie den ¼ weißen Südafrikanern als Arbeitskräfte zur Verfügung. Die Homeland genannten Reservate können ihre Bewohner nicht ernähren. Nur 20 Prozent der Fläche sind landwirtschaftlich nutzbar, 70 Prozent der Arbeitsplätze liegen außerhalb, so daß die „Homelands“ eher Schlafstädte von südafrikanischen Lohnempfängern als ständige Wirtschaftsgebiete darstellen. Wo es Rohstoffe gibt, haben weiße Firmen die Schürfrechte (den Einwohnern von Lebova gehört der Boden nur bis zu 1,80 m Tiefe – die darunter liegenden Erz- und Mineralvorkommen hat sich Südafrika gesichert). Alle „Homelands“ zusammen erzeugen weniger als ein Prozent des südafrikanischen Sozialproduk-

tes. Zwei Drittel bis drei Viertel der „Staatshaushalte“ erhalten sie aus Südafrika. In keinem Reservat wird das von der Weltbank errechnete pro Kopf-Mindesteinkommen erreicht. Die „Homelands“ sind überfüllt mit nicht benötigten Schwarzen: Kinder, Frauen, Kranke und Alte.

Arbeitsfähige verdingen sich als Wanderarbeiter, Gastarbeiter auf kurze Zeit bei den Weißen. 1,2 der zwei Millionen außerhalb Beschäftigten sind Wanderarbeiter mit maximal auf zwölf Monate befristeten Verträgen. Die Bewohner der „unabhängig“ gewordenen „Homelands“ verlieren die südafrikanische Staatsbürgerschaft. Am Ende dieser Entwicklung würde die RSA behaupten, sie habe die Apartheid abgeschafft, denn alle Schwarzen lebten im Ausland in den sogenannten selbstregierten Gebieten, es gäbe keine schwarzen Südafrikaner mehr. Die „Homelands“ sind ein Supermarkt für Arbeitskräfte, ein Auffangbecken für arbeitsunfähig Gewordene und politisch Mißliebige.

Da Südafrika über die „Homelands“ keine Zahlen mehr zur Verfügung stellt, ist die Beurteilung der gesundheitlichen Situation schwierig. Nur aus der Zusammenstellung älterer Daten bzw. einzelner neuerer Studien ist eine einigermaßen korrekte Beurteilung möglich. Während in der RSA auf einen Arzt 875 Einwohner kommen, ist das Verhältnis in den „Homelands“ 1:30 000 bis 70 000. Vielfach bricht ohne Hilfe der südafrikanischen Militärärzte die Versorgung gänzlich zusammen. Die „Homelandregierungen“ müssen zusätzlich ausländische Ärzte zu hohen Honoraren anfordern, ohne dabei auf deren Qualifikation, Sprachkenntnisse etc. achten zu können.

Die Säuglingssterblichkeit ist um ein vielfaches höher als im weißen Südafrika, für die Transkei beträgt sie 140 auf 1000, für Südafrika 10 auf 1000. In einigen „Homelands“ – wie beispielsweise der Ciskei – ist die Rate noch höher, die Hälfte der Kinder sterben, bevor sie fünf Jahre alt geworden sind. Die bis zur Jahrhundertwende unbekannte Tuberkulose ist heute die häufigste Krankheit überhaupt (zehn Millionen Infizierte), wobei die weiße Bevölkerung nur mit ein Prozent betroffen ist. Ähnliches ist über Cholera, Kwashiorkor, Unterernährung etc. zu berichten. Die Menschen in den schwarzen Reservaten sind ärmer als in anderen afrikanischen Ländern, ihre gesundheitliche Versorgung ist schlechter mitten in Südafrika, einem der reichsten Länder der Erde.

Die Aufnahme der Transkei Medical Association stellt das Reservat Transkei auf eine Stufe mit souveränen Staaten und erfüllt somit die Forderungen der RSA. Die Billigung dieser Tatsache durch die MASA bestätigt deren Unfähigkeit, sich dem Apartheidsregime zu widersetzen, wenn es nicht Ausdruck der gewollten Politik dieses Verbandes ist.

Die Rolle der westdeutschen Bundesärztekammer

Die westdeutschen Ärzte sind seit 1951 Mitglied. Ihr Verband ist einer der mitgliederstärksten innerhalb des WÄB. Seit der Änderung des Wahlmodus 1982 ist daher ihr Einfluß sowohl innerhalb der Generalversammlung als auch im Vorstand erheblich. Das World Medical Journal wird vom Deutschen Ärzteverband in Köln, dem Sitz der Bundesärztekammer, gedruckt. Die Posten des Mitherausgebers (Co editor), des Geschäftsführers, Business-Manager, Exekutivmanager, Adversenwest Manager und Product Manager sind sämtlich in bundesdeutscher Hand. Die Bankverbindung läuft u. a. über die deutsche „Apotheker- und Ärztekbank“, ebenfalls in Köln.

Dr. Heinz-Peter Brauer, seit 1965 Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, ist seit 1985 kooptiertes Mitglied im Ausschuß „Medizinische Ethik“. Er ist außerdem Vertreter der assozi-

ierten Mitglieder im Vorstand des WÄB. Dr. Brauer war von 1942 bis 1945 Sanitätsoffiziersanwärter in der NS-Marine, von 1959 bis 1965 aktiver Sanitätsoffizier der Bundesmarine. Schatzmeister des WÄB ist seit 1971 Prof. Dr. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering. Seit 1976 vertritt er außerdem die Bundesärztekammer im Vorstand des Weltärztebundes. Der Multifunktionsärzte Sewering ist u. a. Präsident der bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, dem wirtschaftlichen Interessenverband der niedergelassenen Kassenärzte. Seine Tätigkeit als Präsident der Bundesärztekammer gab er 1978 auf, nachdem schwere Vorwürfe gegen ihn in der Öffentlichkeit erhoben worden waren.

Es ist bezeichnend für die deutsche Nachkriegsärzteschaft, daß derartige Anschuldigungen und nicht seine ausgewiesene Nazivergangenheit eine Unvereinbarkeit mit dem Amt des Bundesärztekammerpräsidenten darstellte. Sewering war seit dem 1. August 1934 Mitglied der NSDAP (Mitgliedsnummer: 1858805) und seit dem 1. November 1933 der SS (Sturm 2/1/31, Mitgliedsnummer: 14300). Er gehörte laut „Spiegel“ der „NS-Volkswohlfahrt“ und dem „NS-Altherrenbund“ an. Die Befürwortung der Wiederaufnahme der MASA in den WÄB, die damit verbundene Unterstützung Südafrikas durch den WÄB ist wesentlich auf den Einfluß der bundesdeutschen Vertretung im WÄB und deren personeller Zusammensetzung zurückzuführen, bzw. mit der Person Sewering verbunden.

Es geht in diesem Beitrag nicht um die Herabsetzung der Leistungen des Weltärztebundes. Es geht allein um seine Rolle im Konflikt mit der Apartheid. Das herrschende Prinzip: Kollegialität vor Menschenrechte hat den WÄB in eine mehr oder weniger offene Unterstützung der Rassentrennungspolitik Südafrikas gedrängt. Er verletzt damit Völkerrecht, hat sich international bei nicht-ärztlichen Organisationen isoliert, die Unterstützung der WHO verloren und schadet so letztendlich dem Ansehen der Ärzte in aller Welt. Apartheid ist ein Angriff auf die Würde aller Menschen. Die zukünftige Präsidentschaft des exilkubanischen Ärztespräsidenten Huertas läßt eine weitere Zuspitzung dieser Entwicklung erwarten.

Die innerhalb der Mitgliedsverbände des WÄB organisierten Ärzte sollten sich für den Ausschuß der MASA und der TMA einsetzen. Die Öffentlichkeit in den Ländern mit Mitgliedsverbänden im WÄB sollte die Bevölkerung ihres Landes über die Rolle ihrer Ärzteorganisationen im WÄB aufklären mit dem Ziel einer Beendigung der Zusammenarbeit mit Südafrika.

Die Deklaration von Brazzaville der internationalen WHO-Konferenz „Apartheid und Gesundheit“, 1981, gebietet dies. „Apartheid und Gesundheit sind unvereinbar, sich gegenseitig ausschließend. Bei allen Krankheiten gibt es eine deutliche soziale und rassische Abhängigkeit, die alle anderen bekannten epidemiologischen Phänomene übertrifft. Sie ist direkt und eindeutig das Produkt der Apartheidspolitik, ja sogar deren Absicht und Wollen. Apartheid ist ein Angriff auf die gesamte Persönlichkeit, die Familie, die Gemeinschaft. Das vom Apartheidsregime entwickelte Gesundheitssystem hat nur einen einzigen Zweck: Die Erhaltung des Status quo... die einzige wirkliche Voraussetzung für die Schaffung des Gesundheitssystems in Südafrika, das allen Bevölkerungsteilen gerecht würde, ist die radikale und totale Beseitigung der Apartheid... jede direkte oder indirekte Kollaboration mit dem Apartheidregime ist notwendigerweise ein Bruch mit den Prinzipien medizinischer Ethik, wie sie durch Hippokrates eingeführt wurde.“

Auch und gerade der Weltärztebund mit seinen hohen ethischen Idealen sollte diese Tatsache beherzigen und seine konkrete Politik den völkerrechtlich anerkannten Grundsätzen anpassen.

Fast vier Jahre nach Veröffentlichung des Berichts der Benda-Kommission und gut drei Jahre nach Veröffentlichung des vorläufigen „Diskussionseurwurfes“ hat die Bundesregierung am 19. Juli Zeit gefunden, einen Embryonenschutzgesetzentwurf zu verabschieden. Nur wenige Gesetzentwürfe dürfen je so intensiv vorbereitet und diskutiert worden sein. Um so mehr enttäuscht das Ergebnis. Der Gesetzentwurf ist lückenhaft und inkonsequent. Mit den vorgeschlagenen Regelungen werden Reproduktionsforschung und -medizin weder aufzuhalten noch zu kontrollieren sein. Zu spät kommt der Entwurf allemal.

Längst konnte die künstliche Befruchtung als individuelle Hilfestellung und alltägliche Therapiemaßnahme im Bewußtsein der Öffentlichkeit etabliert werden. Retortenkinder müssen mittlerweile schon, wie jüngst in Bourn/England, zu Hunderten auf medienwirksam inszenierten Partys auftreten, um öffentliches Aufsehen zu erregen. So verbietet der Entwurf auch nur hier und da einige, als besondere Exzesse empfundene Formen der Reagenzglas-Kultur. Ausgegangen aber wird von der „zunehmenden Bedeutung der In-vitro-Fertilisation“. Damit vollzieht der Gesetzentwurf in der Tendenz das rechtlich nach, was Reproduktions- und Pränatalmedizin bereits bewirkt haben. Die wissenschaftlich-technische Aufspaltung der Einheit von Mutter und Embryo soll nicht aufgehoben oder verhindert, sondern nun auch gesetzlich festgeschrieben werden.

Eine Vorschrift des Erstentwurfs, die zu heftigem Protest geführt hatte, ist im neuen Entwurf zwar nicht mehr enthalten, aber immer noch nicht vom Tisch. Der berüchtigte Paragraph 1, nach dem Frauen bestraft werden sollten, wenn sie ihr Kind während der Schwangerschaft „leichtfertig“ geschädigt haben, wurde ersatzlos gestrichen. Die Begründung des neuen, jetzt verabschiedeten Entwurfes verweist jedoch auf ein in Vorbereitung befindliches Strafrechtsänderungsgesetz, das pränatale Schädigungen zum Gegenstand haben wird.

Nach dem neuen Entwurf soll sich strafbar machen, wer einen Embryo auf eine Frau überträgt und dabei weiß, daß die Frau das Kind anderen „überlassen“ will (Ersatzmutterchaft). Dieses Verbot der sogenannten Ersatzmutterchaft wird aber in der Praxis kaum Wirkung zeigen, wenn die Ersatzmutterchaftsvereinbarung den behandelnden Medizinerinnen und Medizinern verheimlicht wird. Denn der Entwurf schließt weder die Embryonenspende kategorisch aus, noch verbietet er eine Adoption des Kindes durch die genetischen Eltern nach der Geburt. Das heißt aber, daß das Verbot der Ersatzmutterchaft durchaus umgangen werden kann und damit Frauen auch in Zukunft als „Muttermaschinen“ mißbraucht werden können.

Der Entwurf stellt die Auswahl von Samenzellen nur dann unter Strafe, wenn damit das Geschlecht des künftigen Kindes vorherbestimmt werden soll. Bei schweren geschlechtschromosomgebundenen Erbkrankheiten hören die Bedenken gegenüber „derartigen, nicht zuletzt auch Züchtungstendenzen Vorschub leistenden Manipulationen“, wie es in der Begründung heißt, jedoch ganz schnell wieder auf. So stellt der Entwurf die präselektive Geschlechtsbestimmung ausdrücklich straffrei, wenn sie der Vermeidung eines schwer erbkranken Kindes dient.

Zudem bleibt die Samenauswahl nach anderen Kriterien als dem Geschlecht (etwa Haut- oder Haarfarbe des Samenspenders) auch künftig erlaubt. Und da auch die Samenspende nicht verboten werden soll, steht der „planmäßigen Samenvahl“, wie sie schon 1962 auf dem berühmten Ciba-Symposium „Man and his future“ von H. J. Muller gefordert wurde, nichts mehr im Wege. Eugenische Herkunft und Zielsetzung der modernen Reproduktionstechniken finden auf diese Weise einen erneuten Beleg.

In dieses Bild paßt dann auch, daß der Entwurf die künstliche Veränderung der Erbinformation menschlicher Keim- beziehungsweise Keimbahnzellen nur eingeschränkt verbietet. Solange derartige Manipulationen und Experimente „von vornherein zu keiner Gefährdung des Individuums zu führen vermögen“, sollen sie, wie die Begründung ausführt, erlaubt sein. Ungeachtet ihres „abstrakten“ Gefahrenpotentials dürfen damit Methoden des gezielten Gentransfers erforscht werden. Nur die Erprobung am Menschen soll (noch) nicht erlaubt werden – wegen „der irreversiblen Folgen der in der Experimentierphase zu erwartenden Fehlschläge“.

Schließlich ist auch das Verbot der Embryonenforschung nicht so strikt, wie es auf den ersten Blick erscheinen mag. Denn nach dem neuen Entwurf sollen nur noch „entwicklungsfähige“ Embryonen dem Schutzbereich des Gesetzes unterfallen. Tote Embryonen, möglicherweise aber auch sogenannte polyploide Embryonen, die bei einer mehrfachen Befruchtung einer Eizelle entstehen und deren Tod in aller Regel abschbar ist, stünden der Forschung damit weiterhin zur freien Verfügung.

Abgesehen davon muß bezweifelt werden, daß Embryonenforschung allein mit dem Mittel des Strafrechts zu verhindern ist. Denn derartige Forschung findet in Labors und nicht in der Öffentlichkeit statt. Zur Verhinderung der Embryonenforschung aber auch der Herstellung von Klonen, Chimären oder Hybriden dürfte ein einfaches Verbot daher nicht genügen. Der Griff zum Strafrecht entpuppt sich damit als eine eher symbolische denn problemadäquate Antwort, kurz: als ein nur halbherziges Nein. □

Embryonenschutzgesetz: Halbherziges Nein

Der Entwurf des Embryonenschutzgesetzes, der vom Bundeskabinett verabschiedet wurde, hat eines mit fast allen Gesetzen gemein, die den „Schutz“ im Namen führen: Der errichtete Schutzzaun ist lückenhaft. Dan Leskien kommentiert



Dan Leskien ist Mitarbeiter des Gen-ethischen Informationsdienstes und befaßt sich insbesondere mit rechtlichen Aspekten der Gen-, Bio- und Reproduktionstechnologie

Begrenzte Zuständigkeit

dg-Interview mit Ursula Lehr



Unsere derzeitige Aufgabe ist es, dafür zu sorgen, daß sich diese Leistungen bald einspielen. Wir werden die Wirkungen dieser Maßnahmen beobachten und selbstverständlich prüfen, ob weitere Leistungen für den ambulanten Bereich notwendig sind. Noch in dieser Legislaturperiode soll für die Pflege von Schwerpflegebedürftigen eine Berücksichtigungszeit in der Rentenversicherung eingeführt werden, in der die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ohne weitere Beitragszahlung erfüllt bleiben und die auf die Wartezeit für vorzeitige Altersrenten angerechnet wird.

dg: Die zukünftige Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik wird von einem starken Zuwachs älterer Menschen bei gleichzeitigem Rückgang der jüngeren Altersgruppen geprägt sein. Außerdem wird es zu teilweise massiven regionalen Umschichtungen kommen, die Zahl und der Anteil älterer Menschen wird insbesondere im Umland der Ballungszentren stark ansteigen. Was folgt Ihrer Meinung daraus für die Altenpolitik? Genügt es, die bisherigen Formen der „Versorgung“ alter Menschen einfach fortzuschreiben, oder sehen Sie Defizite, die auf andere Weise dringend behoben werden müssen?

Lehr: Die Bewältigung der Probleme, die sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten aus den tiefgreifenden Veränderungen im Altersaufbau unserer Bevölkerung ergeben, gehört zu den großen gesellschaftspolitischen Zukunftsaufgaben. Nicht im Gegeneinander von Alt und Jung, sondern durch solidarisches Miteinander der Generationen werden wir die Herausforderung des demographischen Wandels bestehen und die notwendigen Anpassungsleistungen unserer Wirtschaft und Gesellschaft erbringen.

Ältere Menschen wollen vor allem so lange wie irgend möglich selbständig und selbstbestimmt leben, sie wollen soziale Kontakte pflegen, sie verlangen materielle und soziale Sicherheit, und sie erwarten Hilfe und Betreuung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Dies sind berechnete Anliegen. Die Bundesregierung wird sich bei der Ge-

kp – Alle Welt hat die sogenannten Alten entdeckt, weil die bald mehr werden. Geredet wird wie üblich viel, getan wird wenig.

Was für ein Tohuwabohu wurde um die angebliche Absicherung der Pflegebedürftigkeit gemacht, und was für ein mageres Ergebnis kam heraus? Wie die Lebenssituation alter Menschen tatsächlich verbessert werden soll, wollte dg von kompetenter Stelle erfahren, von Bundesgesundheitsministerin Ursula Lehr, vor Übernahme des Amtes als Gerontologin tätig. Ein bis Anfang nächsten Jahres überfüllter Terminkalender der Ministerin machte allerdings nur eine schriftliche Beantwortung der Fragen möglich.

Nachhaken war nicht drin

dg: Mit dem Gesundheitsreformgesetz wurde lediglich ein erster Einstieg in die Pflegeabsicherung geschafft. Welche Vorstellungen hat die Bundesregierung, mittelfristig die finanzielle und personell-pflegerische Versorgung zu Hause lebender Pflegebedürftiger sicherzustellen? Ist mit entsprechenden Vorhaben noch in dieser Legislaturperiode zu rechnen und wie sollen sie konkret aussehen?

Lehr: Das Gesundheitsreformgesetz hat entscheidende Verbesserungen gerade für zu Hause lebende Schwerpflegebedürftige gebracht. Zum einen erhalten diese seit dem 1. Januar 1989 von den Krankenkassen für bis zu vier Wochen „Ersatzpflege“, wenn ihre Pflegeperson wegen Erholungsurlaub oder aus anderen Gründen wie zum Beispiel Krankheit oder Kur ausfällt. Zum anderen werden Schwerpflegebedürftige ab dem 1. Januar 1991 zur Unterstützung ihrer häuslichen Versorgung von den Krankenkassen im Monat bis zu 25 Pflegeeinsätze von einer Stunde Dauer erhalten. Wenn sich diese Leistungen eingespielt haben, werden die Krankenkassen dafür nach Schätzungen circa 5,1 Milliarden Mark auszugeben haben.

gestaltung ihrer Politik für die ältere Generation an deren Wünschen und Erwartungen orientieren. Wir wollen nicht nur eine Politik für Ältere, sondern mit Älteren – und in Teilbereichen auch von Älteren.

Gerade die ältere Generation von heute, die vielfach im Krieg und in der Nachkriegszeit schwere Schicksalsschläge erlitten und gemeistert hat und deren Arbeit, Fleiß und Sparsamkeit wir den Wiederaufbau der Bundesrepublik Deutschland verdanken, sie verdient im besonderen Maße unsere solidarische Hilfe. Die Bundesregierung will mit ihrer Altenpolitik niemanden bevormunden. Sie begrüßt vielmehr die wachsende Bereitschaft der Älteren, ihre Interessen im Rahmen von Senioren-Organisationen selbst zu vertreten.

Bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für ein gesichertes und zufriedenes Leben im Alter sind die verschiedensten Politikbereiche gleichzeitig angesprochen: So müssen Renten- und Arbeitsmarktpolitik, Gesundheits-, Wohnungsbau- und Verkehrspolitik, Bildungs- und Forschungspolitik und so weiter auf ihre altpolitischen Dimensionen hin überprüft werden. Hier müssen viele zusammenwirken. Nicht nur der Bund, dessen altpolitische Zuständigkeiten im wesentlichen auf Gesetzgebung und Förderung beispielhafter Einrichtungen begrenzt sind, sondern vor allem auch Länder und Gemeinden sind hier gefordert. Auf allen Ebenen brauchen wir die differenzierte neue Konzeption zukünftiger Altenpolitik.

dg: Wird es im Zusammenhang der Haushaltsberatungen im Bereich Ihres Ministeriums zu wesentlichen Erhöhungen der verfügbaren Mittel kommen, und/oder wird es Umschichtungen innerhalb des Etats des BMJFFG geben?

Lehr: Bei den Beratungen des Regierungsentwurfs für den Bundeshaushalt 1990 konnte ich durchsetzen, daß die Haushaltsansätze des Familienministeriums für altpolitische Maßnahmen verdoppelt werden. Bis 1993 sollen nach dem Kabinettsbeschluß dafür 72 Millionen Mark bereitgestellt werden. Ich will damit in den nächsten Jahren vor allem modellhafte Einrichtungen für ältere Menschen, insbesondere überregional beispielgebende Altenwohn- und Pflegeheime wie auch Kurzzeitpflegeeinrichtungen fördern. Außerdem sollten Projekte der Selbst- und Nachbarschaftshilfe gefördert werden, die es Älteren ermöglichen, soweit sie dies wollen, ihre Fähigkeiten und ihre speziellen Erfahrungen für andere einzusetzen.

dg: Weil Sie eine bekannte Gerontologin sind, könnte man erwarten, daß die Alten- beziehungsweise Altersforschung in der Politik Ihres Ministeriums stärker betont wird. Gibt es ent-

sprechende Überlegungen oder konkrete Programme, die in den nächsten Jahren mit finanzieller Unterstützung des Ministeriums angegangen werden sollen?

Lehr: Die Verstärkung der Altersforschung ist sehr wichtig. Es gibt immer noch zahlreiche Fragen, die wissenschaftlich geklärt werden müssen, um bald Entscheidungshilfen für die Gestaltung künftiger Altenpolitik zu gewinnen. Ich bereite daher ein Forschungsförderungskonzept vor, das sich auf vordringlich klärungsbedürftige, praxisnahe Fragen bezieht, und das ab 1990 realisiert werden soll. Beispielsweise möchte ich eine der geplanten besonders aktuellen Untersuchungen erwähnen: Es geht um die Klärung der Situation und der künftigen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Die vorhandenen Untersuchungen zu diesem Thema stammen aus dem Jahr 1978 und sind schon durch Zeitablauf überholt. Wir brauchen aber gerade hier bald aktuelle und abgesicherte Planungsdaten zur Vorbereitung weiterer politischer Maßnahmen.

dg: Wie beurteilen Sie die personelle Situation und die Perspektiven in der stationären Altenpflege? Wie kann es gelingen, bei der zu erwartenden demographischen Entwicklung und dem bestehenden „Pflegenotstand“ auch die personelle Seite der Versorgung Pflegebedürftiger sicherzustellen?

Lehr: Ich sehe die personelle Situation und die Perspektiven in der stationären Altenpflege mit einer gewissen Sorge. Wir brauchen mehr Fachpersonal, das bundeseinheitlich und kostenlos ausgebildet wird, das zufriedenstellende Arbeitsbedingungen vorfindet, gut motiviert ist, berufliche Zukunftsperspektiven hat und mit den Nöten des schweren Berufsalltags nicht allein gelassen wird. Die Bundesregierung ist bereit, im Rahmen ihrer – begrenzten – Zuständigkeit zur Verbesserung der Rahmenbedingungen beizutragen.

Nachdem wir innerhalb der Bundesregierung geklärt haben, daß dem Bund eine Gesetzgebungskompetenz für eine bundesrechtliche Neuordnung der Altenpflegeausbildung zusteht, wird das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit einen entsprechenden Gesetzentwurf erarbeiten. Er wird von einer dreijährigen Ausbildungsdauer ausgehen, einen Anspruch auf Ausbildungsvergütung einräumen und den Schutz der Berufsbezeichnung vorsehen. Damit soll die Altenpflegeausbildung den Bedingungen in der Krankenpflegeausbildung angepaßt werden.

Das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit beabsichtigt, nach Abschluß des Novellierungsverfahrens zum Heimgesetz in einer Heimmindestpersonalverordnung Regelungen dazu zu treffen, wer im

Altenpflegebereich als Fachkraft anzusehen ist, wer zur Leitung eines Heims befugt ist und wie das Verhältnis Fachkraft zu Hilfskraft beschaffen sein muß. Dies sind Regelungen, die der Bund nach der Verfassung leisten kann. Von den Ländern erwarten wir, daß sie im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Kosten des theoretischen Unterrichts der Altenpflegeausbildung übernehmen und dafür durchgängig kein Schulgeld mehr erheben werden.

Die Festlegung des Personalschlüssels in Heimen und die Anerkennung von Personalbedarf für die psychologi-

„Es wäre verfehlt, nur danach zu schauen, wie wir die Versorgung Pflegebedürftiger sicherstellen“

sche Betreuung der Mitarbeiter und Supervision, für Fortbildung und für zusätzlich aktivierende Leistungen sind Angelegenheiten der Pflegekommission der Länder. Die Tarifparteien haben durch die kürzlich getroffene Tarifvereinbarung einen guten Anfang für eine angemessene Entlohnung gemacht. Der Öffentlichkeit muß die außerordentliche Bedeutung der sozialpflegerischen Arbeit in Einrichtungen der Altenhilfe nachdrücklich bewußt gemacht werden. Wir dürfen gerade die Mitarbeiter in diesem anstrengenden Berufsfeld nicht ohne Unterstützung lassen.

Es wäre aber verfehlt, nur danach zu schauen, wie wir die Versorgung Pflegebedürftiger sicherstellen. Die Bewältigung der vor uns liegenden Probleme wird davon abhängen, wie weit es uns gelingt, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern. Wir müssen hierzu die Möglichkeiten der Prävention und der Rehabilitation voll ausschöpfen. Das Gesundheitsreformgesetz hat uns mit seinem Ansatz „Rehabilitation vor Pflege“ eine gute Handhabe gegeben.

dg: Eine „utopische“ Frage: Wie könnten Sie sich die Situation im ambulanten und stationären Altenpflegesektor im Jahr 2000 vorstellen? Was wäre nach Ihren Vorstellungen anders als heute?

Lehr: Eine Utopie wäre: Es gäbe dann keine Pflegebedürftigen. Realistisch ist aber zu hoffen, daß Pflegebedürftigkeit künftig in größerem Umfang als heute vermieden wird und daß die pflegenden Familien viel mehr als heute bei der Pflege unterstützt und entlastet werden. Dazu bedarf es sowohl eines Ausbaus präventiver Maßnahmen als auch eines besseren rehabilitativen Bewußtseins bei allen Beteiligten. Dafür brauchen wir mehr Rehabilitationseinrichtungen vor allem für ältere Menschen und mehr ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen. □

na – In bundes-
deutschen
Krankenhäusern
sind 80 Prozent
der Beschäftigten
Frauen, und damit
ist das Kranken-
haus der Dienst-
leistungssektor
mit dem höchsten
Frauenanteil. Doch
merken kann man
davon herzlich
wenig, nicht
einmal in den
Interessen-
vertretungen sind
Frauen ange-
messen repräsen-
tiert. Norbert
Andersch hat
Zahlen, Daten,
Fakten gesammelt
und bewertet

JE OBEN, DESTO "MÄNNER

Es ist bekannt und doch nicht zu glauben: Das bundesdeutsche Krankenhaus hat von allen Industrie- und Dienstleistungssektoren den höchsten Frauenanteil. 80 Prozent der dort Beschäftigten sind Frauen. Das Statistische Bundesamt in Wiesbaden gab für 1985 an, daß von 807 000 in Kliniken beschäftigten Erwerbspersonen 603 000 Frauen waren. Beim Krankenpflegepersonal sind 85 Prozent weiblichen Geschlechts, beim medizinisch-technischen Personal sind es sogar 95 Prozent. Als Hebamme arbeiten quasi ausschließlich Frauen, in den Apotheken sind es immerhin 80 Prozent. Das Krankengymnastik- und Badepersonal hat noch einen Frauenanteil von 65 Prozent. Runter geht er bei den Ärzten: 23 Prozent von ihnen sind weiblich, wobei leitende Positionen nur in fünf Prozent von Frauen ausgefüllt werden.

Je oben, desto Männer. Nun ist zwar die Gewerkschaft nicht oben, doch auch dort schlägt sich die Dominanz der Frauen im Gesundheitswesen nicht so nieder, wie angenommen werden könnte. Immerhin: Wenn die Gewerkschaft ÖTV heute mit einem Frauenanteil von 31,6 Prozent zu den Gewerkschaften mit einem besonders hohen Frauenanteil zählt und von allen DGB-Gewerkschaften seit 1973 den größten Zuwachs an Frauen hat (damaliger Frauenanteil 18,5 Prozent), so spielt dabei der Bereich Gesundheitswesen eine ganz entscheidende Rolle. Dort nämlich waren 1987 62 Prozent der



FRAUEN IM KRANKENHAUS

Mitglieder weiblich. Nur in den Krankenhäusern ist der Anteil weiblicher Mitglieder an den Organisierten mit fast 67 Prozent noch höher.

Die Hauptabteilung Gesundheitswesen stellt mit ihrem Frauenanteil nicht nur innerhalb der ÖTV, sondern im gesamten DGB den Bereich mit den meisten weiblichen Organisierten dar. Dieser relativ hohe Anteil darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß der weibliche Organisationsgrad nicht den Prozentsatz der in diesem Organisationsbereich beschäftigten Frauen (80 Prozent) erreicht. Und das ist mit erheblichen Problemen gewerkschaftlicher Organisation bei den Krankenschwestern zu erklären. Ihr gewerkschaftlicher Organisationsgrad blieb zum Beispiel im Jahr 1972 mit 9,4 Prozent nicht nur erheblich unter dem errechneten allgemeinen Organisationsgrad von 13,1 Prozent, sondern auch massiv hinter dem Organisationsgrad des männlichen Pflegepersonals (35 Prozent) zurück, wie Werner Petrowski in seinem Aufsatz „Probleme gewerkschaftlicher Organisation im Krankenhaus“, erschienen im dritten Band des Buchs „Gewerkschaft und Medizin“, angibt.

Der jetzige Organisationsgrad ist sicherlich den ideologischen Rahmenbedingungen des Krankenpflegeberufs ebenso anzulasten wie den fortbestehenden konfessionellen und Mutterhauseinflüssen. Schließlich waren, wie Hilde Steppe in „Krankenpflege im Nationalsozialismus“ angibt, noch um die Jahrhundertwende 75 Prozent des gesamten Pflegepersonals kirchlich beziehungsweise an ein Mutterhaus gebunden. Der Anteil dieser Gruppe sank bis 1928 auf 47 Prozent des Pflegepersonals und liegt heute immerhin noch bei rund 25 Prozent. In den letzten Jahren ist die Position der Schwesternschaften und Mutterhäuser sogar wieder stärker geworden, so daß einzelne kommunale und staatliche Arbeitgeber den Forderungen der Mutterhäuser nachkommen, keine Beschäftigungsverhältnisse mit Frauen einzugehen, die nicht zu den Schwesternschaften gehören. Hier spielt natürlich auch eine Rolle, daß die Kosten für die Gestellungsverträge als Sachkosten deklariert werden können und im Rahmen des geltenden Krankenhausgesetzes den Personalhaushalt entlasten.

Was Gestellungsverträge bedeuten, ist den wenigsten Berufsanfängerinnen, auch solchen, die Mitglied einer Schwesternschaft werden wollen, klar. Die Schwestern sind nämlich nicht, wie sie häufig

annehmen, Beschäftigte des Krankenhausträgers sondern Vereinsbeschäftigte. Für sie gilt Vereinsrecht, nicht das Betriebsverfassungsgesetz. Personalvertretungsgesetz und Mitarbeitervertretungsrecht treffen nicht auf sie zu. Arbeitsgerichte sind in Streitfällen zu meist unzuständig.

Eine gewerkschaftliche Organisation ist Schwestern aus Mutterhäusern mit Gestellungsverträgen praktisch lange unmöglich gewesen. Die Verleugnung des Arbeitnehmerstatus, das fehlende Vertragsverhältnis zum Arbeitgeber und die letztlich schutzlose Bindung an das Mutterhaus haben die Möglichkeiten, die eigenen Interessen in organisierter Form zu vertreten, massiv behindert. Auch heute noch ist die Einstellung der Mutterhäuser extrem antigewerkschaftlich.

Auf der anderen Seite haben sich – wenn auch in anderer Form und Ausdrucksweise – in den Gewerkschaften selbst frauenfeindliche beziehungsweise frauendiskriminierende Positionen niedergeschlagen und die Organisation weiblicher Mitglieder behindert.

Auch in Arbeiterkreisen wurden gewerkschaftlich organisierte Frauen noch weit bis ins 20. Jahrhundert hinein geringgeschätzt. Ein 1885 in Berlin gegründeter „Verein zur Vertretung der Interessen der Arbeiterinnen“ wurde im folgenden Jahr wieder aufgelöst. Die staatlichen Repressionen endeten erst 1908 mit dem Vereinsgesetz, das den Frauen das Recht gab, sich politischen oder gewerkschaftlichen Vereinigungen anzuschließen. Zu der staatlichen Unterdrückung kam das reaktionäre patriarchalische Denken männlicher Gewerkschaftsmitglieder, die noch nach 1890 auf ein Verbot der Frauenarbeit hinwirkten und erst 1892 auf dem Gewerkschaftskongreß in Halberstadt die Statuten so änderten, daß Frauen überhaupt aufgenommen werden konnten, wie Franz-Josef Furtwängler in seinem Buch „Die ÖTV – Geschichte einer Gewerkschaft“ beschreibt.

Der Freigewerkschaftliche Transportarbeiterverband, der Vorläufer der späteren ÖTV, zählte 1910 rund 6000 Frauen. Dies entsprach einem Satz von vier Prozent der Gesamtmitgliedschaft. Der Frauenanteil der gesamten Freien Gewerkschaften lag zu dieser Zeit doppelt so hoch. Bis zum Jahr 1919 war allein die Zahl der organisierten Schwestern, Oberpflegerinnen und Pflegerinnen auf über 8000 angestiegen. Wie Emil Fritz in seinem Buch „Problematik der Krankenpflege und ihrer Berufsverbände“ angibt, gehörten der Schwesternschaft der Reichs-sektion Gesundheitswesen 1928 fast 15 000 Frauen an.

In den Gewerkschaftsgremien und Führungspositionen wurden Frauen jedoch kaum berücksichtigt. Die Frauenrepräsentanz bei den 15 allgemeinen

Der niedrige gewerkschaftliche Organisationsgrad von Frauen im Krankenhaus hat viele historische Ursachen. Doch weder aus der Gewerkschaft noch aus den vielen unabhängigen Initiativen kommen Impulse zu einer Diskussion um die Interessen der Frauen. Ein Demokratisierungsschub steht aus

Gewerkschaftskongressen zwischen 1892 und 1933 blieb trotz einer Verzehnfachung des Frauenanteils fast unverändert zwischen einem und drei Prozent. Wenngleich der Anteil weiblicher Mitglieder in der Gewerkschaft ÖTV von 13 Prozent im Jahr 1950 auf über 17 Prozent im Jahr 1970 stieg, blieben sie bei den Hauptamtlichen, den Leitungsorganen und den Delegierten der Gewerkschaftstage völlig unterrepräsentiert.

Bezeichnend ist, daß selbst in einer gewissen Umbruchperiode des Jahres 1968 ganze 2,5 Prozent der Delegierten des damaligen Gewerkschaftstags weiblichen Geschlechts waren, obwohl die Gewerkschaft einen Frauenanteil von 18 Prozent hatte. Noch 1984, als bereits 29 Prozent der Mitglieder weiblich waren, stellten sie nur 12 Prozent der Delegierten. Auf dem letzten Gewerkschaftstag, 1988, waren 126 der 689 Delegierten Frauen (18 Prozent, Mitgliedsanteil 31,6 Prozent). Das in den fünfziger Jahren gegründete Bundesfrauensekretariat hat erst in den letzten Jahren durch Frauenförderpläne und Frauenförderung dazu beigetragen, daß sich die Frauen besser repräsentiert sehen konnten.

Eine kritische Sicht der Frauenarbeit unter den Aspekten der Doppelbelastung und Benachteiligung im Berufsleben gab es auch nach 1945 noch lange nicht. Die Gewerkschaften schoben lange die Probleme der Doppelbelastung auf die Frauen: Sie seien Konsequenz mangelnder Organisationsfähigkeit (siehe Gesundheitsreport 3/4/1978). Von der Benachteiligung der weiblichen Beschäftigten im Gesundheitswesen ist erstmals im Gesundheitsreport 4/5 im Jahr 1979 die Rede. Trotzdem kann deshalb nicht einmal von Ansätzen einer Frauenbewegung in den Krankenhäusern gesprochen werden. Selbst der vieldiskutierte akute Pflegenotstand und die offensichtliche Benachteiligung der Ärztinnen hat weder zu spontanen noch zu gewerkschaftlichen Initiativen geführt. Dieser dringend notwendige Impuls steht nach wie vor aus. □



DOPPELT BLIND

Wenn der Schmerz in Brustkorb unerträglich wird, wenn die Luft knapper und die Haut blasser wird, ist es höchste Zeit, den Notarzt zu rufen. Hunderttausende von Malen geschieht das Jahr für Jahr in der Bundesrepublik. Diagnose: Herzinfarkt.

Der Herzinfarkt und seine Ursachen sind in den letzten Jahren zunehmend Gegenstand großer Studien geworden. Diese verfolgten zwei Ziele: Ortung und Gewichtung von Risikofaktoren und ihrer Prävention, andererseits die Suche nach besseren und effektiveren Therapieformen in der Frühphase. Wie bei kaum einer anderen Krankheit besteht heute über diese Punkte grund-

**um – Eine Studie der EG
will nachweisen, daß
die Überlebenschancen
beim Herzinfarkt
verbessert werden,
wenn mit der massiv
eingreifenden
Behandlung, der
Fibrinolyse-Therapie,
bereits zu Hause
begonnen wird. Der
Studienaufbau hat
erhebliche blinde
Flecken**

sätzlicher Konsens. Als wichtigste Risikofaktoren gelten Rauchen, Bluthochdruck sowie Störungen im Zucker- und Fettstoffwechsel. Die effektivste Therapie ist die medikamentöse Auflösung des Blutgerinnsels, das das Herzkranzgefäß verschließt. Und je eher diese Behandlung einsetzt, um so größer ist die Schadensbegrenzung. Sechs Stunden nach einem Herzinfarkt ist die Behandlung ineffektiv, einige Studien setzen diese Zeitgrenze sogar auf vier Stunden an.

Seit vielen Jahren steht ein Gerinnsel-auflösendes Medikament mit der aus Bakterien gewonnenen Substanz Streptokinase zur Verfügung. Diese wird intravenös eingebracht und verbindet sich im Blut mit der körpereigenen Substanz Plasminogen zu einem Aktivator für das körpereigene gerinnselauflösende (= Fibrinolyse-) System. Die dabei entstehende vorübergehende Ungerinnbarkeit des Blutes schränkt die Anwendung des Medikaments ein. So sind kurz zurückliegende Operationen, bekannte Magengeschwüre, zurückliegende Hirnblutungen oder intramuskuläre Spritzen innerhalb der letzten Woche Ausschlusskriterien. Nebenwirkungen können durch eine Allergie auf die aus Bakterien gewonnene Substanz auftreten, im schlimmsten Fall kann es zum anaphylaktischen Schock kommen. Nicht ungewöhnlich sind auch erhebliche Herzrhythmusstörungen bei wieder einsetzender Durchströmung des zuvor verschlossenen Gefäßes. Insgesamt geht man von einer Nebenwirkungsrate von 0,5 Prozent aus.

Neuere Substanzen haben zwar kein Allergie-Risiko, die Blutungskomplikationen sind aber ebenso möglich, und sie sind teuer. Behandlungskosten von 500 Mark bei der Streptokinase-

Therapie stehen solche zwischen 2000 und 7000 Mark bei den neueren Substanzen gegenüber.

Als besonderer Clou wird nun seit einiger Zeit eine Neuentwicklung der Firma Beecham unter dem Handelsnamen Eminase angeboten. Es handelt sich dabei jedoch nur um alten Wein in neuen Schläuchen, besteht die Substanz doch aus einem Komplex von Streptokinase und der körpereigenen Substanz Plasminogen, der Körper braucht diesen Syntheseschritt nicht zu vollziehen. Daß die Substanz wirksam ist, ist klar und wurde in der britischen ATMS-Studie 1987 nachgewiesen, die aus ethischen Gründen abgebrochen wurde, da die Sterblichkeit unter Placebo um fast 50 Prozent höher war. Allerdings ist mit den gleichen Nebenwirkungen wie bei der herkömmlichen Streptokinase-Therapie zu rechnen. Daß die Applikationsform von Eminase-Injektion über fünf Minuten günstiger ist, stellt die Firma Beecham gern heraus, hat es bislang jedoch nicht nachweisen können, da vergleichende Studien fehlen. Wirksamkeit und Nebenwirkungsrate sind somit bis zum Beweis des Gegenteils denen der herkömmlichen Streptokinase-Therapie gleichzusetzen. Auch hier lohnt ein Kostenvergleich: Eine Eminase-Spritze kostet 2800 Mark, mehr als das Fünffache der Streptokinase-Therapie.

1988 startete die Europäische Gemeinschaft (EG) ein „Europäisches Myocard Infarkt Projekt“ (E. M. I. P.). Ziel sollte es sein, durch eine Doppelblindstudie zu zeigen, daß ein noch früherer Beginn einer Fibrinolyse-Therapie zu einer besseren Überlebenschance für den Herzinfarkt-Patienten führt. 10.000 Patienten sollen EG-weit in diese Studie einbezogen werden. Vergleichend soll gegen Placebo getestet werden, allerdings nicht mit Streptokinase. Gesponsort wird das ganze von Beecham, die Eminase kostenlos zur Verfügung stellt.

Doppelblind heißt in dieser Studie, daß bereits an Ort und Stelle, also zu Hause, auf der Straße oder im Notarztwagen der Notarzt eine Lösung dem Patienten verabreichen soll, von der weder er noch der Patient wissen, ob sie Eminase oder ein Placebo enthält, komplementär soll der Patient nach der Klinikaufnahme die zweite Lösung erhalten. Eine Fibrinolyse erhält der Patient also in jedem Fall, unbekannt ist aber der Therapiebeginn.

Bei Anwendung der Fibrinolyse-Therapie müssen Nutzen und Risiko genau abgewogen werden, die Anforderungen sind durchaus mit denen an die Durchführung einer Operation zu vergleichen. Dies erfordert eine entsprechende Erfahrung im Umgang mit der Substanz und eine vorherige entsprechende Aufklärung des Patienten. Die Entscheidung über den Therapieeinsatz trifft im klinischen Alltag in

HERZINFARKTSTUDIE

der Regel nur ein Facharzt. Die Planung der Studie ähnelt dem gegenüber der Operation auf dem Küchentisch. Denn jeder Notarzt, der an einem Zentrum tätig ist, das an der Studie teilnimmt, soll an Ort und Stelle die Indikation zur Behandlung stellen und sie unverzüglich beginnen. Da der Notarzteinsatzdienst in der Regel von Assistenzärzten der Anästhesie, Chirurgie oder Inneren Medizin wahrgenommen wird, ist damit zu rechnen, daß zwei Drittel der Notärzte mit der Fibrinolyse-Therapie nicht vertraut ist, die meisten anderen im klinischen Alltag die Behandlungsindikation nicht selbständig stellen dürfen.

Über technische Voraussetzungen wie zusätzliche Ausrüstung der Notarztwagen mit einem EKG-Mehrkanalschreiber schweigt das Studien-Protokoll. Völlig überzogen für die Bundesrepublik erscheinen die als Begründung angeführten Transportzeiten von bis zu zwei Stunden. Diese liegen im städtischen Bereich bei etwa zehn, auf dem Land allenfalls bei 30 Minuten.

Bemerkenswert oberflächlich ist die Begründung für den Einsatz von Emi-

nase: Im Protokoll wird angeführt, die Wirksamkeit sei besser als die von intravenös verabreichter Streptokinase. Belegt wird dies mit einem Verweis auf die AIMS-Studie. Diese führt zwar abschließend aus, daß eine frühzeitige thrombolytische Behandlung nach Eintritt eines Myocardinfarktes von erheblicher Bedeutung sei, um die Sterblichkeit zu reduzieren. Doch weiter heißt es: „Daraus jedoch Rückschlüsse zu ziehen bezüglich der relativen Wirksamkeit und Sicherheit von APSAC (= Eminase, d. Red.) im Vergleich zu Streptokinase oder den neueren Fibrinolytika wäre verfrüht.“ Zumindest wissenschaftlich unseriös ist eine solche auf falschen Tatsachen beruhende Studienplanung am Versuchsobjekt Patient.

Bleibt zu fragen, wem die Doppelblind-Strategie der Studie nutzen soll: Den Patienten, die möglicherweise fehldiagnostiziert und fehlaufgeklärt zu einer invasiven Behandlung kommen? Den Notärzten, die vor Ort ins kalte Wasser geworfen werden, weitreichende Entscheidungen treffen zu müssen? Oder etwa der Sponsorfirma, deren Medikament durch die Studie so propagiert werden soll, daß sich offensichtlich 28 Millionen Mark amortisieren? Fragen muß man sich aber auch, was in den Köpfen und Geldbeuteln all jener, bisher namentlich nicht bekannten Medizinern vorgeht, die diese geplante Studie propagieren. □

Eine Literaturliste ist bei der Redaktion erhältlich.



Anzeige:

Internationales Ärztliches Bulletin

Zentralorgan der Internationalen Vereinigung sozialistischer Ärzte

Reprint sämtlicher Jahrgänge (1934–1939)

Mit einem Vorwort von Florian Tennstedt, Christian Pross und Stephan Leibfried, sowie einem Titel-, Autoren-, Namen- und Sachverzeichnis.

928 Seiten, DM 48,-, Abo. DM 28,-
ISBN 3-88022-956-2

(Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik, Bd. 7)

Das „Internationale Ärztliche Bulletin“ ist eine zeitgeschichtliche Quelle ersten Ranges, deren Nachdruck einen echten Glücksfall darstellt, da sie kaum zugänglich und selbst in der angesehenen Wiener Library nur in Bruchstücken vorhanden ist. Die Herausgabe dieser Zeitschrift durch deutsche Emigrantenärzte im Prager Exil war ein verzweifelter Versuch, die internationale Öffentlichkeit sowohl auf ihr Schicksal, als auch auf die verhängnisvolle Entwicklung der Medizin im nationalsozialistischen Deutschland aufmerksam zu machen. Zum Beispiel versuchten die Herausgeber, in eine öffentliche Auseinandersetzung mit Sauerbruch einzutreten und appellierten – wenn auch vergeblich – an ihn, seine Autorität nicht für, sondern gegen die neuen Machthaber einzusetzen.

Fridolf Kudlien (Universität Kiel)

ROTBUCH VERLAG BERLIN

Der Wert des Menschen

Medizin in Deutschland 1918–1945

Katalog zur gleichnamigen Ausstellung

Herausgegeben
von der Ärztekammer Berlin
in Zusammenarbeit
mit der Bundesärztekammer

DM 32,80, Format 17,1 x 24,4 cm,
352 Seiten, zahlreiche Abbildungen
ISBN 3-926175-62-1

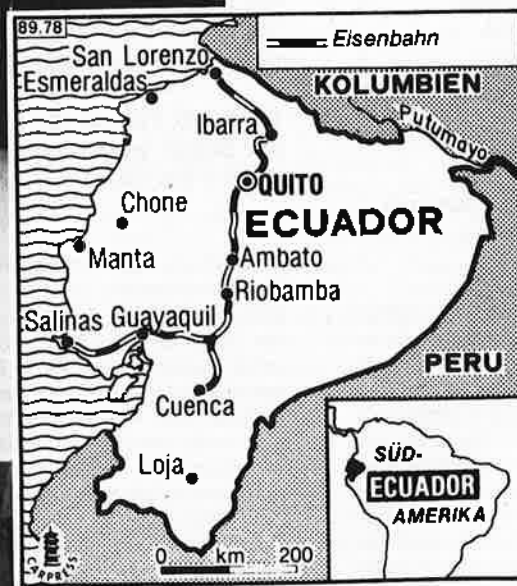
Die Weimarer Republik brachte weitgehende Reformen im Gesundheitswesen: Ausbau der kommunalen Gesundheitsvorsorge und -fürsorge, Erfolge in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten. Diese Errungenschaften und weitergehende Reformpläne fortschrittlicher Ärzte wurden im Gefolge der Weltwirtschaftskrise von 1929 zerstört, gleichzeitig erlebten sozialdarwinistische Strategien der »Ausmerze« der »erblich Minderwertigen« einen enormen Aufschwung, der Weg in das »Dritte Reich« begann nicht erst 1933.

Das allgemein verbreitete Bild vom Naziarzt als Mörder im weißen Kittel verstellt den Blick auf eine wesentlich dramatischere Tatsache: Nur wenige der Beteiligten waren Sadisten, die meisten dagegen unbescholtene Kollegen, bis heute geachtete Hochschullehrer und Forscher. Sicher, viele kamen aus dem nationalen-rechtskonservativen Lager, aber längst nicht alle.

EDITION HENTRICH BERLIN

In welcher Sprache auch immer von primärer Gesundheitsversorgung geredet wird, steht eine gemeinsame Idee dahinter, unter aktiver Beteiligung der Menschen Bedingungen zu schaffen, unter denen Gesundheit besser erhalten oder gefördert werden kann. Erdmute Pioch berichtet aus einem kleinen kirchlichen Projekt in Ecuador, das sich in besonderer Weise darum bemüht, Nicht-Experten und traditionelle Heilkundige einzubeziehen

PROMOTOREN



Der Arzneimittelschrank der Apotheke in Brlsas

Die Campesinos der Provinz Sucumbios sind fast alle Zuzügler, erst vor zehn oder 15 Jahren in das neu erschlossene Urwaldgebiet gekommen. Sie wohnen auf ihrem neuerworbenen Stück Land, häufig ist die Straße nur über einen vier bis fünf Kilometer weiten Fußweg zu erreichen. Kaum einer von ihnen besitzt ein Auto, Telefon gibt es nicht, die Wohnbedingungen sind ärmlich. Die Häuser sind meist aus Holz oder Bambus gebaut, Latrinen haben nur wenige, eine Trinkwasserversorgung gibt es nicht. Wissen über den Ursprung von Krankheiten und über vorbeugende Maßnahmen wie Wasserabkochen, Latrinenaub, Müllverbrennung und ausgewogene Ernährung ist kaum vorhanden.

Und bei Krankheiten oder Unfällen ist der Weg zum Arzt weit und beschwerlich: Zuerst der Fußmarsch zur Straße, dort muß man warten, bis ein Auto anhält und den Transport über 40 Kilometer Schotterweg – das ist die Straße in Wirklichkeit – zur Gesundheitsstation übernimmt. Da heißt es Glück haben, daß der Arzt auch wirklich anwesend ist und nicht seine freien Tage hat. Eine Reise zum Arzt muß früh am Morgen angetreten werden, damit die Familie noch eine Mitfahrgelegenheit zurück bekommt.

Die Provinz Sucumbios ist eine sehr junge Provinz. Sie wurde erst am 20. Januar ausgerufen. Vorher war sie ein wenig beachteter und der Provinz Napo angegliederter Landesteil, der sich über eine Länge von rund 300 Kilometern und eine Breite von nur 25 bis 30 Kilometern erstreckt. Sucumbios liegt direkt an der kolumbianischen Grenze. Noch vor 20 Jahren war diese Zone tiefer Urwald, ökologisch intakt und nur von einigen Indio-Stämmen bewohnt. Erst die Öllindustrie trieb die Erschließung der Gegend voran. Texaco und die staatliche Ölkompagnie CPE haben Straßen gebaut und den Zugang für die Campesinos, die Landarbeiter, freigelegt.

Campesinos sind Mestizen, die traditionell auf den Ländereien der Großgrundbesitzer arbeiteten, da das eigene Land zu klein war, um sich und die Familie davon zu ernähren. In Sucumbios bot sich ihnen die Gelegenheit, eigenes Land zu erwerben. Die einheimischen Indios dagegen zogen sich mit dem Bau der Straßen und der Landnahme immer weiter in den Regenwald zurück. Doch auch bei ihnen gibt es Unterschiede. Die Cofanen leben meist sehr zurückgezogen und haben nur wenig Kontakte zu der inzwischen entstandenen Stadt Lago Agrio. Nur die Stämme, die es selbst erst in den letzten 20 Jahren in diesen Teil des tropischen Regenwalds verschlagen hat, stehen den neuen Einflüssen verhältnismäßig offen gegenüber.

Heute wohnen rund 80.000 Menschen in der Gegend, davon etwa 20.000 in Lago Agrio. Die Gesundheitsversorgung findet in einem Krankenhaus mit 15 Betten und drei im Umland verteilten Gesundheitsstationen statt. Dies ist etwa so, als wenn das Universitätskrankenhaus St. Glitz ganz Berlin und die halbe DDR versorgen müßte.

Im Krankenhaus sind vier Ärzte beschäftigt, die Gesundheitsstationen werden jeweils von einer gut ausgebildeten Krankenschwester und einem Arzt im Anerkennungsjahr betreut. Bleiben noch einige wenige private Ärzte, die sich in Lago Agrio angesiedelt haben. Diese Praxen sind aber, weil sie wirtschaftlich arbeiten müssen, zu teuer für einen Campesino, der ohne festes Einkommen und ohne soziale Absicherung eine zumeist vielköpfige Familie versorgen muß.

Dabei gibt es mehr als genügend ausgebildete Ärzte, doch die wollen die Städte und den sicheren Verdienst nicht verlassen. Kaum einer, der einmal in einer der Universitätsstädte gelebt hat, geht freiwillig in den Urwald, wo noch heute viele Orte nur mit dem Kanu zu erreichen sind. Kein Arzt will nur mit ausrangierten Instrumenten und bei der nur unzureichenden medikamentösen Versorgung in den ländlichen Gesundheitsstationen arbeiten.

Auch eine Hilfe von außen mit Sach- oder Geldspenden oder durch ausländische Ärzte wäre immer nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Was geschaffen werden muß, ist eine Veränderung der Situation von innen heraus und unter Beteiligung der Indios und der Campesinos. In Sucumbios hilft dabei aktiv die katholische Kirche, spricht die Carmeliter Mission, die sie dort vertritt. Sie unterhält in der Gegend zwei Gesundheitsstationen, eine in Lago Agrio, die andere mitten im Urwald. Ihr Ziel ist vor allem, eine primäre Gesundheitsversorgung für die Region aufzubauen. Dazu gehören präventive und erzieherische Maßnahmen. Die wichtigste und zukunftsweisendste Arbeit der Carmeliter Mission besteht darin, ein Promotorensystem aufzubauen.

Promotoren sind gewählte Vertreter einer Dorfgemeinschaft, die den Auftrag haben, sich um alle Belange der Gesundheitsfürsorge im Dorf zu kümmern. Dafür, daß sie ihr Wissen unbezahlt den Anwohnern zur Verfügung stellen, soll ihnen als Gegenleistung die Dorfgemeinschaft in seiner Landarbeit zur Hand gehen und ihn finanziell unterstützen. Ein Gesundheitspromotor erlernt, Krankheiten zu diagnostizieren, um bei der Entscheidung zu helfen, ob ein Arzt nötig ist. In Notfällen muß er auch selbst eingreifen.

Konkret heißt das: Ein Promotor muß Malaria behandeln, bei den ortsüblichen Infektionen die richtigen Antibiotika auswählen und Würmer, Amöben und Pilzkrankungen erken-

nen können. Außerdem muß er kleine Wunden nähen und Geburten betreuen können. Zum anderen ist es seine Aufgabe, die Dorfgemeinschaft über die Entstehung von Krankheiten zu unterrichten. Unter den Campesinos ist es zum Beispiel weitgehend unbekannt, daß Malaria durch Mückenstiche übertragen wird oder daß viele Krankheiten ihre Ursachen in mangelhaften hygienischen Zuständen haben.

Nach und nach erlernen die Promotoren deshalb auch, wie praktische Krankheitsvorbeugung betrieben werden kann. Sie erfahren, wie Latrinen gebaut werden oder wie ganz einfach mit zwei Tonnen, Sand und Steinen eine „Trinkwasseranlage“ gebaut werden kann. In diesem Fall war Texaco so freundlich, 200 Tonnen zu spenden, damit die Materialbeschaffung das Projekt nicht scheitern läßt. Nun kann sich jedes Dorf zwei Tonnen von der Kirche abholen und unter Anleitung des Promotoren die Trinkwasserqualität verbessern.

Hat der Promotor häufig genug an „Weiterbildungspraktika“ bei den Ärzten der Gesundheitsstationen teilgenommen, bietet die Mission dem Dorf die Möglichkeit, eine kleine Apotheke anzulegen, zu der sie das Wellblechdach und die Erstausrüstung des Arzneimittelschranks beisteuert. Wichtig ist, daß die Anwohner die Apotheke selbst in Gemeinschaftsarbeit – möglichst auf Gemeinschaftsgrund – aufbauen. Solche Gemeinschaftsarbeit, „Mingas“ wird sie genannt, hat eine indianische Tradition, die die Campesinos weiterführen. Die Gemeinschaft trifft sich durchschnittlich einmal in der Woche, um den ganzen Tag lang eine für die Allgemeinheit nützliche Arbeit zu verrichten. Das kann der Bau eines Schulhauses sein oder das Anlegen eines Feldes, auf dem Früchte für ein Schulfrühstück angebaut werden. An den Mingas nehmen alle Familien des Dorfes teil, es wird gemeinsam gekocht, diskutiert, gearbeitet und gefeiert.

Die Traditionen der Campesinos gehen auch auf andere Weise in das Basisgesundheitsprogramm ein. Traditionelle Heiler, Hebammen, Chiroprapeuten und in der Kräuterheilkunde bewanderte Frauen sind heute noch in fast jedem Dorf zu finden, und sie genießen hohes Ansehen und Vertrauen. Das Basisgesundheitsprogramm der Carmeliter Mission bemüht sich, traditionelle und moderne Medizin nicht gegeneinander auszuspielen. Es wird auch versucht, die Promotoren an die Bedeutung ihrer eigenen Tradition zu erinnern und sie vor der Faszination der prompten Wirkung von Antibiotika zu bewahren.

Das letzte Jahrestreffen aller Promotoren im Februar, an dem rund 70 Promotoren teilnahmen, stand unter dem Thema „Traditionelle Medizin“. Schnell verselbständigte sich das Tref-



Foto (2): Pioch

fen zu einer spannenden Konferenz über verschiedene Heilpflanzen, die die Promotoren aus ihren Dörfern mitgebracht hatten und deren Wirkungen, Anwendungen und Zubereitungen verglichen und diskutiert wurden. Außerdem waren eine Heilerin, eine Hebamme und eine Kräuterfrau eingeladen worden. Sie berichteten von ihrer Arbeit, von ihren Heilmitteln und auch von den unerklärlichen Gaben, die benötigt werden, um diese Heilkünste zu erlernen. Eines der wichtigsten Ergebnisse des Jahrestreffens war, daß die Heilerinnen Respekt und Anerkennung fanden. Ein Schritt zu Annäherung von moderner und traditioneller Medizin.

Das Programm der Carmeliter Mission ist erst drei Jahre alt und steht im Moment noch stark unter ihrer Leitung und der der Ärzte der Gesundheitsstationen. Aber in Zukunft sollen sich die Promotoren selbstständig machen und sich gegenseitig anleiten. In Lago Agrio ist deshalb ein Zentrum für die Promotoren geplant, in dem sie unter eigener Regie und zu jeder Zeit – unabhängig vom Terminkalender des kirchlichen Seminarhauses – ihre Lehrgänge durchführen können. Dort wäre auch die Möglichkeit, die eigenen Materialien zu lagern, seien es Wellblech, Wassertanks für kleine Trinkwasseranlagen oder Medikamente. Auch ein Garten für medizinische Pflanzen soll angelegt werden. Heiler, Hebammen und Kräuterfrauen sollen die Möglichkeit haben, sich hier zu treffen oder die Promotoren zu unterrichten.

Aber das Zentrum wird es den Promotoren auch erleichtern, eine eigene Lobby gegen die sich bildenden Ärztevereinigungen aufzubauen. Das wird voraussichtlich nötig sein, da die privaten Ärzte aus eigentümlicher Furcht vor Verdienstausschlag den Promotoren gegenüber nicht sehr freundlich gesonnen sind. □

Der Arzt auf dem Weg in die Dörfer

Erdmute Pioch studiert Medizin in Berlin

**rb-Die Mediziner-
ausbildung soll mal
wieder auf dem
Verordnungsweg
verändert werden.
Ziel der Operation:
Weniger Studen-
tinnen und Studenten**

Unscheinbar als „Entwurf einer 7. Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte“ liegt ein Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums auf dem Tisch, durch den nach der Einführung der Arzt/Ärztin-im-Praktikums-(AiP) Phase das Medizinstudium erneut geändert werden soll. Wieder geht es um den ungeliebten Nachwuchs, der die gewohnten Einkommen zu schmälern droht und deshalb als „Ärztenschwemme“ bezeichnet wird. Doch diesmal sind nicht indirekte Wege wie AiP-Phase oder Weiterbildungspflicht im Gespräch, wie dg im Juli berichtete, sondern die Zahl der Studienanfänger soll direkt drastisch gekürzt werden.

Im Entwurf wird das wahre Ziel versteckt. Die Verordnung sei „als Sofortmaßnahme gedacht, durch die seit langem beobachtete Mängel des Medizinstudiums sobald wie möglich behoben werden sollen“, heißt es in der Begründung, die damit das gleiche Argument aufgreift, das schon für die Einführung des AiP herhalten mußte. Als „Sofortmaßnahmen“ sind vor allem Pflichtseminare in der Vorklinik und die bindende Festlegung von Höchstteilnehmerzahlen im klinisch-praktischen Unterricht auf acht bei Patientendemonstrationen und zwei bis drei bei Untersuchungen vorgesehen. All dies scheint noch nicht aufregend oder gar ablehnenswert zu sein. Stutzig macht allerdings das geforderte Hauptkriterium der Seminare, nämlich die Festlegung auf 20 Studierende, die Tatsache, daß die Seminare schon ab 1990 Pflicht sein sollen, die Kleingruppen aber erst ab 1994. Nur dein einziger Satz in dem 46-seitigen Entwurf enthüllt die Absicht der Änderung: „Damit die vorgesehe-

nen Neuregelungen ordnungsgemäß praktiziert werden können, bedarf es einer Anpassung der Zahl der Studienanfänger in der Medizin an die vorhandenen Ausbildungsmöglichkeiten.“

Daß genau diese Möglichkeiten mit der Ausweitung der scheinpflichtigen Lehre gesenkt werden sollen, zeigte die Anhörung zum Entwurf im Gesundheitsministerium. Staatssekretär Steinbach erläuterte, daß man mit den vorgesehenen Änderungen den seit langem gehegten Wünschen des Medizinischen Fakultätentags nachkomme. Die Verordnung sei nur als Zwischenschritt vor einer wirklichen Reform des Medizinstudiums gedacht, die von einer Arbeitsgruppe ab diesem Herbst vorbereitet werden soll. Sie sei nötig, da die Bundesländer sich nicht auf eine Änderung der Kapazitätenverordnung, die das Verhältnis Dozenten zu Studierenden festlegt, hätten einigen können. Wie stark die Zahl der Studienanfänger gesenkt werden müßte, damit die Fakultäten die neuen Pflichtauflagen erfüllen könnten, stünde noch nicht endgültig fest, doch hätten erste Schätzungen um die 50 Prozent ergeben.

Auch ansonsten wurde während der Anhörung kein Blatt vor den Mund genommen: Für die Fakultäten lehnte der Vorsitzende des Fakultätentags, der Pharmakologe Professor Kemper aus Münster, jede Studienreform bei mehr als 5000 statt der jetzigen 12000 Studierenden pro Jahr ab. Und der stellvertretende Vorsitzende, der Physiologe Professor Thews aus Mainz, antwortete auf die Frage, warum er die von ihm für so wichtig gehaltenen Seminare denn nicht bisher schon auf freiwilliger Basis angeboten hätte:

7. AO-Novelle

Halbiert?



Reinhold 89

„Das wäre ja nicht kapazitätswirksam gewesen!“ Um so erstaunlicher war die Einmütigkeit bei der Feststellung, daß die vorklinischen Stundenpläne für die insgesamt 132 neuen Pflichtstunden, das sind 27 Prozent mehr als bisher, eigentlich überhaupt keinen Raum mehr böten, aber leider, leider müsse deren Einführung ja nun einmal sein.


Die eigentlich „Schuldigen“ an der AO-Novelle aus der Sicht der Kürzungsbefürworter – und das waren an diesem Tag außer der studentischen Fachtagung Medizin eigentlich alle – sind die Wissenschaftsminister in Berlin, Hamburg und Saarbrücken, die eine einstimmige Veränderung der Kapazitätenverordnung verhindert haben. Aus zwei Gründen ist deshalb der Verordnungsweg gewählt worden: Zum einen sind für die Approbationsordnung

nicht die Wissenschafts-, sondern die Sozialminister zuständig, die einer Verringerung der Ärztinnen- und Ärztezahlen zugeneigter sind. Und wichtiger: Einstimmigkeit ist bei Veränderung der Approbationsordnung nicht nötig – sie kann mit Mehrheit geändert werden.

Wie viele Studentinnen und Studenten dann im nächsten Herbst wirklich zugelassen werden, steht noch nicht ganz genau fest. Ziemlich sicher ist allerdings, daß es wesentlich weniger als heute sein werden, da auch die SPD-Sozialminister für eine Kürzung sind und Nordrhein-Westfalen durch Stellenabbau bereits eine Vorreiterrolle übernommen hat. Im Sozialministerium des CDU-regierten Hessen hält man Kürzungen um 25 bis 35 Prozent für politisch machbar. ☐

Auf eine Änderung der Kapazitätenverordnung hatten sich die Wissenschaftsminister der Länder nicht einigen können. Bei der Approbationsordnung ist das einfacher: Einstimmigkeit ist für eine Einigung nicht nötig

Anzeige:



SOWJET UNION

Ein Land im Umbruch.

SOWJETUNION HEUTE. Aktuelle Informationen und Hintergründe aus erster Hand über Politik, Wissenschaft, Kultur und Alltag. Eine Monatszeitschrift mit vielen Abbildungen sowie einem Dokumententeil wichtiger Reden und offizieller Erklärungen.

■ Herausgegeben von der Presseabteilung der Botschaft der UdSSR in der Bundesrepublik in Zusammenarbeit mit der Presseagentur Nowosti (APN).
■ Die Publikation ist kostenfrei, die Versandkosten betragen jährlich 10 DM.

Coupon an: Redaktion SOWJETUNION HEUTE, von-Groote-Straße 52, 5000 Köln 51

Ich interessiere mich für SOWJETUNION HEUTE. Bitte senden Sie mir unverbindlich ein Probeexemplar mit Bestellkarte.

Name _____ Straße _____ PLZ/Ort _____

Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin



Zu gewerkschaftlich?

Eine Expertenrunde besonderer Art trifft sich alle zwei Jahre auf dem Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Teilnehmer sind vor allem die, die es angeht: Arbeitnehmer.

Ein Bericht von Gine Elsner

Es werden 35000 Besucher erwartet", sagte mir die Taxifahrerin. Vielleicht waren es aber doch nicht ganz so viele, die vom 13. bis zum 16. Juni zum Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin kamen, schließlich gab es eine attraktive Gegenveranstaltung: Gorbatschow war zur selben Zeit in Düsseldorf und bei den Hoesch-Arbeitern in Dortmund.

Seit 1975 wird der Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin im Turnus von zwei Jahren von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Arbeitssicherheit (BASi) ausgerichtet, die ihren Sitz in Düsseldorf hat. Sie hat diese Aufgabe von der damals aufgelösten „Deutschen Gesellschaft für Arbeitsschutz“ übernommen. Helmut Schüssler, Geschäftsführer der BASi, erklärt, daß er nur ungern diesen alten Namen, wenn auch nur als Untertitel und ganz klein gedruckt, für eine Übergangszeit auf dem Briefkopf gehabt habe. Zu sehr war sie im Faschismus in Verruf geraten. Die Anfang der zwanziger Jahre unter Beteiligung vor allem der chemischen Großindustrie gegründete „Deutsche Gesellschaft für Gewerbehygiene“ wurde im November 1934 umbenannt in „Deutsche Gesellschaft für Arbeitsschutz“, „unter stärkster Mitwirkung des Reichsarbeitsministeriums und der Deutschen Arbeitsfront“.

Neben den Maßnahmen zur Erhaltung einer gesunden „Rasse“ habe „der Schutz von Leben und Gesundheit des arbeitenden Menschen vor Schädigungen durch die Arbeit die größte Bedeutung“, hieß es damals im Organ der Gesellschaft, dem „Zentralblatt für Gewerbehygiene“. Doch die Institutionen des Arbeitsschutzes ließen sich in eine Politik einbinden, die weit mehr der Ausbeutung der Arbeitenden diene als ihrem Schutz.

Anfang der fünfziger Jahre konstituierte sich die Gesellschaft neu. Mitglieder waren jetzt die Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände, der deutsche Gewerkschaftsbund, die Arbeitsministerien der Länder, der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, die Vereinigung der Gewerbeaufsichtsbeamten, der staatlichen Gewerbeärzte, der Werksärzte, der Sicherheitsingenieure sowie die Großbetriebe der chemischen Industrie. „Wir haben auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes, in dem Deutschland einst führend war, viel aufzuholen“, hieß es in einer Denkschrift zu „Ziel und Aufgaben“ im April 1952.

Im Oktober des selben Jahres fand die erste Jahrestagung statt. Sie sollte ein Versuch sein, „nicht mehr mehrere Arbeitsschutztagungen in Westdeutschland durchzuführen, sondern eine einzige repräsentative Tagung, bei

Am Arbeitsschutz Interessierte und im Arbeitsschutz Tätige sollen auf dem Kongreß zusammenkommen. Im Gegensatz zu den Betriebs- und Gewerbeärzten scheint die Mehrheit der Arbeitsmediziner an den Universitäten das nicht für nötig zu halten

der die am Arbeitsschutz Interessierten und im Arbeitsschutz Tätigen sich zusammenfinden“.

Doch nach einigen weiteren Tagungen trennten sich die Professoren für Arbeitsmedizin von der Gesellschaft und gründeten ihre eigene, die „Gesellschaft für Arbeitsmedizin“. „Zu gewerkschaftlich sei es geworden“, erklärte mir mal einer von ihnen auf die Frage, warum es so gekommen sei. Der Boykott hält weiter an. Nur die Betriebsärzte und die Gewerbeärzte kommen. Sie brauchen den Kontakt zur Basis, die Mehrheit der anderen, die an den Universitäten sind, braucht ihn offenbar nicht.

Basis gibt es genug auf den Arbeitsschutzkongressen. Da stehen Gewerkschafter und Betriebsräte auf und sind unerbittlich mit den Referenten und fragen: „Was soll das Ganze?“. Wie auf dem diesjährigen Kongreß, als es um „Qualitätszirkel“ und um „Sicherheitszirkel“ ging. Da vermutete ein Teil der Zuhörer nicht ganz zu unrecht, daß solche Zirkel dazu dienen, die Arbeitnehmer stärker an den Betrieb zu binden. Psychologische Management-Methoden, aus den USA eingeführt, wie an dem ursprünglich amerikanischen Begriff „quality circles“ abzulesen ist, wurden dahinter vermutet, deren Ziel es sei, Wohlfühlen der Beschäftigten zu erreichen.

Von solchen Vorstellungen setzte sich Wolfgang Slesina in seinem Referat deutlich ab. Er hatte zusammen mit Mitarbeitern „betriebliche Gesundheitszirkel“ – ein dritter Begriff – ins Leben gerufen. In ihnen besprächen betroffene Arbeitnehmer ihre gesundheitlichen Probleme und diskutierten über Änderungsvorschläge bei Arbeitserschwernissen. Manchmal sei auch der Meister zugegen gewesen – das, so die Zuhörer später in der Diskussion, sei zu vermeiden: „Dann reden die Kollegen nicht“.

Die Konzeption solcher Gesundheitszirkel geht davon aus, daß die Arbeitnehmer selbst kompetente Experten ihrer Arbeitssituation sind. Ihr Erfahrungswissen soll zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen nutzbar gemacht werden. Die Arbeitnehmer wissen selbst oftmals am besten, warum sie sich wann und in welchen Situationen schlecht fühlen. Arbeitsbedingte Erkrankungen lassen sich so aufspüren. Dies entläßt natürlich nicht die „wirklichen“ Experten aus ihrer Verantwortlichkeit: die Betriebsärzte und die Arbeitsmediziner. Denn es gibt eine Reihe von Erkrankungen, deren (arbeitsbedingte) Ursache nicht im persönlichen Erleben herauszufinden ist.

Das gilt in besonderem Maß für Krebserkrankungen. Sie entstehen mit

langer Latenzzeit und ihre Ursachen lassen sich nach 20 oder 30 Jahren nur mit viel Spürsinn und kriminalistischer Energie auffinden. Und man braucht Experten, die statistische Methoden – epidemiologische – beherrschen und die Sachverhalte penibel recherchieren. Es war ein Verdienst des diesjährigen Kongresses, einen ganzen Nachmittag für die Behandlung der „Krebserkrankungen in der Arbeitswelt“ reserviert zu haben. Vorgestellt wurden epidemiologische Ansätze über Blasen- und Lungenkrebs.

Rainer Frentzel-Beyme vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg berichtete über die Ergebnisse einer Untersuchung von Blasenkrebskranken, in der mehrere hundert Patienten mit Blasenkrebs mit einer gleich großen gesunden Kontrollgruppe verglichen worden waren. Festgestellt wurde, daß Gießereiarbeiter, Fernfahrer und Lokomotivführer, Bergleute, Drucker, Gaswerker und Beschäftigte in Druckereien ein signifikant erhöhtes Risiko hatten, an Blasenkrebs zu erkranken. Als Ursache werden insbesondere Metallstäube, Öle, Lacke und Farben angesehen.

Wann aber gilt ein Zusammenhang zwischen einer arbeitsbedingten Belastung und einer Erkrankung als so gesichert, daß die Anerkennung und Entschädigung als Berufskrankheit erfolgen kann? Frentzel-Beyme sprach davon, daß ein zweifach erhöhtes Risiko für eine Beschäftigtengruppe ausreichen könnte, damit eine Anerkennung ausgesprochen würde. Doch da begehrte das Auditorium – in diesem Fall medizinische Experten – auf. Es wurde deutlich, daß die Bearbeitung solcher

Fragestellungen mit statistisch-epidemiologischen Methoden immer noch auf einen breiten Widerstand stößt. Doch wie sonst sollen solche Fragen beantwortet werden?

Gerade diesem Problem war ein ganzer Vormittag gewidmet worden. „Arbeitsbedingte Erkrankungen“, hieß das Oberthema. Es ging dabei unter anderem um „Anforderungen an Beweisführung und Begutachtung“. Daß dieses Thema diskutiert wurde, ging vor allem auf die Initiative von Sabine Kaiser vom DGB-Bundesausschuss zurück. Denn den Arbeitnehmern brennt diese Frage unter den Nägeln: Wann ist eine Berufskrankheit eine solche, denn nur dann gibt es Lohnersatz. Das Interesse war so groß, daß der Raum nicht für alle ausreichte. Die Initiatorin konnte dies nicht mehr erleben, Sabine Kaiser starb letzten Herbst im Alter von 41 Jahren.

Zur Diskussion war auch der Vizepräsident des Bundessozialgerichts, Krasney, gekommen. Es wurde deutlich, daß Arbeitsschutz etwas mit Sozialrecht zu tun hat und daß das Gebiet des Berufskrankheitenrechts von den Arbeitsschützern zu sehr vernachlässigt wird. Krasney sagte aber auch, daß er gar nicht so viel wisse. Denn höchstens fünf Berufskrankheitenfälle würden im Jahr vom Bundessozialgericht behandelt. es sei also gar nicht so viel Erfahrung bei ihnen vorhanden, die meisten Fälle würden abschließend von den Landessozialgerichten entschieden.

Von den mehr als 200 Referenten waren kaum mehr als zehn Prozent Mediziner. Ausdruck des Boykotts? Versuche sollten unternommen werden, dies zu ändern.

Gine Elsner ist
Professorin für
Arbeitsmedizin in
Bremen

Daß die Arbeitnehmer selbst kompetente Experten ihrer Arbeitssituation sind, entläßt die „wirklichen“ Experten nicht aus der Verantwortung: die Betriebsärzte und Arbeitsmediziner

**Klaus Dörner,
Tödliches Mitleid –
Zur Frage der Uner-
träglichkeit des Le-
bens. Oder: die Soziale
Frage: Entstehung Me-
dizinisierung NS-End-
lösung heute morgen,
Gütersloh 1988.
Verlag Jacob van
Hoddis, 120 Seiten**

Klaus Dörners kleines Buch ist eines von den wenigen, von denen man sich wünscht, daß alle, wirklich alle, die mit Sozialpolitik zu tun haben oder die in irgendeiner Weise sozial „tätig“ sind, es lesen und sich davon verunsichern lassen. Dörners Buch ist eine Vorab-Antwort auf Peter Singer und die Skandale von Wuppertal und Lainz, und sein Verdienst ist dabei vor allem zu zeigen, daß da nichts „Unmenschliches“ geschieht, von dem man sich selbstge- recht abwenden könnte.

Untersuchungsgegenstand ist der „Pannwitz-Blick“, Symbol für eine Haltung Menschen gegenüber, die diesen zur Sache, zum Ding degradiert. Pannwitz war Arzt in Auschwitz, mit dessen Blick sich der Schriftsteller Primo Levi, wie Dörner schreibt, ein Leben lang beschäftigt hat, nachdem er ihm selbst als Häftling ausgesetzt war.

Seine Untersuchungsmethode nennt Dörner „Selbstversuch“, er analysiert seine eigene Entwicklung vom Kind, das über die Todesurteile der Nürnberger Prozesse „heiße Tränen“ vergoß, zum Studenten, dessen Herz sich durch ein schwarz-weiß-rotes Fahnenmeer auf einem Treffen von Verbindungsstudenten rühren ließ. Er analysiert seine zeitweilige Hinwendung zum Marxismus als Phase der überwiegend rationalen Auseinandersetzung mit dem Nationalsozialismus. Mit ausgelöst durch den Tod des Vaters und des Lehrers Bürger-Prinz, wurde die Erkenntnis, daß auch in der Nachkriegszeit „die Gefahr der unschuldigen Tradierung und der Kontinuität menschenvernichtenden Denkens und Handelns, wenn es sich nur um die ‚anderen‘, um die ‚Soziale Frage‘ handelt,“ bestand und als Möglichkeit in jedem vorhanden ist.

Wie war es möglich, daß Menschen so gehandelt haben – auf diese immer mitgedachte Frage, wo über den Nationalsozialismus geredet und geschrieben wird, hat Dörner die, meine ich, bislang überzeugendste Antwort gefunden: Es ist die Degradierung von Menschen zur „Behandlungsmasse“, zum Ding, die notwendige Voraussetzung für eine Gesellschaft, sich jedes „sozialen Ballastes“ zu entledigen, um wirtschaftlich, militärisch und wissenschaftlich unschlagbar, vorn im Wettbewerb zu sein.

Es ist nicht neu, daß die Vernichtung der industriell Unbrauchbaren, also die Endlösung der Sozialen Frage – fixer ideologischer Bestandteil der Industrialisierung ist und auch in der Tradition der fortschrittlichen Moderne, wie Dörner schreibt, gut abgesichert. Horkheimer und Adorno haben mit ihrer „Dialektik der Aufklärung“ einen der wichtigsten Bausteine für die Gesellschaftswissenschaften geliefert. Und Roth und Aly haben dies für den Nationalsozialismus konkretisiert. Dörner beruft sich ausdrücklich auf sie.

Gleichwohl führt er erneut den Nachweis, daß es zur Logik der bürgerlichen (nur der?) Industriestaaten gehört, die in der Produktion Unbrauchbaren auszusondern und an den Rand zu drängen oder sogar zu vernichten. Er tut dies anschaulich für die Vergangenheit, aber auch für die Gegenwart und greift dabei zurück auf ältere eigene Denkansätze: Wie therapeutischer Idealismus den Prozeß, Menschen zu degradieren, befördert. Wie die Diskussion um Sterbehilfe die Ausschaltung der teuren Alten und Kranken noch als Werk des Mitleids erscheinen läßt. Wie sehr es – als wäre das Buch nach dem gerichtlichen Verbot, ein Altenpflegeheim in einem reinen Wohngebiet zu errichten, geschrieben worden – das Ordnungsgefühl der Täter-Bürger stört, mit den Häßlichen, Verwirrten, Desorientierten konfrontiert zu sein.

Neu ist der parallele Versuch Dörners zu erklären, wie sich diese Ethik der industriellen Brauchbarkeit in den Köpfen festgekrallt hat und daß sich davon niemand, und empfände er oder sie noch so viel Abscheu, nur mit dem Kopf frei-

machen kann. Wie recht er hat, ist gerade in der letzten Zeit mehrfach bestätigt worden: In der Debatte um der australischen Bioethiker Peter Singer, in der immer wieder mitleidig die sogenannten „schweren Fälle“ heranzitiert wurden, um deutlich zu machen, daß es ethisch sei, behinderte Säuglinge zu töten. In den Gutachten von Schorsch und Maisch über die Wuppertaler Krankenschwester Michaela Röder, die aus Mitleid getötet haben soll.

Wie kann die Lücke gefüllt werden, die die an Bedeutung verlierende christliche Ethik hinterläßt? Immerhin war sie nicht nur Ausdruck des Prinzips der Fürsorge und Verdinglichung, sondern oft auch die einzige Kraft, der jeder Mensch als heilig galt. Wie läßt sich eine Ethik der Solidarität wirksamer machen? Dörner gibt auf diese selbst gestellte Frage keine Antwort, und es gibt wohl niemanden, der das zur Zeit könnte. Aber er nennt einige Anhaltspunkte dafür, daß es geht, daß aus der Geschichte gelernt werden kann: der sich langsam verändernde Umgang mit den Opfern des Nationalsozialismus, die nicht einmal eine symbolische finanzielle Entschädigung erhielten, die von Lafontaine angeschobene Diskussion um Arbeitslosigkeit und Arbeitszeitverkürzung und die Hospizbewegung.

Auch Hans Jonas' „Prinzip der Verantwortung“ als handlungsleitende Maxime, das Dörner als hilfreich ansieht, wird meines Erachtens nicht die Frage beantworten, was denn statt „Vergiftung der Behinderten“ gemacht werden soll. Jonas nämlich beschränkt sich auf den Ansatz, vom einzelnen ein der menschlichen Gattung gegenüber verantwortbares Handeln einzufordern. Vielleicht können die jetzt in den Gewerkschaften geführten Diskussionen anläßlich des Becham-Prozesses, wo auch über Bedingungen für verantwortliches Handeln nachgedacht wird, ein Stück weiterhelfen. Vielleicht auch der ökologische Ansatz, daß komplexe System nur dann langfristig überlebensfähig sind, wenn sie „fehlerfreundlich“ sind. Die Individuen sind nicht so frei oder so stark, daß ihre Entscheidung für verantwortliches Handeln sich auch immer umsetzen ließe.

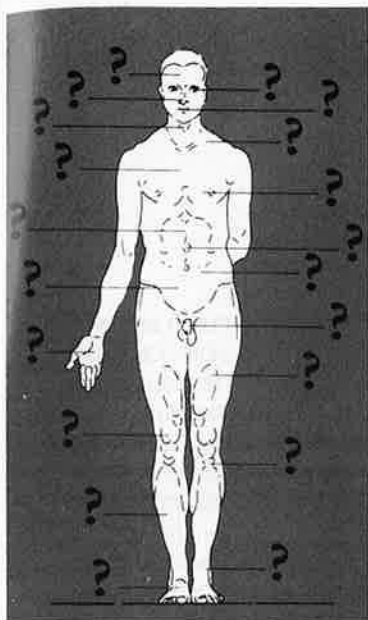
Es könnte ein Schlüssel sein, die von Dörner so eindringlich beschriebene Entwicklung von der Zwei-Drittel-Gesellschaft zur Ein-Drittel-Gesellschaft an die Wand zu malen und zu fragen, ob es denn politischer Wille ist, daß überhaupt jemand in der Mitte oder am Rand des Tellers steht. Daß es lohnt, um die Einstellung der politisch Verantwortlichen zu kämpfen, hat nicht zuletzt Dörners starkes Engagement in der Debatte um die Sterilisation der „Nicht-Einwilligungsfähigen“ gezeigt. Aber: wenn es die Gesetze des Marktes sind, die nur die Anpassungsfähigsten im Zentrum lassen, so muß das doch auch berücksichtigt werden, wenn über Alternativen nachgedacht wird. Die Zentrifugalkräfte einer Gesellschaft, um ein Bild Dörners zu übernehmen, sind die Individuen nicht allein.

-ud

**Ernst Günther
Schenck,
Patient Hitler,
Düsseldorf 1989.
Droste-Verlag,
588 Seiten, 68 Mark**

Er hatte einen normalen Krema- sterreflex, Mundgeruch und war häufig obstipiert. Von einem ganz normalen Menschen ist die Rede, nicht von einem diabolischen Psychopathen: von Hitler. Insofern ist die Zusammenstellung von Ernst Günther Schenck lesenswert. Der Autor war Arzt und sah Hitler zwölf Stunden vor dessen Tod. „Der unmittelbar vor seinem Tod stehende Hitler erzeugte in mir grenzenlose Ernüchterung“, schreibt der Verfasser, „das Auge, das er auf mich richtete, startete schmerzhaft. Er schaute nicht mehr strahlend, das Weiße war getrübt...“

Aber der Autor schreibt das Buch nicht, um die menschliche Normalität Hitlers aufzuzeigen. Es geht ihm nicht darum, die Banalität des Bösen darzustellen. Sein Anliegen ist, Hitlers Ehre zu retten: zu beweisen, daß Hitler nicht sexuell abnorm war, sondern voller normaler Mannbarkeit. Keine „sexuelle Verklammerung“ wäre an Hitler



**Der ganze Mensch und
die Medizin,
Hamburg 1989.
Argument-Verlag,
Sonderheft AS 162,
172 Seiten,
18,50 Mark**

Warum, so frage ich mich, bereitet das Lesen des Argument-Sonderhefts solche Mühsal. Warum geht von den Texten eine solche Müdigkeit aus, daß man selbst im Urlaub – ausgeruht und mit Muße – den Band immer wieder aus der Hand legt?

Nein, falsch ist es nicht, was in den Texten steht. Und nach dreimaligem Neulesen auch dem langjährigen Insider klar. Trotzdem: Ein gequältes Deutsch, ein vermeintlich intellektuelles Insidergequas. Textprobe: „... muß festgehalten werden, daß die Autopoiesis-Kritiker nicht in der skizzierten Weise die ursprüngliche Abstraktion wieder aufheben, sondern vielmehr von der Abstraktionsfähigkeit, die zu ihren Grundbegriffen über das Sensorium geführt hat, abstrahie-

ren und die somit zweifachen Abstraktionsprodukte zur Grundlage ihrer Organismus-Theorie machen. Und nur vor diesem Hintergrund macht die aphoristisch gemeinte Aussage Sinn: 'Leben ist Erkennen'“ (S. 63f).

Und so geht es in einem fort, nicht Ausnahme sondern Regel. Wenn Leben etwas mit Erkennen zu tun haben soll, dann sind eine Menge dieser Texte schon lange tot und begraben.

Wem solcher Stil nichts aus- oder gar Freude macht: Der Argument-Sonderband versucht, leider reichlich willkürlich, unterschiedliche Aspekte zur „Ganzheitlichen Medizin“ zusammenzutragen. Den Schwerpunkt bilden dabei Diskussionsbeiträge zu den Theorien des chilenischen Neurobiolo-

gen Humberto R. Maturana, dessen Buch „Der Baum der Erkenntnis“ auch in der Bundesrepublik viele Leser gefunden hat.

Der Ansatz ist löblich. Gedacht als Überblick, bleiben aber am Ende mehr Fragen als Antworten. Wie immer beim Argument sind einzelne Beiträge hervorragend, insbesondere Hagen Kühns Ausführungen „zum politischen Gehalt des Ganzheitsanspruchs in der Medizin“. Weit weg von Modethemen und stromlinienförmigen Trendargumenten hat sich Kühn den klaren Blick auf grundlegende Strukturen und Folgen ökonomischer Verhältnisse nicht verstellen lassen. Von daher ist auch dieses Heft ein Muß für alle Interessierten, aber leider kein Genuß.

na

zu finden; er führte mit Eva Braun ein eheähnliches Verhältnis. Hitler habe in der Zeit, „auf die es ankommt“, „ein altersgemäßes Mannesleben geführt“.

Von sowjetischer Seite, schreibt der Verfasser, seien angeblich Beweise vorgelegt worden, „daß Hitler sich nicht wie ein Soldat verhalten, sondern sich vergiftet habe und elend wie ein Hund verreckt sei ... Deswegen möge diese medizinische Biographie mit dem Bericht darüber abgeschlossen werden, wie Hitler wirklich starb“. Und zur „Ehrenrettung“ Hitlers postuliert der Autor, daß Hitler auf eine Blausäurekapsel gebissen und sich im selben Augenblick erschossen habe. „Er erschoss sich und vergiftete sich gleichzeitig ...“ – Als gebe es im Jahre 1989 keine anderen Probleme!

Ernst Günther Schenck, geboren 1904, war seit 1934 oder 1935 Mitglied der SA, seit 1939 Mitglied der NSDAP und des NS-Ärztebundes. Kurz nach Kriegbeginn, Ende September 1939, schreibt er über sich selbst, „wurde der Verfasser zur Reichsärztekammer nach Berlin befohlen“ und wurde vom Reichsgesundheitsführer Dr. Conti „zu dessen ärztlich-wissenschaftlichem Beauftragten bei den mitbestimmenden Ministerien, insbesondere beim

Reichsminister für Ernährung und Landwirtschaft, bestellt“. Es folgte seine Ernennung zum „Ernährungsinspekteur“ und seine Versetzung zur Waffen-SS. – „Der Verfasser verschweigt nicht, daß er seit Ende 1942 Einblick in die Hungerverhältnisse in den Konzentrationslagern erhielt ... Ab Mai 1945 Kriegsgefangenschaft in der Sowjetunion bis Dezember 1955“.

Was er aber verschweigt, ist folgendes. In seiner Funktion als „Ernährungsinspekteur“ war er beteiligt an Ernährungsversuchen an Häftlingen im KZ Mauthausen – worauf Walter Wuttke 1980 hinwies. Er war beratender Facharzt für Ernährungsfragen des „Lebensborn“. Er war weiter beteiligt an Projekten zur Heilpflanzenkunde, in deren Rahmen Homöopathie-Versuche an Tuberkulösen im KZ Dachau durchgeführt wurden. Offenbar im Auftrag des Reichsärzteführers Gerhard Wagner wurde Schenck mit dem Entwurf von Modell-Krankenhäusern betraut; als Vorbild für derartige Einrichtungen diente ihm – darauf verwies Alfred Haug 1985 – die chirurgisch-orthopädische Heilanstalt Hohenlychen des Karl Gebhardt, der dort Transplantationsversuche an Häftlingen vornahm und deshalb im Nürnberger Ärzteprozeß zum Tode verurteilt wurde.

Jetzt, 85jährig, tritt der Verfasser an und verteidigt Hitler. Da ist die Rede davon, daß Hitler „wirken durfte“, daß er „Berufung empfand, Größtes und Einzelstes intuitiv alleine zu entscheiden“. Vegetarier sei Hitler gewesen, denn „Leichenfleisch erzeugte Schuldgefühl“. Er wollte nicht „aus Tod und Abschachtung eines Tieres zu seinem Nutzen (einen) Vorteil ziehen“. „Doch war es etwas anderes“, fährt der Autor fort, wenn Hitler „sich und die Seinen, zu deren Schutz und Wohl er sich berufen fühlte, gefährdet, ja mit Vernichtung bedroht sah. Dann wandelte er sich, dann wurde er zum reißenden Tier, das andere aus der ‚Schlucht‘, der ‚Schanze‘ heraus angriff, um den Feind zu vernichten, ja auszurotten“. Schlucht? Schanze? Feind? Ausrotten ...? Wolfsschanze hieß das Führerhauptquartier in Ostpreußen, Werwolf („reißendes Tier“) hieß es in der Ukraine. Aber wo waren die Feinde?

Auch von ärztlicher Berufsethik ist in dem Buch die Rede, aber von einer ganz merkwürdigen. Mit Morell, Hitlers Leibarzt, rechnet der Autor ab. Dieser „ehrgeizige und eitle Morell“, der „polypragmatisch“ drauf los therapierte. Karl Brandt, den Hitler 1942 zum Generalkommissar für das gesamte Gesundheitswesen machte und

der im Nürnberger Ärzteprozeß zum Tode verurteilt und gehängt wurde, wird zitiert. Er schrieb im August 1945 in amerikanischer Gefangenschaft über Morell: „Er hat zweifellos das Ansehen des deutschen Arztes ... vor allem in seiner Berufs-Ethik in einer unverantwortlichen Weise geschädigt“.

Nicht nur Karl Brandt wußte von den grauenhaften Versuchen an KZ-Häftlingen. Ernst Günther Schenck muß auch davon gewußt haben: Dennoch ist der einzige Arzt, über den sich der Autor aufregt, Theodor Morell: „Eine Minusfigur“. Er habe die Berufs-Ethik der Ärzte erschüttert – andere nicht.

Und noch etwas anderes ist erschreckend. Daß dieses Buch – soweit es besprochen wurde – durchweg auf freundliche und wohlwollende Rezensionen stieß: „Hitler als Möglichkeit des Normalen zu verstehen“ – dazu leiste Schencks Biographie einen Beitrag, heißt es in „Die Neue Ärtliche“. Die pluralistische „Ärzte-Zeitung“ spricht von einem „fakten- und detailreichen, aber dennoch spannenden Buch“. Und in der liberalen „Zeit“ ist von „bedeutenden Verdiensten der Arbeit“ die Rede. Keiner der Rezensenten sieht aber, daß hier ein Autor antritt zu entschuldigen.

Gine Elsner

impressum

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1, Tel. 0228/693359 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

Anzeigenleitung: Pahl-Rugenstein Verlag, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 3600239.

Redaktion:

Chefredaktion: Ursula Daalman (ud) (V.i.S.d.P.), Joachim Neuschäfer (jn)

Ausbildung: Reinhard Busse (rb), *Demokratisierung:* Edi Erken (ee), *Frauen:* Karin Kieseyer (kk), Monika Gretenkort (mg), *Ethik:* Helmut 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:* Gunar 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. Kündigungsfrist: 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 Oktoberheft: 8. September 1989

Graphik: Christian Paulsen

Titelblatt: laif, yn, ud

Layout: Ursula Daalman, Joachim Neuschäfer

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

ISSN: 0932-5425

Liebe Leserinnen, liebe Leser

Die von uns aus politischen und ökonomischen Gründen angestrebte Zusammenarbeit mit der Zeitschrift „Dr. med. Mabuse“ findet leider nicht statt. Folgenden Beschluß übermittelte uns die Mabuse-Redaktion am Tag nach einer gemeinsamen Diskussion der Redaktionen in Frankfurt: „Das Fusionsangebot der dg-Redaktion (und des PRV), eine Übernahme der dg-Abos bei Schaffung einer vollen Redakteursstelle für eine/n Redakteur/in des dg haben wir auf dem Mabuse-Redaktionstreffen am 19.8. in Frankfurt mit 17 zu einer Stimme abgelehnt. Die Schaffung einer weiteren Redakteursstelle steht für unser Projekt derzeit nicht zur Diskussion; abgesehen von Zweifeln an der Finanzierbarkeit wäre eine solche ein erheblicher Eingriff in unsere Projektstrukturen. Wir befürchten darüber hinaus, daß sich die unserer Meinung nach noch immer großen politischen und strukturellen Differenzen nur lähmend auf die konkrete Arbeit auswirken würden. Wir möchten diese Entscheidung jedoch nicht als strikte Abgrenzung verstanden wissen. Unser Projekt ist nach wie vor für eine inhaltliche Mitarbeit von dg-Redakteuren und Autoren offen.“

Wie ist das Scheitern der Fusionsverhandlungen zu erklären? Mit unangemessenen Forderungen der dg-Redaktion? Mit Ressentiments und langgewachsenen Vorbehalten? Mit der unterschiedlichen Geschichte und Ausrichtung der beiden Projekte oder den unterschiedlichen Redaktionsstrukturen?

Gescheitert sind die Fusionsbemühungen wohl vor allem deshalb, weil es nicht gelungen ist, eine politische Diskussion über Ziele und Möglichkeiten eines fusionierten Projekts zu führen. Gemeinsamkeiten gibt es genug für eine solche Diskussion, aber auch genügend Stoff für Auseinandersetzungen über Theorie und Alltag der Linken. Wir meinten, daß die alten Differenzen zwischen der sogenannten traditionellen Linken und der „Sponti-Linken“ sich in der Realität längst abgeschliffen und ihre Bedeutung verloren haben. Es geht in den Achtzigern um neue Wi-

dersprüche, die quer durch alte politische Lager laufen. Die Lagerbestände an Theorie reichen nicht mehr aus, und die Linke muß beginnen, neue Themenfelder zu besetzen, auch wenn viele gute Programme noch auf ihre Umsetzung warten. Die Diskussion darüber, so meinen wir, sollte unter dem Dach eines linken Grundkonsenses fruchtbringend geführt werden können.

Beide Zeitschriften hatten sich im Laufe der letzten Jahre gründlich verändert: In den Dr. med. Mabuse haben Themen wie Krankenpflege, Krankenkassenpolitik, Arbeitsschutz und Tarifpolitik Eingang gefunden. In dg fand sich mehr und mehr wieder, daß Subjekte der Veränderung nicht allein in den Gewerkschaften sitzen. Mabuse ist nicht mehr die Zeitschrift für Studenten und die Gesundheitsbewegung, dg nicht mehr allein für die sogenannte gewerkschaftlich-orientierte Linke im Gesundheitswesen.

Wir versprochen uns eine gute Diskussion mit Mabuse über Probleme, mit denen dg jetzt zu kämpfen hat, und von denen wir annehmen, daß sie auch Probleme des Mabuse sind oder sein werden. Zum Beispiel das des Zusammenspiels von Professionalisierung im Bonner Büro und starker beruflicher und familiärer Einbindung der dg-Basisredaktion. „Bei meiner Arbeitsbelastung ist eine solche Redaktionsarbeit einfach nicht/nicht mehr drin“, hörten wir öfter von Alten, die gingen, und von Neuen, die nur ein paar Mal kamen. Der Aufstieg auf der Karriereleiter, Niederlassung, Familie, Kinder, Arbeit in Kammern, Listen oder Gewerkschaft haben die Redaktion auf eine eingeschlossene Truppe zusammenschmelzen lassen, zu der der Zugang nicht ganz leicht ist. Die Konsequenz von dg war, immer mehr Arbeiten, vor allem Technisches und Organisatorisches, auf die hauptamtlichen Redakteure zu verlagern, um Raum für Inhaltliches zu bekommen. Sie mußten mehr und mehr Entscheidungen fällen und „Löcher füllen“, wo sonst Leerstellen geblieben wären. Es lief und läuft auch so, und das genau ist das Problem. Das

Engagement des Redaktionskreises und der Herausgeberinnen und Herausgeber sank, es gab weniger Mund-zu-Mund-Propaganda, weniger Werbung, null Freiverkauf und einem langsamen Rückgang der Abonnenten seit 1986.

Aber auch unsere positiven Erfahrungen mit der Professionalisierung sollten in die Debatte eingehen, zum Beispiel in Sachen Layout, Planbarkeit oder schnellem Reagieren auf aktuelle Ereignisse, auch wenn dann nicht immer die ganze Redaktion befragt werden kann. Leider kam von unseren Vorschlägen an, wir wollten die Struktur des Mabuse aus den Angeln heben. Mit einer neuen Diskussion über Konzepte, fürchtete die Mabuse-Redaktion, könne ein gerade erreichtes „labiles Gleichgewicht“ zwischen Hauptamtlichen und Basis zerstört werden. Ein Mißverständnis, das sich an unseren Vorschlägen zu Strukturen, die wir im April der Mabuse-Redaktion geschickt hatten, festmachte.

Politische Forderungen auch persönlich im Alltag umzusetzen, ist eine der wichtigen Vorstellungen der dg-Redaktion. Qualifikation, Flexibilität und hoher Arbeitseinsatz sind auch bei dg gefragt. Aber mit dem Trend, diese Anforderungen mit zurückgeschraubten sozialen Ansprüchen zu verbinden, mochten wir uns nicht anfreunden. Die Gehälter unserer beiden Hauptamtlichen, obwohl noch immer weit unter Tarif, haben nicht zuletzt zum hohen Defizit von dg beigetragen. Auch dieses Thema gab Zündstoff in der Debatte mit dem selbstverwalteten Projekt Mabuse, dem sich die Frage der Kostendeckung sehr viel härter stellt als bei den dg-Hauptamtlichen, die Lohnforderungen gegenüber einem Verlag anmelden konnten. Der Streit war überflüssig: Die Schere der Gehälter bei beiden Zeitschriften ist, wie wir später hörten, ziemlich schmal geworden.

In Debatten, in denen dem Gegenüber kein Vertrauensvorschuß gegeben wird, kann viel mißverstanden werden. Dieser „Kredit“ wurde uns nicht eingeräumt. Um dem Projekt

eine letzte Chance zu geben, zog die dg-Redaktion auf dem gemeinsamen Treffen in Frankfurt das zurück, was sie an Vorstellungen über eine Fusion, Strukturen und Löhne formuliert hatte. Wir beschränkten unsere Forderungen auf die Einstellung eines der beiden dg-Hauptamtlichen, wenn zumindest 1500 dg-Leserinnen und Leser ihr Abonnement aufrechterhalten würden. dg seinerseits würde dem Pahl-Rugenstein Verlag die Rechte abkaufen und in den Mabuse miteinbringen.

Aber auch das hatte keinen Erfolg. Obwohl die Mabuse-Redaktion unser neues Angebot als fair ansah, blieben zu viele Vorbehalte, daß sich alte Auseinandersetzungen zwischen „traditioneller Linker“ und „basisorientierter Linker“ wiederholen könnten, daß viele Mabuse-Abonnenten abspringen würden, daß aus dem koordinierenden Büro eine zu starke „Zentrale“ würde, und und und. Viel Öl in das Feuer hatte auch der „Spiegel“ mit einer Veröffentlichung gegossen, in der Erich Honecker, die DKP, der Pahl-Rugenstein Verlag – und dg gleich mit – munter in einem Topf zusammengeführt wurden. Einige Anmerkungen dazu machten wir schon in dg 7-8/89.

Den staatstragenden Konsens, daß bestimmte Teile der Linken in der Bundesrepublik aus der Debatte ausgeschlossen gehören, hat dg nie mitgetragen. Daß auch dort eine Auseinandersetzung mit der Vergangenheit und ein Prozess der Erneuerung in Gang kam, bestätigte uns in dieser Haltung.

Es bleibt uns die unangenehme Aufgabe, Ihnen mitzuteilen, daß der Verlag in einer Krise steckt und wir mittendrin. Die Leitung des Pahl-Rugenstein Verlags hat festgestellt, daß dg in der bisherigen Weise nicht weiter erscheinen kann, weil unser Defizit nicht tragbar ist. Das bedeutet, daß wir die bisher betriebene Trennung von Verlags- und Redaktionsaufgaben, eine weitere Ursache für das hohe Minus, aufheben. Es geht um Senkung der Ausgaben in den Bereichen, wo sie möglich ist:

Die fristlose Kündigung gegen dg-Redakteur Peter Schröder ist null und nichtig. Zu diesem erfreulichen Ergebnis ist das Bochumer Arbeitsgericht in seiner Verhandlung der Klage von Peter Schröder gegen den Träger des Bochumer Elisabethen-Hospitals gekommen. Peter Schröder war im Februar fristlos entlassen worden, weil er sich an der Kampagne des „stern“ gegen den Paragraphen 218 beteiligt hatte. Die Begründung des Gerichts ist erstaunlich: Es sei nicht Aufgabe der Kirche, weltliche Strafrechtsparagrafen zu schützen. Und: Peter Schröder habe als Arzt ein berufliches Interesse am Paragraphen 218 und dürfe dieses auch wahrnehmen. Na bitte.

Wiedereingestellt ist Peter Schröder deshalb aber noch nicht. Die Elisabethen Stiftung, Trägerin der Bochumer Klinik und Beklagte, wird wahrscheinlich in die Berufung gehen.

Danken möchten wir herzlich den Leserinnen und Lesern, die ihre Solidarität mit Peter Schröder zum Ausdruck gebracht haben. Rund 8000 Unterschriften mit der Forderung, Peter Schröder wieder einzustellen, waren bei der ÖTV Bochum eingegangen.

an erster Stelle bei Satz und Druck und im Vertrieb. Auf der anderen Seite bemühen wir uns um die Erhöhung der Erlöse. Ein erster Schritt ist, daß die Bonner Redaktion den Bereich Anzeigenakquisition selbst in die Hand genommen hat, was sich bereits in den letzten Heften niedergeschlagen hat. Offen ist noch, ob wir im nächsten Jahr die monatliche Erscheinungsweise aufrechterhalten.

Herausgeberinnen und Herausgeber, Redaktion und Verlag werden am 2. September in Bonn diskutieren, wie es weitergeht. Es grüßt Sie

Ihre dg-Redaktion

PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000KOELN
G 2961 E 394711 351

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: