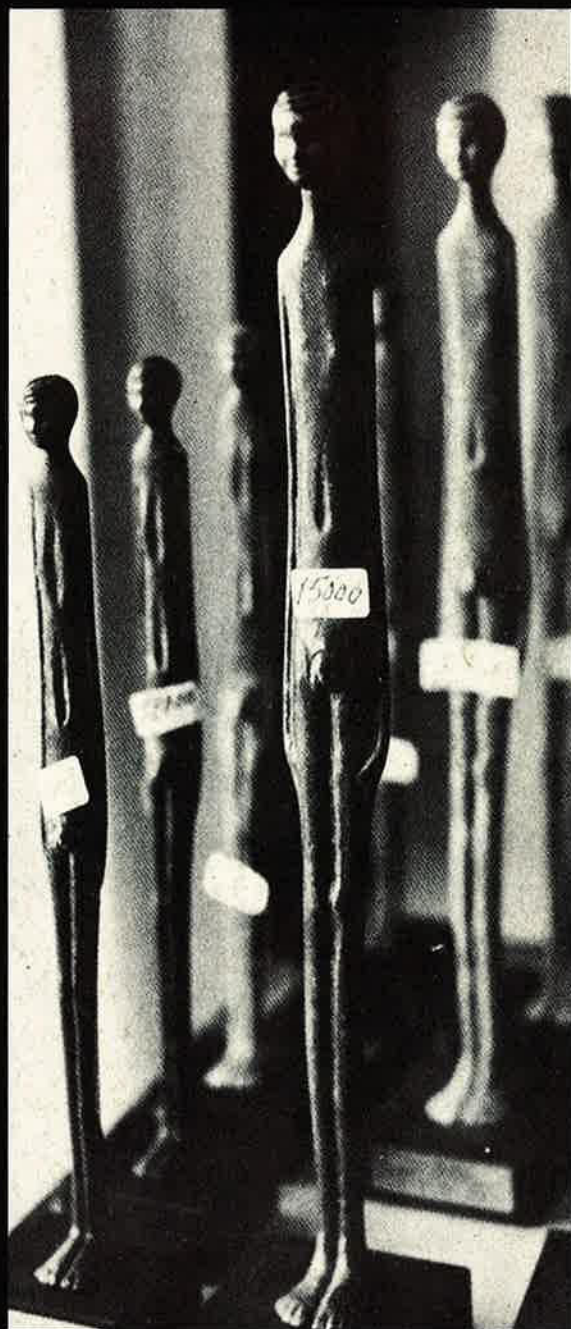


dg

Demokratisches
Gesundheitswesen
Nr. 7-8 · Juli/August 1989
Einzelheft 5 Mark
G 2961 E

**ALLOPATHIE ·
NATURHEILKUNDE ·
HOMÖOPATHIE**

**IN ALTER
FEIND-
SCHAFT?**



**NEUE ETHIK ?
PETER SINGER
AUSGELADEN**

PFLEGE – EIN PROZESS

**GRÜNES LICHT
GENTEC**

**WEGWEISER
BEECHAM-URTEIL**

Tarifabschlüsse Krankenpflege

RIESEN SCHRITT



*Kalle Jung ist Sozialarbeiter und
Personalratsvorsitzender der
Universitätsklinik in Freiburg*

Es muß wohl so sein bei Tarifabschlüssen: Als Gewerkschafter sieht man sie meist mit einem lachenden und einem weinenden Auge. Trotzdem scheint mir alles in allem in der Krankenpflege eher Feiern angesagt als Trauern.

Deshalb die Kritik gleich vorneweg: Das Ziel, mit der Neubestimmung des KR-Tarifvertrags Eingruppierungsmerkmale zu schaffen, die den veränderten Bedingungen der Pflege gerecht werden, ist im zähen Ringen um Stufen und Zuschläge untergegangen. So bleiben uns die eher mittelalterlich anmutenden Unterstellungsmerkmale erhalten. Von Teamarbeit und Gruppenpflege keine Spur.

Das Ergebnis für die OP- und Intensivpflege bleibt erheblich hinter dem zurück, was für die sogenannte Normalpflege erstritten werden konnte. Schwestern und Pfleger müssen schon blöd sein, jetzt noch in den Intensivbereich zu wechseln, wo sie kaum mehr verdienen und auf das „kaum mehr“ auch noch jahrelang warten müssen. Vor allem für die Universitätskliniken wird diese Schwäche des Tarifvertrags noch unangenehme Folgen haben, weil dort der Rhythmus der gesamten Pflege wesentlich durch die OP- und Intensivbereiche diktiert wird.

Schon mehr als ärgerlich ist die Sturheit der Arbeitgeberseite in Sachen Verbesserung für die Auszubildenden in der Krankenpflege. Lasche 52 Mark 50, brutto, versteht sich, Schichtzulage offenbaren eine die Schmerzgrenze überschreitende Ignoranz. Für die bereits jetzt offen bleibenden Ausbildungsplätze wird man damit kaum jemanden anlocken können. Daß der ÖTV hier die Hände gebunden waren, verweist auf schon länger zurückliegende Tarifsünden.

Der Hammer des ganzen Abschlusses ist mit Sicherheit, daß

der Tarifvertrag auch für die Altenpflege durchgesetzt werden konnte – eine Pionierleistung der Gewerkschaft, deren Wert für die Kolleginnen und Kollegen in der Altenpflege weit über die satte Lohnerhöhung hinausgeht. Die Anbindung an den Tarifvertrag wird die Solidarität innerhalb der Altenpflege genauso fördern wie den Zusammenhalt zwischen Krankenhaus und Altenheim.

Der eigentliche Grund zum Feiern aber ist das gestiegene Selbstbewußtsein des Pflegepersonals, die Phantasie und Begeisterung, mit der Krankenschwestern und Krankenpfleger die Zwangsjacke „Dienen“ gesprengt und damit einen Riesenschritt in Richtung Emanzipation gemacht haben. Da wurden erstmals in der Geschichte der Krankenpflege Warnstreiks durchgeführt mit einer Selbstverständlichkeit, als lägen Jahrzehnte kampferprobter Tarifierfahrung hinter den Schwestern und Pflegern. Die Binsenweisheit hat sich bestätigt: Bei allem Drumherum entscheidet letztendlich die Streikbereitschaft darüber, wie gut oder schlecht ein Tarifabschluß wird. Darauf, daß dieser KR-Abschluß weit über allem liegt, was die ÖTV in den letzten Jahren abschließen konnte, darf das Pflegepersonal mit Recht stolz sein.

Überheblichkeit allerdings wäre fehl am Platz: Ein Teil des Ergebnisses geht auf Rechnung des Pflegenotstands. Wo viele Stellen nicht besetzt werden können, weil examiniertes Personal fehlt, wird die Krankenschwester zur gesuchten Arbeitskraft. Und in einem Land, in dem Marktgesetze alles Mögliche und Unmögliche regeln, sind Raritäten eben etwas teurer, auch auf dem Arbeitsmarkt.

Die Bereitschaft aber, sich zur Wehr zu setzen, macht Hoffnung: Bei den künftigen großen Lohnrunden wird das Pflegepersonal kaum wie bisher nur als Zuschauer dabei sein.

Report

- Arzneimitteltherapien
In alter Feindschaft 14

Ethik

- Der Tierfreund
Skandal um Bioethiker Singer 22
Ethische Vertiefung
Beecham-Prozess 24

Standespolitik

- Zweiter NC in der Weiterbildung 28
Hanauske-Abel gegen Vilmar
Tragbare Umdeutung 34
Internistenverband:
Schaukampf 50

Frieden

- Giftgas:
Geheilte Geheimnisse 33

Krankenpflege

- Pflegenotstand:
Bildungsnotstand 38

Gentec

- Gentechnikgesetz:
Grünes Licht 40

Patientenversorgung

- Streetwork gegen Aids:
„Was wegtragen“ 43

Patientenschutz

- Der Fall Bernbeck:
Im Glashaus 49
Neuer Patientenschutzverband:
Schulterschuß mit Anbietern 48

Krankenhauspolitik

- Kongreß „Zukunft des
Krankenhauses“
Aufgewärmtes 51

Internationales

- CINTRAS in Chile
Öffentliche Anklage 52
Das Sinai-Zentrum
Spätfolgen 46

Historisches

- Symposium „Gesundheitsreform
und Vernichtung“
Entdämonisierung 54

Dokumente

- Auswirkungen des EG-Binnenmarktes
auf das Gesundheitswesen –
Thesen von Uwe Lenhardt und
Hans-Ulrich Deppe 29
Das Dilemma des Kassenarztes:
Gesundheit oder Medizin.
Von Heinz-Harald Abholz 31
Wer sagt was zu Aids –
Datenschutzbeauftragte
im Vergleich 32

Rubriken

- Echo 4
Trends 6
Glätze 11
Memo 10
Lesezeichen 56
Kölustr. 198 59

IN HALT

Foto: laif



Foto: Verwandlung im Kleinsten

Schulmedizin und besondere Therapierichtungen streiten wie eh und je um den Stein der Weisen. Doch mit welchem Recht wirft die eine Seite der anderen mangelnde Rationalität vor, wenn sie selbst ihr Haus nicht fegt? Gerd Glaeske zum Streit der Richtungen

14 22

Behinderte Säuglinge umzubringen, sei oft gar kein Unrecht, so lautet die Kernthese des australischen „Ethikers“ Peter Singer, um dessen Einladung jetzt Krüppelinitiativen und die „Lebenshilfe“ stritten. Was sind die Hintergründe der Thesen Singers?

Foto: Döhrn



Mehr Stellen und mehr Geld für die Krankenpflege reichen allein nicht aus, um den Pflegenotstand zu beenden. Maria Mischo-Kelling plädiert dafür, die Krankenpflege theoretisch und praktisch neu zu begründen.

38

Unterschiedliche Kongresse?

dg 6/89: „Mit erhobenem Zeigefinger“ – Kongreß Gesundheitsförderung

„Mit dem Zeigefinger“ auf falsches individuelles Verhalten hingewiesen, statt auf die Veränderung krankmachender Lebensverhältnisse hinzuwirken – dies solle der von Ärztekammer und den Betriebskrankenkassen Berlins veranstaltete Gesundheitsförderungskongreß gemacht haben, ist die Aussage von Beate Guthke und Eberhard Göbel in ihrem in dg 6/89 abgedruckten Beitrag über den Kongreß. Dagegen titelte das Deutsche Ärzteblatt „Präventionskongreß mit alternativer Zielsetzung“ und informierte seine Leserschaft, es habe „in der Zusammensetzung im Stil und in der Ideologie ein ähnliches Publikum (gegeben), wie es vor Jahren die alternativen Gesundheitstage zeigten“. Sind die Autoren auf unterschiedlichen Kongressen gewesen? Wohl kaum – eher ist wohl ihre Optik jeweils so einseitig, daß nur das gesehen wird, was gesehen werden will.

Zunächst zu einigen Aussagen von G. und G. über den Hergang, die ich als Mitglied der Kongreßleitung und Verantwortlicher von zweien der vier Kongreßteilbereiche meine, richtig stellen zu müssen:

1) Daß den „wenigen (?)... präsentierten Gruppen und Personen, die... auf die Stärkung der Autonomie und Handlungsfähigkeit der Menschen Wert legen,... die Teilnahme nur aufgrund nachdrücklicher Interessenbekundung gestattet worden war“, ist schlicht eine Erfindung. Wir hatten von uns aus ein breites Spektrum von Referenten eingeladen, zu dem auch die gemeinten „Gruppen“ gehörten, wie aus dem Programmheft leicht zu ersehen ist.

2) Es hätte keinen Markt der Möglichkeiten gegeben, da Initiativen von unten „augenscheinlich nicht gefragt“ gewesen seien. Tatsächlich hatten wir (über die 200 Referenten) schriftlich das Angebot unterbreitet, Infostände anzumelden, von dem allerdings aus der Alternativbewegung nur wenige Vertreter Gebrauch gemacht haben.

3) G. und G. glauben, die BKKs hätten sich durch ihren Finanzierungsanteil einen „entscheidenden

Einfluß auf die inhaltliche Gestaltung und den formalen Ablauf“ erworben. Dies war nicht der Fall, dazu inhaltlich jedoch weiter unten. Im nächsten Satz wird von der „beachtlichen Liste der sonstigen Sponsoren“ (wie: „Hoechst AG, die Firma Kohlhammer, Sparkasse“) gesprochen und damit die Assoziation einer politökonomischen Analyse geweckt. Tatsache ist, daß es sich bei den Spenden von Sponsoren um relativ geringe Beträge gehandelt hat. Spenden haben wir allerdings ganz bewußt eingeworben, und zwar, um bei den Finanzdimensionen eines solch großen Kongresses die Teilnehmergebühren möglichst gering halten zu können und auf diese Weise vielen Menschen die Kongreßteilnahme zu ermöglichen und niemanden auszuschließen.

Federführung bei der Programmgestaltung hatten BKK-Vertreter lediglich im Kongreßbereich „Arbeit und Gesundheit“, in dem sich G. und G. aufgehalten haben – übrigens als eingeladene Referenten, um „Beratungserfahrungen alternativer Einrichtungen zu Arbeit und Gesundheit“ einzubringen. (...)

Es ist bei einem so großen Kongreß mit verschiedenen, gleichzeitig tagenden Foren und über 40 Arbeitsgruppen außerordentlich schwierig, einen Gesamteindruck zu erhalten. Auch mein eigener Eindruck mag daher über das Punktuelle möglicherweise nicht hinauskommen und ist sicher auch durch die Sichtweise eines für das Konzept Verantwortlichen geprägt. Es wäre daher wünschenswert, wenn noch weitere Informationen und Berichte anderer Teilnehmer publik würden (zum Beispiel in dg), um einen Gesamteindruck zu erhalten. (Die Kongreßleitung sammelt derzeit Berichte der Arbeitsgruppen-Moderatoren und -innen).

Daß jedoch die Berichterstatter in dg und im Dt. Ärzteblatt so konträr über Verlauf und Ergebnis berichten, liegt wohl weniger an punktueller Wahrnehmung, sondern mehr an ihren politischen Weltbildern. Beide scheinen mir Verhaltens- und Verhältnisprävention als Entweder-Oder-Frage zu sehen und dementsprechend nur das jeweils „Passende“ zur Berichterstattung ausgewählt zu haben. Über diesen alten Gegensatz ist die Diskussion heute jedoch bereits hinausgeschritten, und es war gerade ein Kongreßergebnis (wie von mir in einer Ple-



bleme gelöst, wie nun Konzepte der Linken umzusetzen seien. Übernahme von Verantwortung in politischen Institutionen heißt für die Linke auch und zunächst einmal, aus ihrem linken Ghetto herauszutreten und sich einem breiteren Publikum als dem, das man bisher erreichen konnte, erst einmal mit dem zu vermitteln, was man will. Dabei wird man feststellen, daß inhaltliche Positionen nicht allein deswegen gleich mehrheitsfähig sind, weil man sie schon seit langem vertreten hat.

THOMAS ELKELES
Berlin

Denkfehler

dg 6/89: „Sterbehilfe: Mord im Streß“

Vermutlich wollte Lothar Evers zum Nachdenken anregen über das Thema: Tod und Sterbehilfe. Nachdenklich und wütend stimmten mich aber eher seine letzten beiden Sätze: „... Lange bevor man an Aktionen wie die Hackethals überhaupt zu denken wagte, sind in dieser Debatte Föten zu Schmarotzern gestempelt worden. 'Mein Bauch gehört mir!' Eine Parole, nicht nur unpolitisch, individualistisch und vereinsamend, sondern nahezu antigesellschaftlich.“

Hier werden meines Erachtens gleich zwei Denkfehler gemacht. Erstens wird den Frauen unterstellt, daß sie Föten zu Schmarotzern abstempeln, zweitens wird der Ausspruch: 'Mein Bauch gehört mir!' fehlinterpretiert. Frauen, die ungewollt schwanger werden, wollen und müssen sich für oder gegen die Austragung der Schwangerschaft entscheiden. Dieses Selbstbestimmungsrecht der Frau, was meiner Meinung nach ein Grundrecht ist, wird durch den Ausspruch: 'Mein Bauch gehört mir!' eingefordert. Das ist weder unpolitisch noch vereinsamend und schon gar nicht antigesellschaftlich!

Außerdem erachte ich diese moralisch verurteilende Diskussionsebene, die sich durch den gesamten Artikel zieht, bei keinem der angesprochenen Themen (Sterbehilfe, Suizid, Schwangerschaftsabbruch) für sinnvoll.

DOROTHEE
SCHAEFERMEYER
Münster

numsveranstaltung festgestellt), daß dieser Gegensatz als aufgehoben gelten muß und Gesundheitsförderung nun auf der Basis der Integration solcher Ansätze in spezifizierten Konzepten weiterzuentwickeln ist. Dieses Kongreßergebnis, von dem G. und G. nicht berichten, hat sich auch durchaus herumgesprochen, wie kürzlich bei einer weiteren Tagung zu Gesundheitsförderung zu hören war.

Die aufgetretenen Mißverständnisse zeigen, daß der Diskussionsprozeß, wie wir die Erweiterung der Gesundheitschancen für alle Menschen erreichen können, wahrscheinlich eher noch am Anfang steht. Vielleicht hat der Kongreß hier auch nicht alle Erwartungen erfüllt und sicher hätte manches noch besser sein können. Zum Beispiel hatte dieser Kongreß – wie alle Großkongresse, die sowohl ein Plenumsangebot wie ein reichhaltiges Arbeitsgruppenangebot machen wollen – die Schwierigkeit, verschiedene Diskussionsstränge und Kongreßteilbereiche wieder zusammenzuführen. Wenn G. und G. daraus jedoch machen, eine Diskussion über inhaltliche Kontroversen sei „offensichtlich auch nicht beabsichtigt“, gewesen, ist dies schon eine starke Unterstellung.

Diese entspringt wohl einer Enttäuschung, wie sie unserer Beobachtung nach bei manchen Außenstehenden vorhanden ist, die offensichtlich erwarten, mit dem Erringen einer politischen Mehrheit in einer Ärztekammer (aber auf Regierungsebene könnte das Gleiche gelten) seien bereits alle Pro-

Chance vergeben

Die Mitglieder aus den Pflegeberufen trafen sich in kleinen Gruppen, auf Kundgebungen, Kongressen und Demonstrationen, um ihrem gemeinsamen Frust Luft zu machen und ihn in Worte zu fassen. Der Begriff des „Pflegenotstandes“, der den Mangel an Personal und Pflegequalität beinhaltet, wurde von Berufsverbänden und unabhängigen Initiativen geprägt und auch der Allgemeinheit nähergebracht. Die Gewerkschaften klinkten sich ein, übernahmen den Begriff in ihren Wortschatz und benutzten ihn als Druckmittel gegen die Arbeitgeber in den Tarifverhandlungen; sogar Wamstreiks wurden organisiert und durchgeführt. Doch was kam dabei heraus?

Wie ein Schlag ins Gesicht muß es ein jeder in Pflegeberufen Tätige empfinden. Sollen so frustrierte Kollegen überredet werden, in ihrem Beruf zu bleiben oder bereits Ausgeschiedene in den Beruf zurückgeholt werden oder vielleicht Schulabgängern der Pflegeberufe mit mehr Gehalt schmackhaft gemacht werden?

Ziel der Tarifverhandlungen hätte es sein sollen, die Arbeitgeber zu verpflichten, den Personalstand zu erhöhen, die Auszubildenden nicht mehr auf die Planstellen anzurechnen, die Krankenhausfinanzierung durch Bund, Länder und Gemeinden und nicht mehr nur durch Krankenkassen vornehmen zu lassen, vernünftige Fort- und Weiterbildungen einzuführen. Diese Probleme wären sicherlich nicht nur in den Tarifverhandlungen zu lösen gewesen, aber die Arbeitgeber hätten verpflichtet werden können, die nötigen Gesetzesänderungen in Angriff zu nehmen. Nebenbei hätte die DKG aufgefordert werden können, endlich neue aktuelle Anhaltszahlen zu erarbeiten.

Was für eine Waffe hatte die ÖTV mit dem Begriff „Pflegenotstand“ in der Hand und welche Streikbereitschaft unter den Beschäftigten hinter sich. Die Arbeitgeber haben sich den Arbeitsfrieden aber wieder einmal mehr erkaufen können. Wie man dem Ausspruch: „Der Pflegenotstand ist der Gewerkschaft aufgezwungen worden“, erkennen kann, sitzen schon viel zu lange viel zu satte Funktionäre an den Verhandlungstis-

chen, die ohne Sachverstand arbeiten und ohne Sensibilität für die Bedürfnisse der Betroffenen argumentieren. Wen wundert es da noch, daß die ÖTV so wenig Vertrauen unter den Mitgliedern aus Pflegeberufen genießt und Stimmen mit der Forderung nach einer neuen berufsnahen Gewerkschaft, ähnlich der neugegründeten Mediengewerkschaft, laut werden. Es stellt sich nur die Frage, wie lange noch das Stillhalten der Beschäftigten erkauf werden kann. Schade, eine gute Chance wurde vergeben.

ULRICH HÖRBERG
Lübeck

Volle Unterstützung

dg 6/89: „Mord im Stress“ –
Meinung von Lothar Evers

Lothar Evers und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) sind für ihr Engagement zu loben, mit dem sie die Propagierung von „Erlösungstodhilfe“, die Versuche, aktive Sterbehilfe gesetzlich regeln zu lassen, und insbesondere die unverantwortliche Propaganda hierfür durch den Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS), Atrott, auf allen Ebenen bekämpfen. Hier finden er und die DGSP nicht nur Unterstützung durch die Fraktion Gesundheit, sondern sicher sogar durch die gesamte Berliner Ärztekammer. Verständlich wäre auch, wenn Evers in berechtigter Empörung einmal über das Ziel hinausschießen würde.

Wenn er aber seit Monaten wider besseres Wissen in öffentlichen Briefen, Pressekonferenzen und Artikeln Hannelore Burmeister als Mitglied der Fraktion Gesundheit zum Ziel persönlicher und diffamierender Angriffe macht, ohne den Versuch zu unternehmen, die Motive ihrer früheren (!) Arbeit als Vizepräsidentin, die Motive für die nicht erfolgte erneute Kandidatur und die Motive für ihre weitere Mitgliedschaft in der DGHS darzustellen, so heißt dies, entsprechend seiner Berufsbezeichnung in dg, mangelnde journalistische Sorgfaltspflicht als Minimum.

Dazu führt er sich in dieser Sache mindestens tölpelhaft, eigentlich aber nur noch dumm-dreist auf; dies aber schadet unserem gemeinsamen gesundheitspolitischen Anliegen

Ein „großer“ Schritt

Tarifvertrag Krankenpflege

Man erkennt bei genauer Betrachtung, daß das gelobte, *hochqualifizierte* Fachpersonal bei weitem noch nicht leistungsgerecht bezahlt wird.

Unsere Leistungen: Wochenenddienst, Nachtdienst, Feiertage = 365 Tage rund um die Uhr Pflege am Patienten. Zusätzliche Belastungen durch Schichtdienst – Folge: Erhöhte physische Belastung, steigende psychische Belastung, zunehmende Krankheits-tage, frühzeitiger Berufsausstieg.

„Die ÖTV hat sich durchgesetzt“, der allgemeinen Presse konnte man eine Gehaltserhöhung von ca. zehn Prozent entnehmen. Doch wie sich diese zehn Prozent zusammensetzen und daß diese zehn Prozent, wenn überhaupt, nur vom geringsten Teil des Pflegepersonals erreicht werden können, wird nicht erwähnt. Das Pflegepersonal, im Glauben einer zehnprozentigen Gehaltserhöhung, ist zunächst ruhiggestellt.

„Der größte Teil wird höher-gruppert“. Stimmt! KR 3 entfällt (galt sowieso nur für das erste halbe Jahr nach dem Examen), mit sofortiger Wirkung wird KR 4 gezahlt (ca. 100,— DM brutto mehr). Nach zwei Jahren erreicht man KR 5 (ca. 120,— DM brutto mehr), nach weiteren vier Jahren KR 5a (ca. 70,— DM brutto mehr). Diesen Aufstieg erreicht man also frühestens nach sechs Jahren (290,— DM brutto Mehrverdienst); die mittlere Verweildauer im Krankenpflegedienst beträgt zur Zeit etwa nur vier Jahre. Von Steigerung an Attraktivität kann nicht die Rede sein.

Unter Lohnfortzahlung wird berufliche Weiterbildung in vollem Umfang von Arbeitgeber finanziert. ÄNGSTE!
Trifft nur zu, wenn man dem Bedarf des Arbeitgebers genüge trägt.

Zur Zeit noch arbeitendes Krankenpflegepersonal

mehr als sie nützt. Das Urteil trifft leider auch die Redaktion – in diesem Fall (schon?) gleichzeitig mit derjenigen des Mause, die auf die persönliche Kampagne des gleichen Autors ebenfalls hergefallen ist.

Krähen und Probleme-aussitzende Möchtegern-Staatsmänner gibt es demnach vielleicht in der Geschäftsführung der DGSP und bei den dg-Meinungsautoren, Hannelore Burmeister gehört jedenfalls nicht dazu. Sie hat für die von ihr übernommenen Aufgaben in der Berliner Ärztekammer und darüber hinaus weiterhin unsere volle Unterstützung.

UDO SCHAGEN
Sprecher der Fraktion
Gesundheit, Berlin

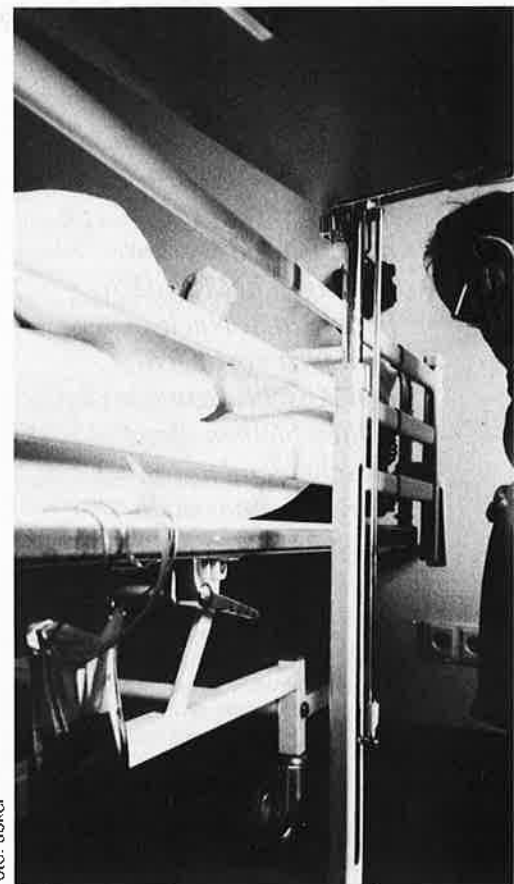


Foto: Joker

Heinemann zum Arzneimittel-export

Gefährliche Arzneimittel, die in der Bundesrepublik verboten sind, sollten nach Auffassung des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministers, Hermann Heinemann (SPD), nicht mehr in die Dritte Welt exportiert werden dürfen.

Heinemann kritisierte damit die „Verkaufspolitik des Doppelstandards“ einiger Pharmaunternehmen, die keinen Ausfuhrbeschränkungen unterliegen, auch wenn schädigende Wirkungen von Medikamenten bekannt seien. „Doppelstandards werden nicht nur beim Anbieten dieser bedenklichen Arzneimittel sichtbar, sondern auch bei irre-

führenden Werbe- und Marketingstrategien“, erklärte der Minister Ende Mai. Damit würde die Gesundheit der Bevölkerung den wirtschaftlichen Interessen einzelner Unternehmen geopfert. Heinemann schließt sich damit der seit Jahren geäußerten Kritik von Entwicklungspolitischen Gruppen wie der BUKO Pharmakampagne an.

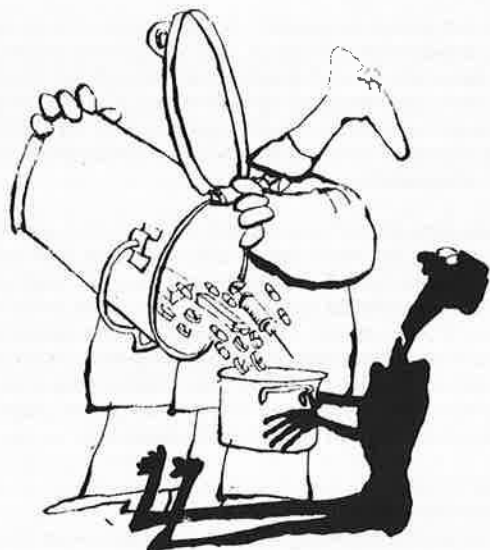
Keine WHO-Aufnahme für Palästina

Die Generalversammlung der Weltgesundheitsorganisation hat es abgelehnt, Palästina als Mitglied in die WHO aufzunehmen. 83 Staaten stimmten dafür, die Behandlung des Aufnahmeantrags um ein Jahr zu verschieben, 47 Länder stimmten dagegen, 20 enthielten sich. Die USA hatten im Vorfeld angedroht, ihre Beitragszahlungen, die rund ein Viertel des Budgets der WHO ausmachen, einzustellen, wenn Palästina als Vollmitglied aufgenommen werde.

Dänemark: Bezahlter Pflegeurlaub für Angehörige

Nach einem Bericht der Frankfurter Rundschau sollen Familienmitglieder von Sterbenden in Dänemark ab 1990 bezahlten Urlaub nehmen können, um ihre Angehörigen pflegen zu können. Ihnen soll aus öffentlichen Geldern ein „dokumentierter Einnahmeausfall“ bis zur Höhe des Lohns einer Krankenpflegekraft (jährlich bis zu 44.000 Mark) gezahlt werden.

Das dänische Parlament, das die Verordnung einstimmig beschloß, rechnet nicht mit zusätzlichen Ausgaben durch diese Regelung, da damit die hohen Ausgaben für Krankenhausaufenthalte eingespart würden. Wenn ein Sterbender es vorziehe, habe er aber weiterhin das Recht auf ein Krankenhausbett. Der Pflegeurlaub für Angehörige solle ein Angebot sein, kein Druckmittel, erklärten die dänischen Politiker.



Luftverschmutzung: Keine Probleme?

Ende 1986 wurden in Dortmund-Scharnhorst erstmals rätselhafte Blutbildveränderungen bei Kindern beobachtet. Nach dem jetzt vorliegenden Abschlußgutachten bleiben die entscheidenden Fragen immer noch unbeantwortet

Auf einer Ausschusssitzung der Stadt Dortmund wurde das langerwartete Abschlußgutachten des Arbeitsmediziners Professor Einbrodt aus Aachen über die krankhaften Blutbildveränderungen in Dortmund-Derne und -Scharnhorst diskutiert. Die Meinung der geladenen Fachleute entsprach dem Schlußsatz dieses Gutachtens, in dem es heißt: „Zum Zeitpunkt der letzten Untersuchung kann eine Gesundheitsgefährdung aufgrund der gemessenen Immissionswerte für Polyzyklische Aromatische Kohlenwasserstoffe ausgeschlossen werden.“ Ein Verursacher für die Blutbildveränderungen bei Scharnhorster Kindern und Jugendlichen, die im November 1986 festgestellt worden waren, habe nicht aufgefunden gemacht werden können.

Aus Sicht der Verantwortlichen der Stadt ist damit alles in Ordnung. Alle Befürchtungen einer Gesundheitsgefahr seien gegenstandslos, „es gibt nun keine Probleme mehr“, erklärte bereits am 3. März Sozialdezernent Scholle. Nach Einschätzung der Bürgerinitiative Scharnhorst ist eine derartig

undifferenzierte Entwarnung unzulässig und töricht, da das Abschlußgutachten von Professor Einbrodt einzig und allein auf den Zeitraum der letzten Untersuchung abhebt, die vom 9. bis zum 11. November 1987 durchgeführt wurde. Die in Scharnhorst vorhandenen Schadstoffe waren nur zum Untersuchungszeitraum (zufällig) nicht nachweisbar.

Nach Ansicht der Bürgerinitiative läßt das Abschlußgutachten viele Fragen offen. Warum taucht zum Beispiel das Ultragift „Benzol“ nicht auf, das im ersten Gutachten noch von entscheidender Bedeutung war. Weder gibt das Gutachten eine Erklärung dafür, daß in Scharnhorst niedergelassene Ärzte auch heute noch bei ihren Patientinnen und Patienten überdurchschnittlich häufig Leukopenien diagnostizieren, die in Intervallen immer wieder auftreten, noch macht es eine Aussage darüber, welche Schäden sich langfristig bei wellenartigem Auftreten von Benzol-Immissionen einstellen können. Der Gutachter, Professor Einbrodt, konnte auf der Ausschusssitzung eine entsprechende Frage der Bürgerinitia-

ve nicht beantworten. Andere Fachleute befürchten hingegen das Schlimmste: Infektabwehrschwäche, Krebs und Erbgutschäden.

Es ist seit langem nachgewiesen, daß die Luft des Stadtbezirks Scharnhorst mit Schadstoffen der direkt angrenzenden Schwerindustrie hoch belastet ist. In seinem ersten medizinischen Gutachten hatte Professor Einbrodt die Blutbildveränderungen auf eine „Exposition aus dem Umweltbereich“ zurückgeführt. Diese Aussage wurde von ihm auf der Ausschusssitzung bekräftigt. Scharnhorst liege, so Einbrodt, in besonderem Beobachtungsinteresse des Umweltministeriums von Nordrhein-Westfalen.

Weitere Untersuchungen sind geplant. Sie sollen im nächsten Jahr im gesamten östlichen Ruhrgebiet an Schulanfängern im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen vorgenommen werden. Die Gesundheitsbehörden scheinen also ihrem Gutachten und ihrer eigenen neuerlichen Entwarnung nicht so recht zu trauen.

Bernd Urbanek
Ist Sprecher der
Bürgerinitiative
Scharnhorst

Bernd Urbanek

Krankenpflegeschülerinnen: Lückenbüßer?

Krankenpflegeschülerinnen und -schüler des Psychiatrischen Krankenhauses Hadamar haben Ende Mai in einem offenen Brief an Bundesgesundheitsministerin Ursula Lehr (CDU) gegen den Ausbildungsnotstand in der Krankenpflege protestiert. Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen theoretischen Erkenntnissen der Pflegeforschung und dem stationären Alltag, wo unzureichende bis gefährliche Pflege praktiziert werden müsse. Für die Schülerinnen fehle es an praktischer Anleitung, und sie müßten häufig sogar Aufgaben übernehmen, die sie auf Grund ihres Ausbildungsstands nicht ausführen könnten oder dürften, schrieben die Auszubildenden.

Sie forderten von Ministerin Lehr unter anderem, daß Schülerinnen nicht mehr auf den Stellenplan angerechnet werden, daß auf jeder Station ein Praxisanleiter eingesetzt wird, der oder die höchstens zur Hälfte auf den Stellenplan angerechnet werden dürfte, und eine höhere Ausbildungsvergütung. Außerdem müsse endlich die EG-Richtlinie in die Realität umgesetzt werden, laut der pro 15 Auszubildenden eine Unterrichtskraft eingesetzt werden muß. Die Schülerinnen und Schüler seien nicht die „Urenkel der Florence Nightingale“ und arbeiteten unter anderem, um ihr Geld zu verdienen.

Mit fast identischen Forderungen wandten sich auch Krankenpflegeschülerinnen und -schüler aus Bünde und Herford an Gesundheitsminister Hermann Heinemann in Nordrhein-Westfalen. Die Forderungen wurden zusammen mit 150 Unterschriften anläßlich einer Grundsteinlegung für einen Erweiterungsbau des Bündener Krankenhauses übergeben.

Anzeige:

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

Bundespräsident Richard von Weizsäcker am 24. Mai 1989

Der Prozeß gegen den Memminger Frauenarzt Dr. Horst Theissen und die Verfahren gegen über 100 Frauen haben die Diskussion um den § 218 heftig auf-flammen lassen. Für 1990 ist mit dem Revisionsver-fahren zu rechnen. Im Oktober 1989 erscheint das Buch

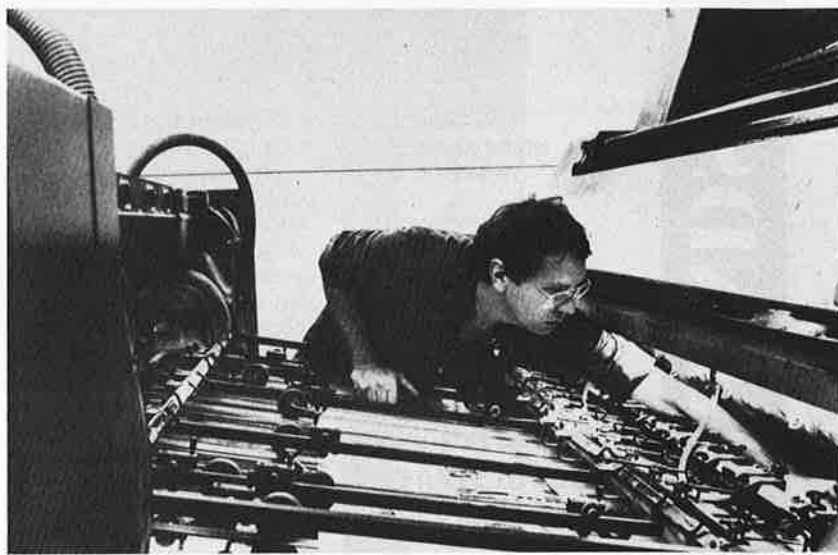
MEMMINGEN: ABTREIBUNG VOR GERICHT

Elke Kügler dokumentiert darin die Memminger Prozesse und gibt eine Einschätzung der Situation nach dem Urteil von Memmingen.

Herausgegeben wird das Buch von **Pro Familia** in Zusammenarbeit mit der **Humanistischen Union** und dem **Komitee für Grundrechte und Demokratie**.

ISBN 3-923722-36-2 ca. 200 Seiten, DM 20,-

Gerd J. Holtzmeyer Verlag



IG Druck: Durchbruch beim Arbeitsschutz

Als einen „grandiosen Durchbruch“ beim Arbeitsschutz hat der DGB-Arbeitsschutz-Experte Bruno Zwingmann den Tarifvertrag der Druckindustrie bezeichnet. Die IG Druck hat es zum ersten Mal in der Tarifgeschichte erreicht, daß der betriebliche Gesundheitsschutz im Tarifvertrag verankert ist. Demnach müssen Arbeitnehmer „vor Arbeitsaufnahme sowie bei Veränderungen des Arbeitsplatzes, des Arbeitsablaufes oder der Arbeitsumgebung, mindestens aber einmal jährlich über Unfall- und Gesundheitsgefahren“ informiert werden. Vor allem muß jeder eine Liste der Gefahrstoffe, die verwendet werden, erhalten. Die Beschäf-

tigten haben außerdem das Recht, in Fragen zur Unfall- und Gesundheitsgefährdung Fachleute und Institutionen heranzuziehen, wenn sie sich erfolglos an den Arbeitgeber gewandt haben. Der Betriebsrat kann außerdem verlangen, daß der Unternehmer „die eingesetzten oder geplanten Geräte beziehungsweise Maschinen und Arbeitsstoffe auf Unfall- und Gesundheitsgefahren sowie auf gesundheitsgefährdende Belastungen überprüfen läßt.“

Nicht durchgesetzt werden konnte die Forderung der Gewerkschaft nach einem Recht auf Arbeitsverweigerung. Gleichwohl maß DGB-Vize Gerd Muhr dem Tarifvertrag „Pionierfunktion“ bei, da er die Arbeitnehmer zu „Kontrolleuren des Gesundheitsschutzes“ mache.

Weniger eugenische Abtreibungen

Ebenso wie die Gesamtzahl der Abtreibungen in der Bundesrepublik ist auch die Zahl der Abbrüche nach eugenischer Indikation gesunken, wie aus neuen Zahlen des Statistischen Bundesamts in Wiesbaden hervorgeht. Insgesamt wurden 1988 von bundesdeutschen Ärzten 83 784 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet, das waren fast 5000 weniger als im Vorjahr. Davon wurden 1,3 Prozent, nämlich 1071 Abtreibungen, nach der eugenischen Indikation durchgeführt. Damit ist eine deutliche Abnahme der Abbrüche nach dieser Indikation, die beim Statistischen Bundesamt gemeldet werden, zu verzeichnen. Während es 1977, ein Jahr nach Einführung des Paragraphen 218, noch 4,3 Prozent der Abbrüche waren, die mit einer Behinderung des Embryos begründet wurden, sank sowohl die absolute wie

auch die Prozentzahl in den folgenden Jahren kontinuierlich ab. Die Zahlen für die einzelnen Jahre können bei der Redaktion bezogen werden.

Marktrenner Biotechnik

Biotechnisch hergestellte Pharmaprodukte werden 1990 ein Gesamtvolumen von rund fünf Milliarden US-Dollar auf dem Weltmarkt erreichen, wie die Zeitschrift „manager magazin“ geschätzt hat. Bereits heute werden nach Angaben des Magazins biotechnische Pharmazeutika im Wert von etwa zwei Milliarden Dollar umgesetzt. Für den Bereich des Umweltschutzes und die Landwirtschaft wird von einem Marktvolumen von 2 beziehungsweise 0,6 Milliarden Dollar ausgegangen.

Alper Öktem
arbeitet als Arzt
in Bielefeld

Türkei: Protestwelle

Seit Mitte Mai protestieren türkische Ärzte und Schwestern gegen schlechte Arbeitsbedingungen und für mehr Gehalt. Sie fordern das Recht auf gewerkschaftliche Organisation in den staatlichen Häusern und Ambulatorien

Die meisten Ärztinnen und Ärzte in der Türkei arbeiten in den staatlichen Krankenhäusern und Ambulatorien als Bedienstete des Staates. Ebenso wie die übrigen staatlichen Angestellten und Beamten mußten sie seit dem Putsch 1980 beträchtliche Reallohnverluste hinnehmen. Das Gehalt eines Assistenzarztes in einem staatlichen Krankenhaus etwa beträgt umgerechnet 350 bis 400 Mark. Selbst die Chefarzte, die allerdings häufig nebenher eine Privatpraxis betreiben, bekommen nicht mehr als 500 Mark. Die Schwestern und das sonstige Krankenhauspersonal einschließlich der Arbeiter im technischen Dienst sind noch schlechter bezahlt. Wenn man bedenkt, daß eine vierköpfige Familie allein für Lebensmittel fast 300 Mark pro Monat ausgibt, wird verständlich, warum sich Protest erhebt.

Für die Ärzte kommt noch dazu, daß sie bis zu 15 Nachtdienste übernehmen müssen – quasi ohne Entgelt. Für einen Dienst gibt es umgerechnet 1,50 Mark. Kein Wunder also, daß nach Umfragen der Ärztekammer in Ankara fast 80 Prozent der Ärzte bereuen, diesen Beruf ergriffen zu haben.

Schon im letzten Jahr hatten die Ärztekammern der Großstädte und der Dachverband Protestmärsche organisiert. Doch hat sich trotz Versprechungen der Regierung an der Situation nichts geändert. Deshalb ist das medizinische Personal am 17. Mai erneut in Ak-

tion getreten. Es begann mit symbolischen Nachtdiensten in vielen Krankenhäusern. Für einige Nächte kamen Ärzte, medizinisches Personal, Unterstützer und Presse in jeweils einem Krankenhaus zu einem Nachtdienst zusammen. Zunächst nur in Ankara, dann wurde die Aktion auch in Istanbul und Izmir unter großer Beteiligung durchgeführt.

Die zweite Etappe der Aktionen stand unter dem Motto „Mehr Zuwendung für den Patienten“. In den Krankenhausambulanzen, wo sonst ein Arzt bis zu 100 Patienten pro Tag behandelt, nahm man sich jetzt 13 bis 20 Minuten Zeit für jeden Patienten, wie es auch die Weltgesundheitsorganisation für nötig hält. Folglich konnte ein Arzt höchstens 20 bis 25 Menschen medizinisch versorgen. Die Schlangen der Wartenden hatte sich zwar vergrößert, aber die Patienten waren auch zufriedener, wenn sie nicht im Eilverfahren abgefertigt wurden.

Am 1. Juni protestierten dann rund 300 Ärzte vor den Toren des Gesundheitsministeriums: Sie ließen dort ihre weißen Kittel liegen. Parallel dazu führten Apotheker und Ärzte eine Kampagne durch: „Ich verschreibe kein teures Medikament. Ich verkaufe kein teures Medikament in meiner Apotheke.“

In den Großstädten werden die Ärztekammern ihre Aktionen fortsetzen, und es sind immerhin auch Teilerfolge zu erwarten. *Alper Öktem*

BPI: Besorgt um die Armen

Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie hat die kürzlich vorgelegten ersten Festbeträge für die umsatzstärksten Arzneimittel kritisiert. Durch die niedrigen Festbeträge, werde eine Zwei-Klassen-Medizin geschaffen, erklärte BPI-Vorsitzender Erik von Davidson. Da es keine Härtefallregelung gebe, seien besonders Ältere und Geringverdienner betroffen. Daß die Originalanbieter ihre Preise auf das Festbetragsniveau senken könnten, schloß von Davidson allerdings aus.

Erste Genverpflanzung am Menschen

Onkologen aus den USA haben Ende Mai erstmals eine Genverpflanzung am Menschen zu therapeutischen Zwecken vorgenommen. Am Nationalen Krebsinstitut von Washington waren die Lymphozyten eines Patienten durch Einpflanzung eines von einem inaktiven Virus getragenen Gens gekennzeichnet worden. Die so „tätowierten“ Lymphozyten wurden anschließend einem Kranken eingespritzt, der an Krebs im Endstadium leidet. Dies erlaube es, die genetisch markierten Zellen im Körper zu verfolgen, erklärte der Krebsforscher Steven Rosenberg aus Washington.

Viele Einmalhandschuhe undicht

Eine Untersuchung am Institut für Klinikhygiene der Universität Göttingen hat ergeben, daß viele gebräuchliche Einmalhandschuhe undicht sind, wie die Fachzeitschrift „Krankenpflege“ berichtete. Dabei zeigte sich, daß fabrikneue Latex-Handschuhe wesentlich wasserdichter waren als die aus Vinyl gefertigten. Am besten schnitten in der Untersuchung die aus Polyäthylen hergestellten Handschuhe ab, die zu 100 Prozent wasserdicht waren. Die Nutzung undichter Handschuhe berge eine doppelte Gefahr, so der Autor der Studie, Klaus-Dieter Neander, einerseits durch die Undichtigkeit selbst, andererseits dadurch, daß sich das Personal bei der Nutzung solcher Handschuhe in relativ großer Sicherheit wiege und deshalb häufig unbedacht mit infektiösem Material umgehe.

Von der Verwendung von Vinyl-Handschuhen riet Neander auch aus Gründen des Umweltschutzes ab, da das Ausgangsmaterial PVC ist, das bei der Verbrennung den umweltschädlichen Chlorwasserstoff freisetzt. Da die wasserdichten Polyäthylen-Handschuhe den mechanischen Ansprüchen im Praxis- und Klinikalltag nicht gerecht würden, empfiehlt der Autor, Polyäthylen-Handschuhe unter Latex-Handschuhe zu ziehen.



Foto: Linie 4



218: Wer wird bestraft?

Eine Untersuchung des Max-Planck-Instituts für internationales Strafrecht in Freiburg hat ergeben, daß in Verfahren nach dem Paragraphen 218 im wesentlichen sozial benachteiligte Frauen bestraft werden. Dies ergab eine Aktenanalyse der 851 Verfahren seit 1976, die noch erfaßbar waren. Nahezu drei Viertel der betroffenen Frauen konnten in der Konflikt-situation nicht auf die Unterstützung des Vaters rechnen. Sie waren zum Zeitpunkt der Abtreibung unverheiratet, geschieden oder lebten getrennt. Mehr als die Hälfte der Frauen, die seit 1976 nach dem Paragraphen 218 verurteilt wurden, hatte keine Berufsausbildung. Fast drei Viertel von ihnen hatte die Haupt- oder Sonderschule besucht. Ihren Unterhalt von durchschnittlich 600 Mark im Monat verdienten sich 70 Prozent selbst. Nur ein geringer Teil wurde vom Sozialamt oder von den Eltern unterstützt.

Nach Petunien Kartoffeln

Das Max-Planck-Institut für Züchtungsforschung plant für die nächsten zwei Jahre Freisetzungsversuche mit gentechnisch veränderten Kartoffeln, wie der Landesverband der Grünen in Nordrhein-Westfalen meldete. Die gentechnisch manipulierten Kartoffeln sollen eine verbesserte Widerstandsfähigkeit gegen bestimmte Viren und Schädlinge, einen höheren Eiweißgehalt und weniger Zucker enthalten. Ziel des Versuchs sei es, „Kartoffeln als Rohstoffbasis für die chemische Industrie neu zu konstruieren“, wie die Grünen erklärten.

Das Europaparlament hat Ende Mai mit 68 zu 67 Stimmen ein fünfjähriges Moratorium für die Freisetzung gentechnisch manipulierter Organismen abgelehnt, das vom Umweltausschuß des Parlaments vorgeschlagen worden war. Ebenfalls mit knapper Mehrheit wurden verschärfte Sicherheitsbestimmungen für die Freisetzung abgelehnt. Auch im Ministerrat der EG, dem eigentlich entscheidenden Gremium, war eine Änderung der Rechtsgrundlagen mit den Stimmen der Bundesrepublik abgelehnt worden.

Zu diesem Zeitpunkt lag dem Umweltministerium bereits seit längerem eine geheimgehaltene, vom Fernsehmagazin „Monitor“ Anfang Juni veröffentlichte Studie vor, die ausdrücklich vor Freisetzungen warnt. Wörtlich heißt es in der Untersuchung: „Das Verhalten gentechnisch veränderter Organismen in der Umwelt und die langfristigen ökologischen Folgewirkungen sind derzeit nicht abschätzbar.“ Deshalb müßten die Forschungsprioritäten auf die Risikoforschung verlagert werden. „Monitor“ zitierte darüber hinaus Wissenschaftler an der Universität Umea in Schweden, die einer relativ harmlosen Bakterie zwei Gene entnommen hatten. Die Bakterie habe sich danach zu einem Mikroorganismus entwickelt, der in höchstem Maße für die menschliche Gesundheit gefährlich sei (dg berichtete in 3/89).

„Monitor“ zitierte weiterhin zwei Gen-Forscher der Kalifornischen Irvine-Universität, die zu dem Ergebnis gekommen waren, daß gentechnisch veränderte Bakterien entgegen der gängigen Meinung durchaus Überlebensvorteile gegenüber nicht manipulierten Bakterien haben (dg 11/88).

Lage psychisch Kranker drama- tisch verschlech- tert

Der Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen hat anlässlich des Tags der Psychiatrie am 10. Juni erklärt, daß sich die Lebenslage psychisch Langzeitkranker in den letzten beiden Jahren dramatisch verschlechtert habe. Die Organisation, in der über 18 000 Fachleute, Bürgerhelfer, Angehörige und Betroffene mitarbeiten, erklärte, daß die wichtigste Ursache dafür die Entwicklung auf dem Wohnungs- und Arbeitsmarkt sei. Es steige die Zahl der psychisch Kranken an, die nur wegen des Mangels an Wohnungen, Beschäftigungs- und Betreuungsmöglichkeiten in Heimen und Anstalten leben müßten. Alarmierend sind nach Ansicht des Dachverbands auch Hinweise aus großen Städten, daß chronisch psychisch Kranke ins Obdachlosennetz abgedrängt werden. Fachorganisationen aus der Nichtsebhafthilfe wiesen in der letzten Zeit darauf hin, daß der Anteil psychisch Kranker und auch Suchtkranker bei den Nichtsebhafthelfern in beängstigendem Ausmaß steige.

LÄK Nordrhein: Trend nach unten?

gw – Die Ergebnisse der Wahl zur Landesärztekammer Nordrhein haben viele enttäuscht: Stimmenverluste bei der Liste Soziales Gesundheitswesen

Stimmenverluste bei fast allen „alten“ Listen, die zur Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein kandidierten. Als Gewinner geht der Marburger Bund aus der Wahl heraus, dessen Stimmenanteil von 22,2 auf 28,9 Prozent stieg. Offensichtlich ist er am besten mit dem neuen Wahlrecht zurechtgekommen, das der nordrhein-westfälische Landtag kurz vor den Wahlen verabschiedet hatte und in dem die Kandidatur kleiner Gruppierungen erheblich erleichtert wurde.

Marburger Bund und auch die Gruppierung um den Kammerpräsidenten Horst Bourmer hatten hierauf mit der Bildung kleinerer regionaler Listen reagiert und somit von vornherein eine große Zahl von Kandidaten zur Kammerwahl präsentiert.

Eine geringere, jedoch nicht unwesentliche Rolle mag auch die Finanz- und Organisationskraft der beiden großen Verbände gespielt haben. Es änderte jedoch nichts daran, daß die Gruppe um Bourmer nur auf 33,9 Prozent im Vergleich zu 40,2 Prozent im Jahre 1985 kam.

Der große Verlierer der Wahl war die Liste Gemeinschaft Nordrhein, Ärzte, eine eher rechtskonservative oppositionelle Gruppe, die von 20,1 Prozent der Stimmen auf 7,6 zurückfiel.

Als unzureichend vorbereitet auf die Vielzahl kleiner Listen hat sich auch die Liste Soziales Gesundheitswesen gezeigt, die mit jeweils einer Liste im Bezirk Düsseldorf und Köln antrat. Sie

verlor 2,2 Prozent ihrer Stimmen, ist aber mit 11,6 Prozent drittstärkste Gruppe in der Kammer. Ob es sich bei dem Rückschlag für die Liste um das Einläuten eines allgemeinen Trends handelt, kann aber aus dieser einen Wahl heraus noch nicht prognostiziert werden. Auch die künftigen Wahlen in Westfalen-Lippe werden darüber noch keine Auskunft geben können. Es scheint, daß regionale Besonderheiten, mangelnde organisatorische Stärke und das neue Wahlrecht eine besondere Rolle gespielt haben. Bedauerlich war dabei auf jeden Fall, daß es zur Gründung einer Liste für Ärztinnen und Ärzte im Praktikum gekommen war, die sich mit ihren Forderungen auch bei der Liste Soziales Gesundheitswesen hätten gut aufgehoben fühlen können.

1.7.**Solingen**

Erweiterte Vorstandssitzung der Coordination gegen Bayer-Gefahren

Kontakt: Coordination gegen Bayer-Gefahren, Geschäftsstelle, Hofstraße 27a, 5650 Solingen 11.

7.-8.7.**Bad Schussenried**

Seminar: „Was gibt mir Kraft, was nimmt mir Kraft in der Arbeit mit alten Menschen?“

Kontakt: Gesellschaft für gerontologische berufliche Weiterbildung, Im Altenheim „Regenta“, Bahnhofstraße 10, 7953 Bad Schussenried, Tel. (075 83) 40 51 08.

10.-13.7.**Essen**

Seminar: „Selbstsicherheit im Umgang mit sich selbst und anderen“

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

12.-16.7.**Budapest**

II. Internationale Familientherapie-Konferenz.

Thema:

„Towards an Ecology of Mind. The Healing Dimension in Family and Society“

Kontakt: Congress Bureau Motesz, H-1361 Budapest, P.O. Box 32.

13.7.**Kassel**

Veranstaltung des Gesundheitsladens Kassel: „Umgang mit dem Gesundheitsreformgesetz“

Kontakt: Gesundheitsladen Kassel, Mönchebergstraße 33, 3500 Kassel, Tel. (05 61) 87 15 68.

17.-19.7.**Essen**

Seminar: „Geschichte der Krankenpflege – Nationalsozialismus“

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

21.-22.7.**Bad Schussenried**

Seminar: „Streß im Berufsalltag. Wie kann ich meinen Streß verringern?“

Kontakt: Gesellschaft für gerontologische berufliche Weiterbildung, Im Altenheim „Regenta“, Bahnhofstraße 10, 7953 Bad Schussenried, Tel. (075 83) 40 51 08.

23.-28.7.**Mannheim/Heidelberg**

IV. Weltkonferenz für klinische Pharmakologie und Pharmakotherapie

Kontakt: GPT '89, Konferenzsekretariat, Letzter Hasenpfad 61, 6000 Frankfurt/M. 70, Tel. (069) 61 04 74.

24.-28.7.**Bad Bevensen**

Seminar: „Frauenarbeit – psychische und soziale Belastungen und Gesundheit“

Kontakt: DGB-Bildungswerk, Besenbinderhof 60, 2000 Hamburg 1, Tel. (040) 2 85 82 49.

24.-26.7.**Essen**

Seminar: „Geschichte der Krankenpflege – Mittelalter, frühe Neuzeit“

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

7.-9.8.**Stockholm**

7. Internationaler Balint-Kongreß

Kontakt: Frau Dr. Margarethe Stubbe, – Psychotherapie –, Schlopweg 65, 3320-Salzgitter 51, Tel. (053 41) 3 48 10.

11.8.**Hagen**

Beginn eines einjährigen Weiterbildungskurses „Grundlagen psychologischer Gesundheitsförderung für Krankenhauspflegepersonal“

Kontakt: Fernstudienzentrum der Universität Oldenburg, Postfach 2503, 2900 Oldenburg, Tel. (04 41) 7 98 44 16.

11.-16.8.**Straßburg/Ostwald**

Europäischer Vegetarier-Kongreß „Vegetarismus, eine Lebensart mit Zukunft“

Kontakt: Vegetarierbund e.V., Runzeler Straße 18B, 3000 Hannover 91, Tel. (05 11) 42 46 47.

21.-24.8.**Essen**

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

28.8.-1.9.**Darmstadt**

Seminar: „Psychisch krank im Alter: Wie begegne ich 'verwirrten' Menschen?“

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

3.-8.9.**Seoul/Korea**

XXI. Kongreß des Internationalen Ärztinnenbundes (MWIA).
Thema: „Vorkommen von Krebs bei Frauen in verschiedenen Ländern“

Kontakt: Dr. Gertrud Zickgraf, Matthias-Claudius-Straße 5, 6200 Wiesbaden, Tel. (061 21) 37 03 19.

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.

9.9.**Leverkusen**

Erweiterte Vorstandssitzung der Coordination gegen Bayer-Gefahren

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

11.-15.9.**Karlsruhe**

Seminar: „Der Aids-Kranke, Erscheinungsbild-Pflege-Begleitung“

Kontakt: Evangelisches Fachseminar, Diakonissenstraße 28, 7500 Karlsruhe 51, Tel. (07 21) 8 89 26 63.

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.

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.-19.9.**Ulm**

Jahrestagung der Kinderkrankenschwestern und -pfleger

Kontakt: Sander Fachkongreß Organisation, Blumenau 16, 2000 Hamburg 76.

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.

20.-24.9.**Bad Kreuznach**

12. Deutscher Hausärztetag 1989 – BPA Bundestagung
Kontakt: BPA, Belfortstraße 9, 5000 Köln 1, Tel. (02 21) 72 07 27.

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. (061 51) 40 33 48.

29.9.**Walberberg**

Pharmaparadies Europa? Was bedeutet der Binnenmarkt für die „Dritte Welt“ und für uns?
Kontakt: Bildungswerk Arbeitskreis Entwicklungspolitik, Carlos Petram, Horstweg 11, 4973 Vlotho, Tel. (057 33) 68 00.

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) 67060.

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. (0201) 1833023.

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. (05241) 50201 oder 502210/11.

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) 8385215.

6. - 8. 10.

Frankfurt/M.

Konferenz: „10 Jahre Gestalt-Institut Frankfurt e.V., Erste Frankfurter Gestalt-Begegnung, Kaleidoskop – Verbindung in der Vielfalt“
Kontakt: Gestalt-Institut Frankfurt, Wilhelm-Hauff-Straße 5, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 740699.

9. - 11. 10.

Essen

Seminar: „Anwendungsmöglichkeiten der EDV in der beruflichen Praxis“
Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 285599 oder 274829.

11. - 14. 10.

Hannover

Internationale Tagung zum Thema „Psychische Schäden alternder Überlebender des Naziterrors und ihrer Nachkommen“
Kontakt: Zentrum Psychologische Medizin der Medizinischen Hochschule Hannover, Frau I. Haldenwanger, Konstanty-Gutschow-Straße 8, 3000 Hannover 61, Tel. (0511) 5322402 oder 5322493.

Anzeige:

Zeitung der DeLSI



Nr. 19 im Juni 89:

1488: Prozeß in Memmingen
1989: Gewalt gegen Schwule
1992: Heteropa?

Bestellbar gegen 4,-DM
in Briefmarken
in der Schiffbeker
Höhe 39 k, 2 HH 74



Glotze

- | | | |
|--------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. 7. | 22.15 | Hurra Deutschland. Geklaut von der Gummipuppen-Satiresendung der BBC, Spitting Image. Ab jetzt immer dienstags abends in der ARD |
| 6. 7. | 17.45 | "Ein Engel auf Erden", früher Little Joe in der Herrenrunde bei Bonanza, kümmert sich jetzt um kranke Nachbarn. Näh, wat iss dat schön (ZDF) |
| | 21.00 | Gesundheitsmagazin Praxis (ZDF) |
| 9. 7. | 17.30 | Bilder aus der Wissenschaft (ARD) |
| 14. 7. | vorm. | Parademarsch, Parademarsch, der König hat ... Parade in Paris anlässlich des 200. Jahrestags der Französischen Revolution (ARD) |
| 15. 7. | 16.40 | Gesundheit im Ersten |
| 27. 7. | 20.15 | Das kurze trostlose Leben der Manuela Hoops. Film über Drogenmißbrauch (ARD) |
| 3. 8. | 21.00 | Gesundheitsmagazin Praxis (ZDF) |
| 6. 8. | 20.15 | Welt am Draht. Science Fiction von Fassbinder über einen Zukunftsforscher, der „durchdreht“ (ARD) |
| 17. 8. | 23.30 | Für Anatomie-Interessierte: „Ich atme mit dem Herzen“. Kanadischer Spielfilm im ZDF |

Ansonsten sind im Sommer alle sowieso gesund, deshalb wenig über Gesundheit, nur viele viele gesunde, schlechte Filme

Das Gen-Archiv Essen und das ID-Archiv im Internationalen Institut für Sozialgeschichte in Amsterdam haben eine Literatursammlung zum Thema Gen- und Reproduktionstechnologie und Bevölkerungspolitik herausgegeben. Gegliedert ist die Broschüre nach den Bereichen: Gen- und Reproduktionstechnologie, rassistische und sexistische Ideologien, Auslese und Ausmerze im Nationalsozialismus, Bevölkerungspolitik, Selbstbestimmungsrecht, Wissenschaftskritik, feministische Kritik, Widerstand und Kriminalisierung, Belletristik und Zeitschriften. Den Publikationen haben die Herausgeber jeweils kurze Inhaltsangaben angefügt. Bestellt werden kann die Literaturliste bei: Edition ID-Archiv im IISG, c/o Aurora Verlagsgesellschaft, Knobelsdorffstraße 8, 1000 Berlin 19, Tel. (030) 3227117.

Welche(r) Kinderpsychologin mit (Voraussetzung für) Kassenzulassung hat Lust, sich in Achim bei Bremen (circa 30.000 EinwohnerInnen) uns gegenüber (Kinderärztliche Gemeinschaftspraxis) niederzulassen? Bedarf dringend vorhanden.
Interessenten wenden sich unter Chiffre 010789 an die dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin

einen Arzt

der seinen Zivildienst in unserem Hause leisten möchte.
Wir bieten unter anderem die Möglichkeit von Unterbringung und Verpflegung in unserem Hause.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an das Kreiskrankenhaus, Personalabteilung, Rinteler Straße 85, 4920 Lemgo, Tel. (05261) 26-0

AiP-Stelle ab sofort gesucht in Klinik mit angenehmem Arbeitsklima (Pädiatrie, Innere, Chirurgie).
Helmut Sammet, Lindenstraße 13, 7101 Löwenstein/Hörsing, Tel. (07130) 6251

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

Das dg-Archiv quillt über. Einige Hefte gibt es noch en masse, einige nur noch in Restbeständen, einige würden wir gern von Ihnen erstehen, falls Sie sie noch haben.

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

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

Bezahlung nur in Vorauskasse: Briefmarken oder Verrechnungsscheck.

Nummern, die uns ausgegangen sind (3/80, 6/83, 3/85, 5/85, 11/85, 6/87), möchten wir kaufen. Bitte rufen Sie die Redaktion an.

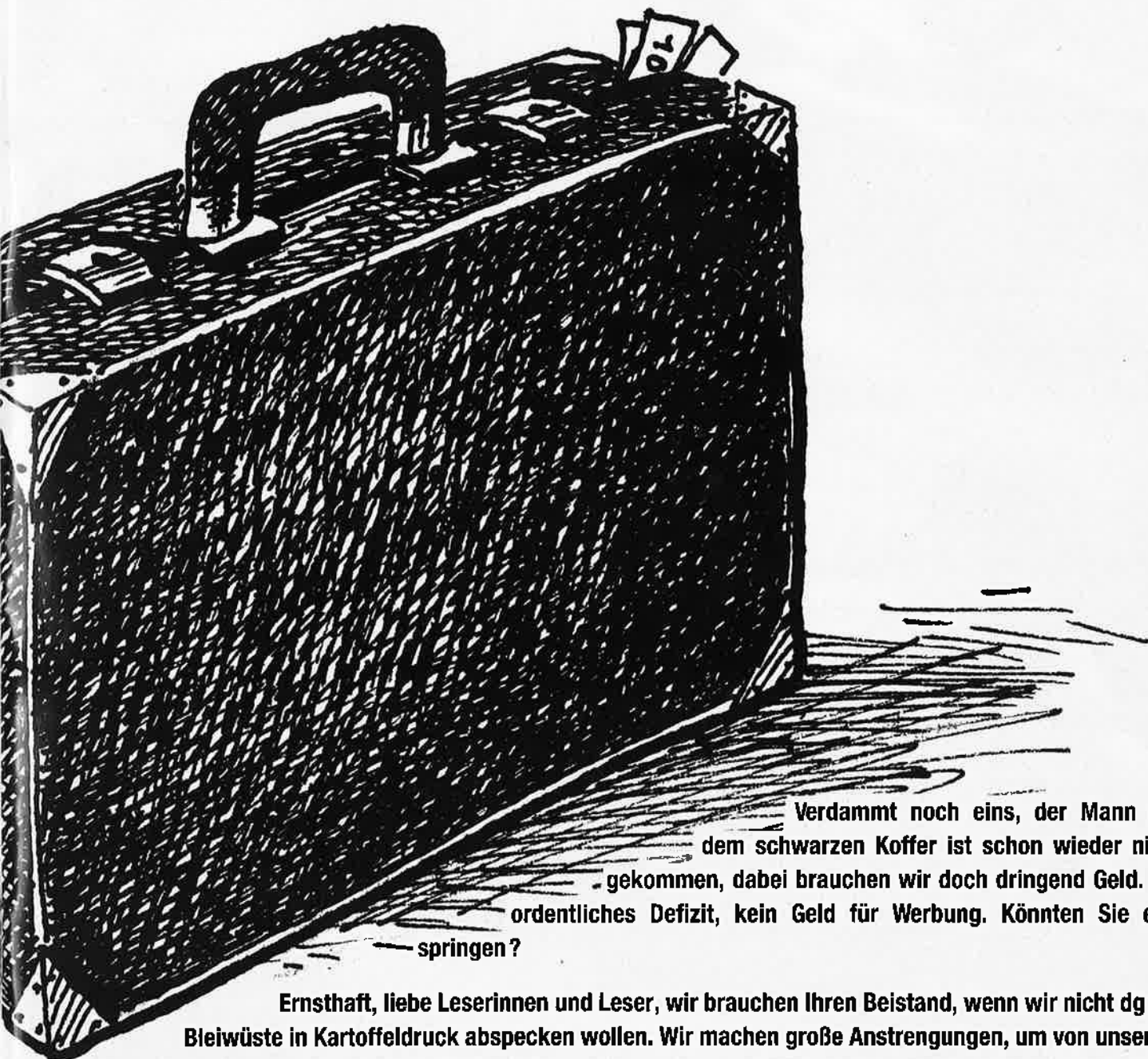
Zum Sonderpreis von 3 Mark gibt es:

7/8/85: *Medizinische Soforthilfe in der Dritten Welt*, Elektroschocks, Zwangssterilisation im Nationalsozialismus
 9/85: *Paracelsus-Kliniken*, Funktionspflege versus ganzheitl. Pflege, Alfred Grotjahn
 12/85: *Der Sinn von Tierversuchen*, Geburtenkontrolle und Kirche, Menschenversuche – Interview mit Wallraff
 1/86: *Modell Herdecke?*, Interview mit Marie Langer, Recht auf (Nacht-)arbeit
 2/86: *Methadon – Ein neuer Weg?*, Briefe aus Nicaragua, Arbeitsmediziner Lehnert – Experte für Unbedenklichkeit
 3/86: *Mediziner im Widerstand*, Interview mit Winfried Beck kurz vor Gründung des VdÄÄ, Sterbehilfe-Boom
 4/86: *Gezähmte Selbstverwaltung in der Krankenversicherung*, Abnehmen durch Wunderpillen?, Krankheitsursachen aus der Sicht von Arbeitnehmern
 5/86: *Genfer Protokolle – Schutz der Zivilbevölkerung*, Bluthandel, W.Catenhusen zu Gentec, Gruppenpraxen
 6/86: *Atomkatastrophe in Tschernobyl*, Interview mit Karl Bonhoeffer zum 6. Intern. Weltkongreß der IPPNW in Köln, Grüne Gesundheitspolitik – Alte Wege oder neue Perspektiven?
 7/8/86: *Gewerkschaftsarbeit im Krankenhaus*, Wiederaufbereitungsanlagen und gesundheitliche Risiken, Die Umbenennung der Haedenkampstr., Balintgruppen
 9/86: *Computer im Krankenhaus*, Müttergenesungswerk, B-Waffen-Forschung in Hannover, Wen schützt die Strahlenschutzverordnung?

10/86: *Bulimarexie*, Sozialpsychiatrie in der DDR und der BRD, Pflegeversicherung
 11/86: *Linke Niedergelassene – Zwickmühle*, "Krankenpflege gegen Krieg", Frankfurter „Euthanasie“-Prozess
 12/86: *Männer und die Pille*, Gründungskongreß des VdÄÄ, Sind Auswahlgespräche verfassungswidrig?
 1/87: *"Amtsärzche" und „Gesundheitsbulen“* – Öffentlicher Gesundheitsdienst, Aufklärungsbücher, Strukturreform nach der Wende
 2/87: *Wirtschaftskriminalität von Ärzten*, Menschenversuche der Atomindustrie, Gibt es eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen?
 3/87: *Gesundheit oder Apartheid?*, Wahlsieg der Fraktion Gesundheit, Bericht der Enquete-Kommission „Gentec“, Warum haben oppositionelle Ärzte solche Wahlerfolge?
 4/87: *Gesundheitsrisiko Niedrigdosisstrahlung*, Interview mit DGB-Gesundheitspolitikern, Der Fall Gottfried Benn
 5/87: *Florence Nightingale in Afghanistan*, Meldepflicht bei Aids, Ethik in der Psychiatrie, Manuelle Dokumentationssysteme
 7/8/87: *Mickey-Mouse-Krankenhaus*, Gesundheitstag in Kassel, Mythos Selbsthilfe, Aids im Gesundheitsamt
 9/87: *Marburger Bund*, Psychiater reisen nach Polen, Sterbehilfe – Tötung auf wessen Verlangen?
 10/87: *Friedensbewegung im Gesundheitswesen*, Anencephale als lebende Organspende, Kostendämpfung im Krankenhaus
 11/87: *Reprotechnologien – Alles Teufelswerk?*, Krankenpflege und Aids, Kritik des EBM
 12/87: *Pharma – Lernen von der Dritten Welt?*, Interview mit Valeri Legassow über Tschernobyl, Alltag in der Psychiatrie, Malaria-Versuche in Dschachau
 1/88: *Psychosoziale Versorgung Aidskranker*, Bundesärztekammer und Vergangenheitsbewältigung, Burnout-Syndrom
 2/88: *Strukturreform*, Gestellungsverträge mit Schwestern, British disease – british cure
 3/88: *Traumjob ambulante Krankenpflege?*, EDV im Krankenhaus, Der Fall Bernbeck – Ein Lehrstück über die Hierarchie
 4/88: *Datenschutz und Schweigepflicht*, Bericht einer Zwangssterilisierten, Wie soll die Versorgung Pflegebedürftiger abgesichert werden?
 5/88: *Raserei und Unfälle*, "Anschlagsrelevantes" Thema Gentec, Unterrichtskräfte und Ausbildungsfinanzierung
 6/88: *Methadon für HIV-Infizierte*, Gewerkschaft und Strukturreform – Ein Streitgespräch, Marionetten in der Berliner Ärztekammer?
 7/8/88: *Zur Situation von Ärztinnen*, Fluktuation in der Krankenpflege, Kein neues Sterilisationsgesetz, Festbeträge für Arzneimittel
 9/88: *Humangenetische Beratungsstellen*, 1. Streik im Gesundheitswesen, HIV-positive Kinder, Entwurf einer Postivliste
 10/88: *Sexueller Kindesmißbrauch*, Pflegenotstand und „Sozialdienst, 125 Jahre Bayer, Arzthelferinnen in linken Praxen
 11/88: *Klassenloses Krankenhaus*, EG-Eugenik, Pflegenotstand und Kaffeetrinken, Heilpraktiker
 12/88: *Das lange Lied der Dioxine*, BGA stoppt Naturheilmittel, Frauen und Aids, Datenboykott gegen Blüm



MÄZENE GESUCHT



Verdammt noch eins, der Mann mit dem schwarzen Koffer ist schon wieder nicht gekommen, dabei brauchen wir doch dringend Geld. Ein ordentliches Defizit, kein Geld für Werbung. Könnten Sie einspringen?

Ernsthaft, liebe Leserinnen und Leser, wir brauchen Ihren Beistand, wenn wir nicht dg zur Bleiwüste in Kartoffeldruck abspecken wollen. Wir machen große Anstrengungen, um von unserem Minus herunterzukommen, aber dg ist kein vereins- oder parteigebundenes Blatt, deshalb wollen und können wir niemanden zur Hilfe rufen, außer: Sie, unsere Leserinnen und Leser. Zumindest diejenigen von Ihnen, die nicht unter Auszehrung im Portemonnaie leiden und deshalb das Ausbildungsabo haben.

Dabei brauchen Sie uns noch nicht einmal mit einem Koffer zu besuchen, werden Sie einfach Förderabonnentin und -abonnent. Füllen Sie die beigeheftete Karte auf Seite 24 aus und schicken Sie sie an die Redaktion. Sie erhalten dann in Kürze eine Rechnung über 43 Mark (57 Normalabopreis, den Sie schon bezahlt haben, plus 43 Mark gleich 100 Mark fürs Förderabo).

Sollten Sie noch mehr Ambitionen als Mäzen haben, spenden Sie auf das Sonderkonto Norbert Andersch, Postscheckamt Essen, BLZ 360 100 43, Ktonr. 15420-430, Stichwort „Ich, Krösus“. Wir nehmen übrigens alle Währungen, frei konvertierbare, versteht sich.

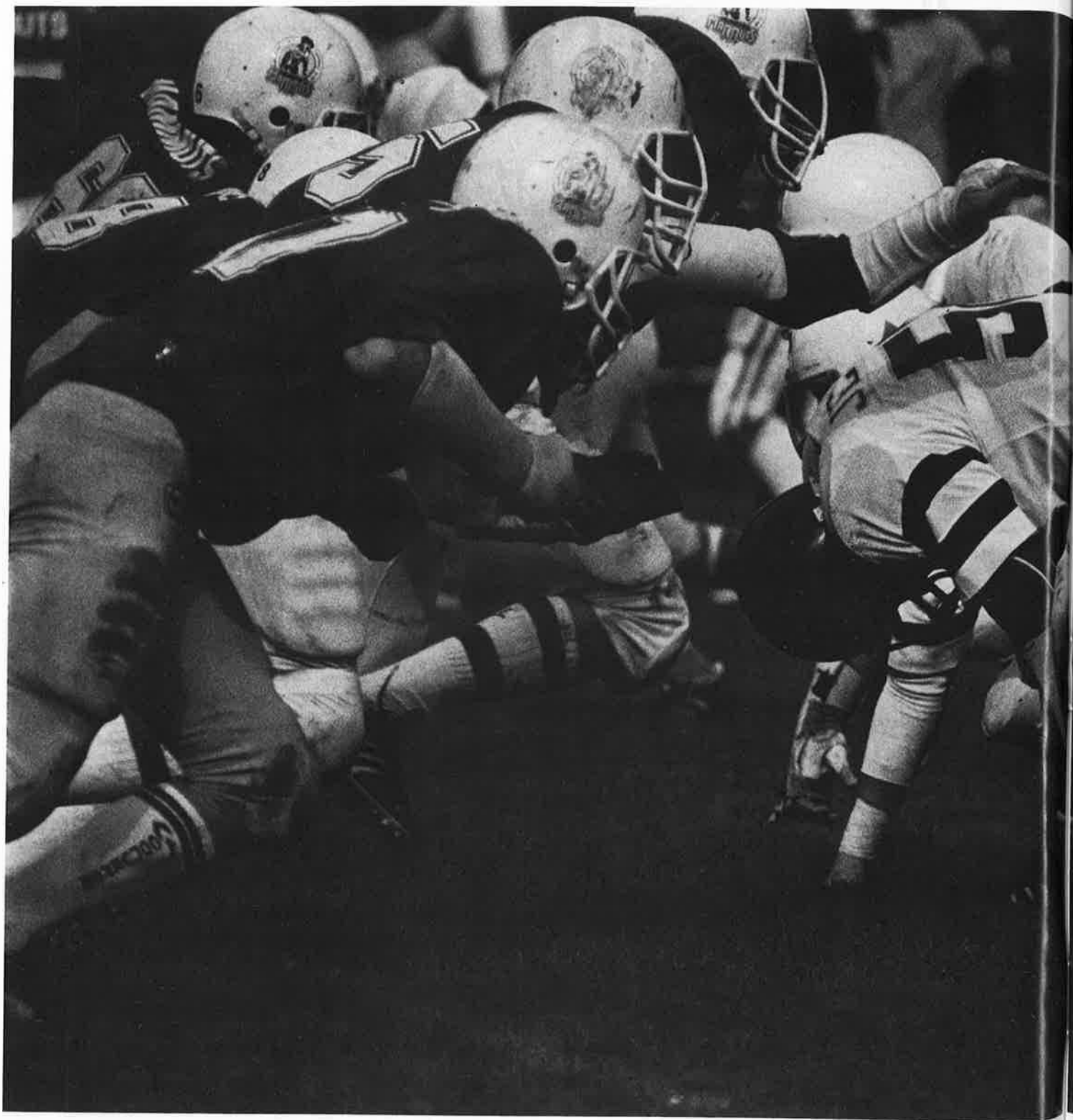
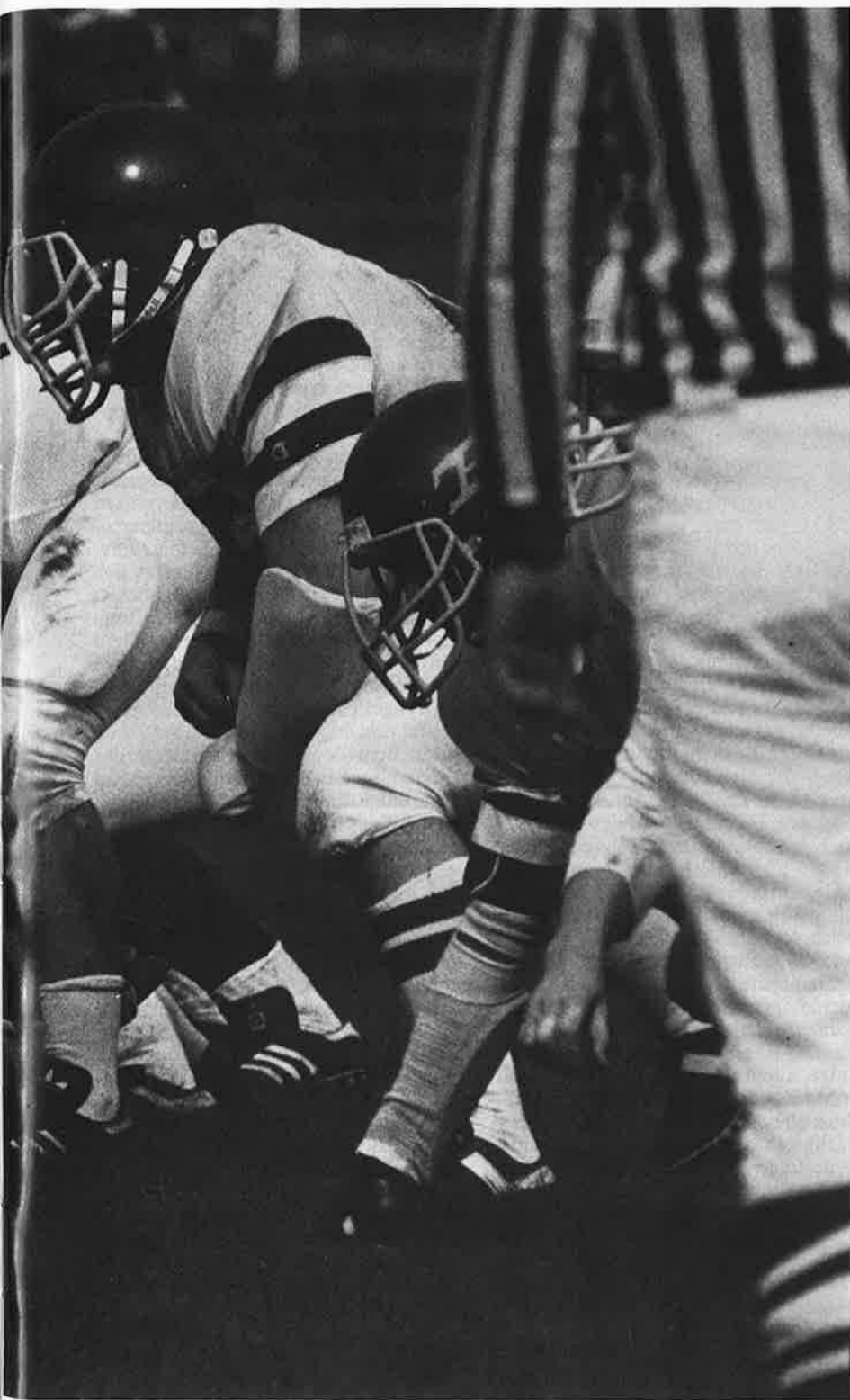


Foto: laif

IN ALTER

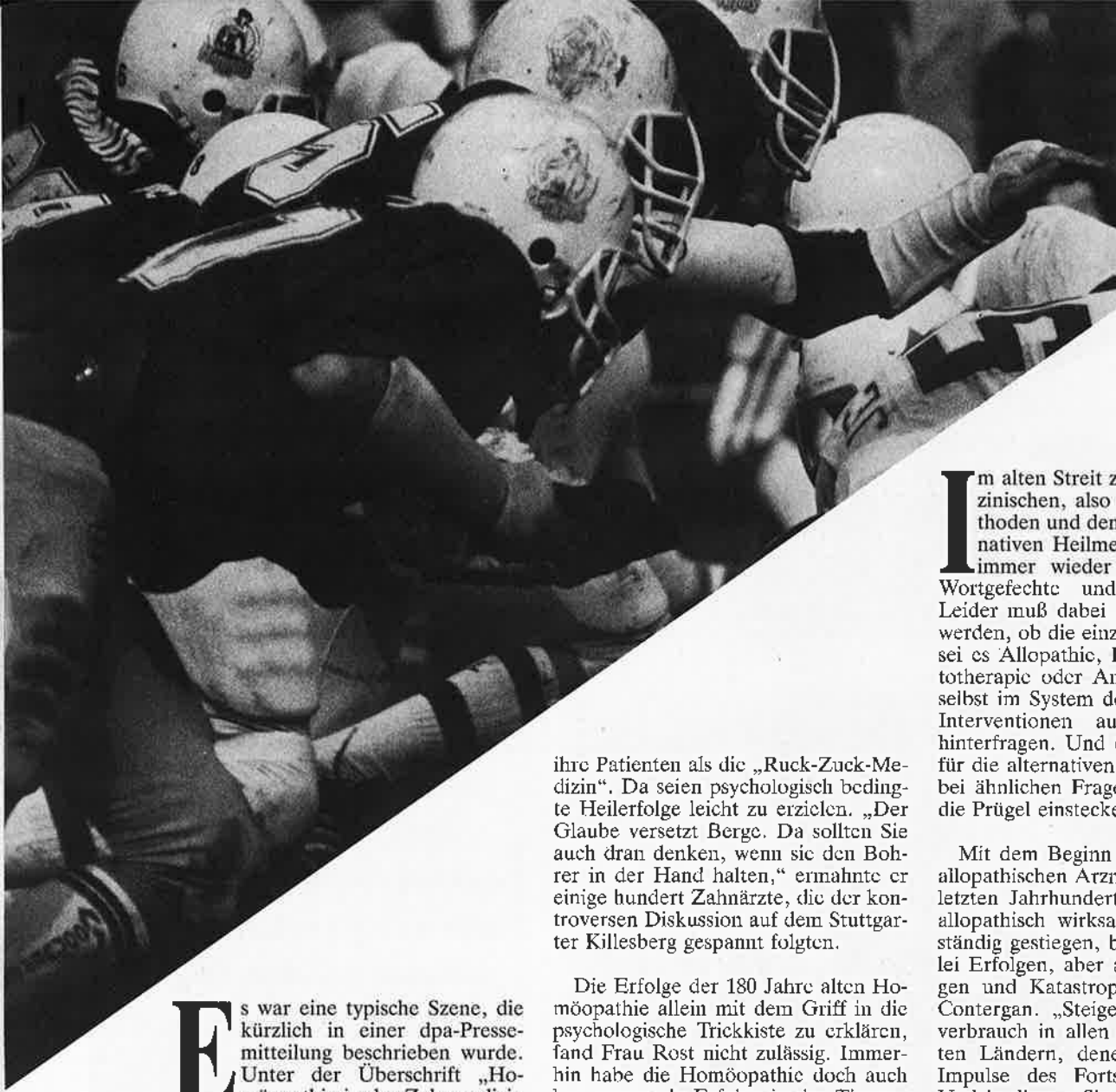


ARZNEIMITTELTHERAPIEN FEINDSCHAFT?

Von einem fairen Streit kann nicht die Rede sein.

Woher nimmt sich die Schulmedizin das Recht, über die Rationalität anderer Therapiemethoden mit einer Arroganz sondergleichen zu richten? Soll sie doch selbst ihr Haus einmal nach den eigenen Kriterien aufräumen und sehen, was dann übrig bleibt. Doch auch Homöopathie und Pflanzenheilkunde müssen sich Vorwürfe gefallen lassen: Es gibt bisher keine durchsichtigen Kriterieng Gebäude, die die Architektur der besonderen Therapie-richtungen preisgeben und einer Überprüfung öffnen.

Arzneimitteltherapie ist mehr als das, was die Inhaltsstoffe eines wie immer gearteten Medikaments zu bewirken vermögen. Gerd Glaeske plädiert dafür, dem Rechnung zu tragen



Es war eine typische Szene, die kürzlich in einer dpa-Pressemitteilung beschrieben wurde. Unter der Überschrift „Homöopathie in der Zahnmedizin – nachts bei Vollmond?“ hatte die Korrespondentin, Heidrun Holzbach-Linsenmeier, einen Disput auf dem Deutschen Zahnärztetag in Stuttgart festgehalten. Es hieß in der Meldung: „Wer kennt das nicht: Der schmerzende Zahn ist endlich gezogen, der Patient geht befreit nach Hause, und abends fängt die Wunde an zu bluten. Dagegen wußte die Ärztin für Naturheilverfahren und Homöopathie, Jutta Rost, auf dem 23. Deutschen Zahnärztetag in Stuttgart Rat: „Die Homöopathie gibt ihnen Mittel an die Hand, bei denen Arzt und Patient gut durchschlagen.“ Arnika etwa, eine Pflanze aus der Familie der Korbblütler, sei ein „hervorragendes Mittel“ gegen Nachblutungen und dämpfe zugleich die Schmerzen, sagte sie bei einer Podiumsdiskussion über Homöopathie und Zahnheilkunde.

Das rief den ehemaligen Chefarzt der medizinischen Kliniken Darmstadt, Professor Felix Anschütz, auf den Plan. So uneingeschränkt dürfe sie den Zahnärzten ihre Rezepturen nicht empfehlen, da der Erfolg gar nicht sicher sei. Ohnehin beruhten die Erfolge der Homöopathie, so der Herz-Kreislauf-Spezialist, auf „Suggestion und Placebo-Effekten“. Schließlich nähmen sich Homöopathen viel mehr Zeit für

ihrer Patienten als die „Ruck-Zuck-Medizin“. Da seien psychologisch bedingte Heilerfolge leicht zu erzielen. „Der Glaube versetzt Berge. Da sollten Sie auch dran denken, wenn sie den Bohrer in der Hand halten,“ ermahnte er einige hundert Zahnärzte, die der kontroversen Diskussion auf dem Stuttgarter Killesberg gespannt folgten.

Die Erfolge der 180 Jahre alten Homöopathie allein mit dem Griff in die psychologische Trickkiste zu erklären, fand Frau Rost nicht zulässig. Immerhin habe die Homöopathie doch auch hervorragende Erfolge in der Tiermedizin erzielt. „Das spricht gegen den Placebo-Effekt“. Ob es bei Hund und Katze allein der Glaube macht, darf wohl in der Tat bezweifelt werden. Umstritten bleibt die wissenschaftliche Nachprüfbarkeit der homöopathischen Heilerfolge gleichwohl. Das machten die Kontrahenten nur zu deutlich, wissenschaftliche Untersuchungen dafür und dagegen wurden angeführt, aber Frau Rost meinte selbst: „Da gibt es noch eine Dimension, die über das rein materielle Denken hinausgeht.“

Das trifft insbesondere auf die in der Homöopathie verwendeten hohen Verdünnungen von Heilmitteln zu. Jutta Rost verwies auf Erfolge mit Verdünnungen, in denen kein Molekül des Wirkstoffs mehr nachweisbar ist. „Es ist für mich unmöglich, mir vorzustellen, daß eine Substanz, in der nichts mehr drin ist, auch noch wirken soll“, hielt Anschütz dagegen. Die Schüttelpraktiken bei der Herstellung solcher Verfahren erinnerten ihn gar an „spirituelle Handlungen“. „Nachts bei Vollmond“, unterstützte ihn ein Zuhörer. Doch die Zahnärzte waren durchaus nicht alle dieser Meinung. Auf die Frage von Jutta Rost, wer von den Anwesenden mit Erfolg homöopathische Mittel in seiner Praxis angewandt habe, erhob immerhin ein Drittel die Hand.

Im alten Streit zwischen schulmedizinischen, also allopathischen Methoden und den sogenannten alternativen Heilmethoden entbrennen immer wieder solche erbitterten Wortgefechte und Positionskämpfe. Leider muß dabei allzu oft bezweifelt werden, ob die einzelnen Disziplinen – sei es Allopathie, Homöopathie, Phytotherapie oder Antroposophie – sich selbst im System der ihnen möglichen Interventionen ausreichend kritisch hinterfragen. Und das gilt nicht allein für die alternativen Heilmethoden, die bei ähnlichen Fragestellungen zumeist die Prügel einstecken müssen.

Mit dem Beginn des Siegeszugs der allopathischen Arzneimitteltherapie im letzten Jahrhundert ist die Menge an allopathisch wirksamen Arzneimitteln ständig gestiegen, begleitet von vielerlei Erfolgen, aber auch von Mißerfolgen und Katastrophen wie der nach Contergan. „Steigender Arzneimittelverbrauch in allen hochindustrialisierten Ländern, denen man wesentlich Impulse des Fortschritts zuschreibt. Und in diesem Sinn ist der Verbrauch von Arzneimitteln durchaus ein Indikator des Fortschritts“ – diese Wertung der allopathischen Arzneimitteltherapie durch die Pharmazeutische Industrie selbst läßt erahnen, welches umsatzpolitische Interesse hinter der Verbreitung von Arzneimitteln steht. So kann es auch nicht verwundern, daß im Laufe der Jahrzehnte die herrschende fortschrittsgläubige Medizin sich mehr und mehr der von den Herstellern propagierten Arzneimitteltherapie bedient hat – ausgelöst durch therapeutische Erfolge bei einer Reihe von Krankheiten.

Trotzdem: Erfolg und massenhafte Anwendung allopathischer Arzneimittel sind nicht allein mit medizinischen Gründen erklärbar. Auf dem schon beinahe legendären Marburger Medizin-Kongress 1973 nannten Volker Friedrich und Hartmut Meier eine ganze Reihe anderer Gründe, die nichts von ihrer Aktualität verloren haben und die niemals besser dargestellt worden sind. Sie bedürfen höchstens einiger Erweiterungen.

Erster Grund: Das naturwissenschaftliche Mißverständnis der Medizin. Der Ausbildungsgang der Mediziner ist am naturwissenschaftlichen Krankheitskonzept orientiert. Thera-

peutische Maßnahmen, die sich an den sozialen und psychischen Entstehungsbedingungen von Krankheit orientieren, sind im Repertoire ärztlicher Behandlungsweisen nicht hinreichend vertreten. Das naturwissenschaftliche Krankheitsverständnis findet in seinen Kontrollverfahren, den klinisch kontrollierten, möglichst randomisierten und doppelblinden Studien adäquaten Ausdruck. So wird die Wirksamkeit eines Arzneimittels durch medizinisch-statistische Methoden quasi entindividualisiert, und der Anspruch, bei entsprechenden Erkrankungen fast generell Erfolge erzielen zu können, findet seine Untermauerung.

Wenn – was Voraussetzung wäre – die Diagnose stimmt, so muß das jeweilige Mittel, das sich in einer Studie als signifikant wirksam und besser als ein Placebo herausgestellt hat, eine Krankheit mit ausreichendem Erfolg heilen. Der wissenschaftlich überprüften Wirksamkeit folgt also die wissenschaftlich begründete Anwendung eines Arzneimittels bei einer Krankheit, wobei Krankheit allerdings ausschließlich als ein Entgleisungszustand des Körpers verstanden wird, der mit chemischen Wirkstoffen wieder ausgeglichen werden kann.

Zweiter Grund für die massenhafte Anwendung allopathischer Arzneimittel: Ihnen kommt in der Praxis eine starke Rationalisierungsfunktion zu. Rund 90 Prozent aller Patienten in der Bundesrepublik werden in nach privatwirtschaftlichen Kriterien geführten Praxen von freiberuflichen Ärzten versorgt. Die Konkurrenz mit den anderen „Kleinunternehmern“ zwingt den Arzt, möglichst rationell und zeitsparend zu arbeiten. Deshalb werden solche Leistungen bevorzugt, die mit möglichst geringem Zeitaufwand und unter Einbindung von Hilfspersonal getätigt werden können.

Dritter Grund: Die Arzneimittelverschreibung gibt beiden, dem Arzt und dem Patienten, das Gefühl der Bestätigung: Dem Arzt, daß er etwas getan hat, daß er Hilfe angeboten hat. Dem Patienten, daß seine als Symptom erfahrenen Mißbefindlichkeiten in der Tat medikamentös behandelbar und damit in den „Rang“ einer Krankheit gestellt sind. Ganz am Rand bietet das Medikament dem Arzt auch die Möglichkeit, ein Patientengespräch, zumal wenn es lang und belastend wird, mit der Verschreibung zu beenden, auch und vor allem dann, wenn die Beschwerden keine exakte Diagnose zulassen.

Daß dann eigentlich auch keine begründete Arzneimitteltherapie möglich ist, wird häufig ausgeblendet. Schlim-

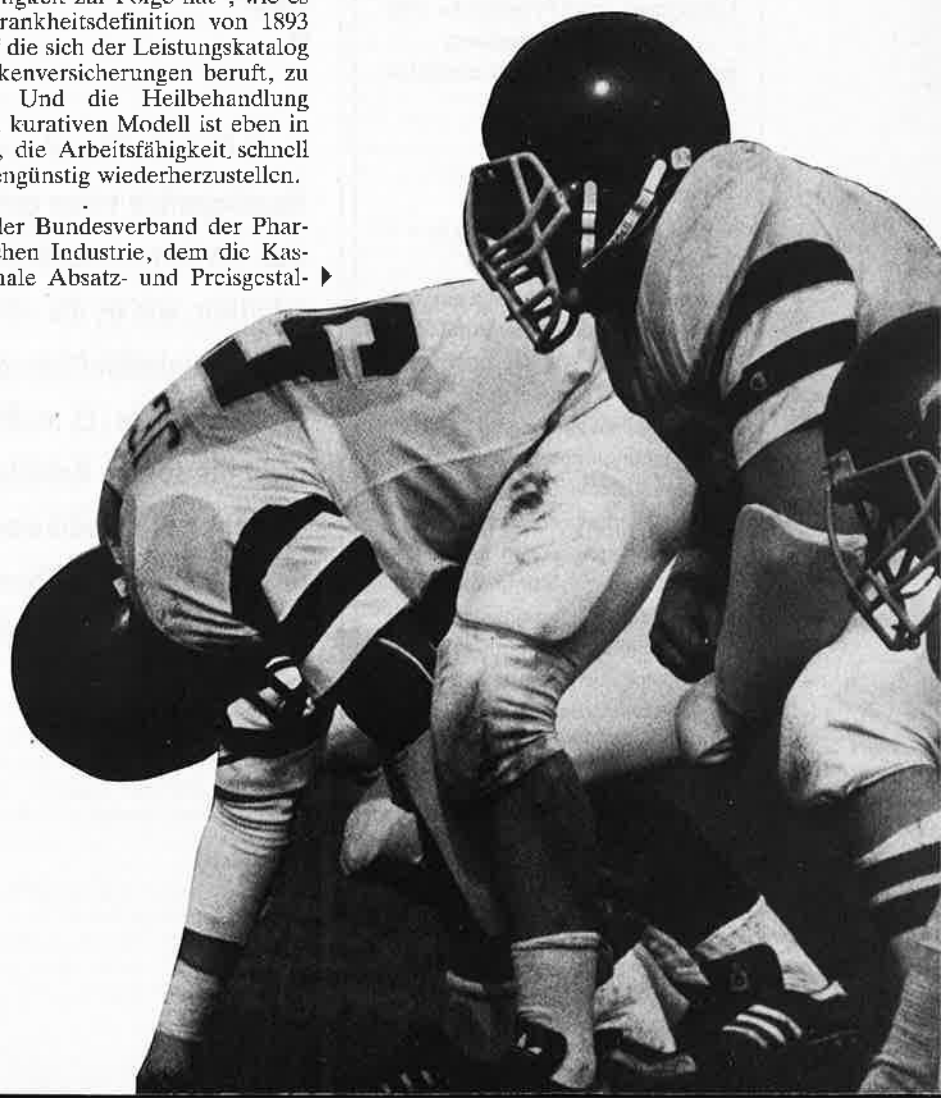
mer noch, vielfach wird sogar über die Arzneimitteltherapie die Diagnose gesucht. Wenn ein Mittel gegen Bluthochdruck die Mißbefindlichkeiten eines Patienten abstellen kann, dann werden sie wohl mit einem zeitweise auftretenden Bluthochdruck zusammenhängen. Hat es keinerlei positive Wirkung, kann man ja einmal ein „Breitband“-Beruhigungsmittel versuchen.

Für die Patientinnen und Patienten ersetzt das Arzneimittel auch nach der Konsultation die persönliche Anwesenheit des Arztes und wirkt so als personale Beziehung zum Arzt weiter. Das Medikament gewinnt damit den Charakter einer verdinglichten Arzt-Patienten-Beziehung. Die Hilfe des Fachmanns oder der Fachfrau kann mit dem Arzneimittel materialisiert nach Hause getragen werden.

Und einen letzten Grund gibt es, der die Anwendung von vor allem allopathischen Arzneimitteln begünstigt: Sie entspricht einer auch durch die Krankenversicherung beeinflussten Absicht der medizinischen Versorgung, „einen regelwidrigen körperlichen oder geistigen Zustand, dessen Eintritt . . . Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“, wie es in der Krankheitsdefinition von 1893 heißt, auf die sich der Leistungskatalog der Krankenversicherungen beruft, zu beenden. Und die Heilbehandlung nach dem kurativen Modell ist eben in der Lage, die Arbeitsfähigkeit schnell und kostengünstig wiederherzustellen.

Auch der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, dem die Kassen optimale Absatz- und Preisgestal-

Wer Regeln aufstellt, muß sich auch daran halten: Für die sich naturwissenschaftlich gebende Schulmedizin ist angeblich der klinische Wirksamkeitsnachweis die Meßlatte aller Therapie. Doch zweifelhaft wirksame allopathische Arzneimittel werden in Massen verordnet. Sind Gefälligkeit, unklare Diagnosen, der Wunsch, den Patienten an die Praxis zu binden, etwa naturwissenschaftliche Argumente?



Neu

FRANKFURTER BEITRÄGE ZUR PSYCHOSOZIALEN MEDIZIN

Jochen Jordan, Cornelia
Krause-Girh (Hrsg.)

* 1988 * 230 Seiten * DM 25,00 *
ISBN 3-88864-012-1 *

Seit vier Jahren treffen sich in
Frankfurt Angehörige verschiedener
Berufsgruppen aus dem
Gesundheitsbereich, um im Rahmen
der "Frankfurter Gespräche zur
psychosozialen Medizin" ihre Arbeit
fachübergreifend und
gesundheitsspolitisch zu reflektieren.
Der vorliegende Band enthält einige
bisher nicht veröffentlichte Beiträge
dieser Gesprächsabende und soll
dazu anregen, andernorts ähnliche
Diskussionsforen zu gründen.

THERAPIE STATT ERZIEHUNG? Chancen und Probleme der Therapeutisierung pädagogischer und sozialer Arbeit

Bärbel Schön

* 1989 * 96 Seiten * DM 19,00 *
ISBN 3-88864-16-4 *

Das vorliegende Buch zeigt auf, wie
und auf welchem Hintergrund sich
der allmähliche Wandel von der "Er-
ziehung" zur "Therapie" vollzieht und
welche Implikationen damit - auch für
die Erziehungswissenschaft und So-
zialisationsforschung - verbunden
sind. Die Arbeit zeigt auf, daß mit
Hilfe der therapeutischen Perspektive
deutlicher werden kann, was Kinder
zu ihrer Entwicklung brauchen und
woran sie leiden. Allerdings wird
zugleich auch davor gewarnt,
Therapie an die Stelle von Erziehung
zu setzen, denn Therapie beinhaltet
auch problematische Verkürzungen
und Einseitigkeiten.

VAS

Verlag Akademischer Schriften
Kurfürstenstr. 18, 6000 Frankfurt/M. 90



**Auch Naturheilkunde und
Homöopathie täten gut daran,
sich ein Kriteriengebäude zu
schaffen, wie es die allopathi-
sche Arzneimitteltherapie be-
reits getan hat. Es müßten ja
nicht die selben Kriterien sein,
an denen die Medikamente
der verschiedenen Therapie-
formen gemessen werden**

tungsspielräume sichern, hält ein Spar-
schwein bereit. Er sieht das so, daß ein
„wenigstens teilweiser Ersatz arbeits-
und kapitalintensiver Gesundheitslei-
stungen (Krankenhauswesen, Appara-
tomedizin) durch ein Gut wirtschaftlich
erwünscht ist, das nachweislich weniger
von Preissteigerungen betroffen ist:
durch Arzneimittel. Schon heute kön-
nen Krankenhausaufenthalte erheblich
verkürzt oder ganz vermieden werden,
wenn rechtzeitig eine systematische
Arzneimitteltherapie eingeleitet wird.
Und um Krankenhauskosten einzuspar-
en, müssen mehr Arzneimittel im am-
bulanten Bereich eingesetzt werden.“

Dieser Empfehlung der Hersteller
wird durchaus Folge geleistet, der Um-
satz von Arzneimitteln sowie der Ver-
brauch nach Dosierungseinheiten steigt
Jahr für Jahr. Die letzten Statistiken
weisen aus, daß pro Bundesbürger
mehr als 1100 Tabletten, Kapseln oder
Dosierungseinheiten von Tropfen und
Saft verbraucht werden. Fachleute,
beispielsweise die Herausgeber des
Arzneiverordnungsreports, Professor
Ulrich Schwabe und Dr. Dieter Paff-
rath, haben allerdings erhebliche Zwei-
fel an der Nützlichkeit des hohen Ver-
brauchs. Sie weisen darauf hin, daß
rund 200 Millionen verordneter Arz-
neimittel von jährlich insgesamt 700
Millionen weder ihre Nützlichkeit noch
ihre sinnvolle Zusammensetzung je-
mals ausreichend nachweisen konnten.
Die Zweifel werden im übrigen gestützt
durch unabhängige Fachkommissionen
wie die Transparenz-Kommission beim
Bundesgesundheitsamt, die in häufig
angewendeten Indikationsgebieten
rund 50 Prozent aller angebotenen Arz-
neimittel als von nicht zweifelsfrei
nachgewiesener Wirksamkeit dekla-
riert.

Und dennoch werden diese Arznei-
mittel täglich von Ärztinnen und Ärz-



Wie verträgt es sich mit den schon formulierten Grundregeln phytotherapeutischer und homöopathischer Medizin, wenn ihre Wirkprinzipien mit denen der Allopathie vermischt werden ? Selbst „flotte Dreier“ sind auf dem Markt schon keine Ausnahme mehr. Ist das Fairplay ?

ten – mit gutem Erfolg, wie sie meinen – verordnet und von Patienten eingenommen, die ebenfalls positive Wirkungen verspüren. Das naturwissenschaftliche Konzept, mit dem pharmazeutische Hersteller auch negativ beurteilte Produkte anbieten und somit Ärzte in eine Rationalitätenfalle laufen lassen, eignet sich offensichtlich zur Arzneimittelvermarktung in diesem auf schnellen kurativen Erfolg ausgerichteten Versorgungssystem. Daß die „Droge“ Arzt oftmals das einzig wirksame „Agens“ ist, wird dabei leicht übersehen.

Nun wäre aber zu erwarten, daß eine naturwissenschaftlich orientierte Schulmedizin, für die der klinische Wirksamkeitsnachweis das A und O ist, ihrem Anspruch auf Wissenschaftlichkeit damit Tribut zollt, daß zweifelhaft wirksame allopathische Arzneimittel nicht länger verordnet werden. Von wegen: Ärzte verordnen auch umstrittene Arzneimittel so lange, wie sie auf dem Markt sind. Zum Beispiel das phenacitinhaltige Gelonida. Es wurde trotz der gleichnamigen verfügbaren Alternative ohne Phenacitin und trotz des bekannten Risikos, daß sich nach langer Einnahme phenacitinhaltiger Kombinationspräparate eine Analgetika-Nephropathie ausbilden kann, so lange und in großen Mengen verordnet, wie es auf dem Markt war.

Offenbar werden wissenschaftliche Kriterien in der naturwissenschaftlichen Medizin nur bedingt zu Rate gezogen. Alle anderen Aspekte, die den Vorrang der Pharmakotherapie aufrechterhalten, müssen als ständige Einflußgrößen mitberücksichtigt werden: Arzneimittel als Gefälligkeit, Arzneimittel als Praxisbindungsinstrument, Arzneimittel als Diagnostikum, Arzneimittel als Ausdruck des ärztlichen Helfersyndroms, Arzneimittel als „Killerphrase“ in einer komplizierten kommunikativen Situation – damit in naturwissenschaftlich und medizinisch nicht mehr begründbaren Anwendungsgebieten.

Da mutet es in der Tat merkwürdig an, daß eine sich naturwissenschaftlich gebende Medizin, die es selbst nicht schafft, naturwissenschaftliche Standards einer Arzneimitteltherapie einzulösen, nur Kritik bis hin zu Spott und Hohn für alternative Therapierichtun-

gen übrig hat. Dies natürlich mit dem Vorwurf, daß homöopathische oder phytotherapeutische Arzneimittel nicht einer naturwissenschaftlich durchgeführten und objektiv überprüfbaren Erfolgskontrolle Stand hielten.

So lange die Schulmedizin ihr eigenes Haus nicht in Ordnung gebracht hat, zum Beispiel die Vielzahl unsinniger Kombinationspräparate nicht aus der Therapie verbannt, ist ihr die Berechtigung zur Kritik an der angeblichen Irrationalität anderer Therapiemethoden abzuspochen. Es sei denn, daß die Schulmedizin zugibt, daß auch allopathische Arzneimittel „Werte“ haben, die tatsächlich gar nichts mit naturwissenschaftlich begründbarer Wirkung zu tun haben. Zur Zeit jedenfalls ist das Angebot der angeblich naturwissenschaftlich untersuchten Arzneimittel nicht der Art, daß der therapierende Arzt in jedem Fall erkennen und wissen kann, ob er sich auf der Ebene des kühlen wissenschaftlichen Konsenses befindet oder ob er bereits die Tür zum „Schamanentum“ durchschritten hat. (Wobei auch dies gerechtfertigt sein kann, wenn es bewußt geschieht.)

Wenn aber Arzneimitteltherapie in einem „größeren“ Umfang schon nichts mehr mit Wissenschaft zu tun hat und wenn Krankheit mehr ist als nur körperliches Mißbefinden, weil sich auch soziales und psychisches Wohl- und Unwohlsein hinzuaddiert, wie kann dann überhaupt ein therapeutischer Eingriff an ausschließlich naturwissenschaftlich orientierten Kriterien gemessen werden? Die Arroganz vieler Schulmediziner gegenüber den Vertreterinnen und Vertretern alternativer Therapierichtungen ist da nur noch durch Selbstschutz zu erklären.

Doch genau wie die Allopathie sich an dem von ihr errichteten Kriteriengebäude – Wirksamkeit, Unbedenklichkeit, Plausibilität der Zusammensetzung und Qualität – messen lassen muß, sollte auch von den alternativen Methoden verlangt werden, daß sie sich an selbst aufgestellten Kriterien messen lassen.

In der Allopathie werden 60 bis 100 Prozent der Kombinationspräparate ohne Ansehen des zu therapierenden Einzelfalles von ihrer Zusammensetzung her nie wissenschaftlich begründ-

bar sein, da nicht jeder Wirkstoffpartner in dieser Kombination zu einer positiven Wirkung des Gesamtpräparats beiträgt. Entsprechend gibt es auch im homöopathischen und phytotherapeutischen Bereich viele unübersichtlich und polypragmatisch zusammengesetzte Präparate, die sich mit bereits aufgestellten Kriterien dieser Richtungen nicht vertragen.

In der „Homöopathischen Arzneimittellehre“ von Fellenberg-Ziegler etwa heißt es: „Das Zusammenmischen zweier oder gar mehrerer Arzneistoffe ist unbedingt verwerflich und stets als eine Verletzung des Wesens der Homöopathie zu betrachten und zwar deshalb, weil jeder Arzneistoff seine ihm allein eigentümlichen, von jedem anderen abweichenden Wirkungen hat und nur einfache und unvermischte Arzneistoffe an Gesunden geprüft und in ihren wahren Wirkungen bekannt sind.“ Künstlich zusammengesetzte und vermischte Arzneistoffe seien zu Heilzwecken nach homöopathischem Grundsatz „ganz unbrauchbar“, da in ihren Wirkungen unbekannt. Sogenannte Komplexmittel, in denen 20 und mehr Mittel gemischt seien, gefährdeten das Ansehen der Homöopathie, so Fellenberg-Ziegler.

Ähnliches wird auch in der Phytotherapie gelehrt. So schreibt der Nestor der Pflanzenheilkunde in der Bundesrepublik, A. F. Weiß, unter dem Stichwort „Teerezepte“: „Nicht mehr als zwei bis drei Basismittel, möglichst nur eines. Keine ellenlangen Rezepte! Nur ein Adjuvans, höchstens zwei, damit die Wirkung übersichtlich bleibt.“

Heinz Schilcher, Professor für pharmazeutische Biologie an der Freien Universität Berlin, hat ähnliche Überlegungen zur Therapie mit Phytopharmaka angestellt und nannte auf einem Freudenstädter Pressegespräch im September 1988 vier Grundregeln der Pflanzenheilkunde:

– Auch für Phytopharmaka würden – zumindest im kurativen Bereich – Dosis-Wirkungs-Beziehungen gelten. Also würden Untersuchungen erwartet, in denen nicht nur der Anwendungsbereich begründbar beschrieben sei, sondern auch die Dosierungsmengen angegeben würden, die für einen Heilerfolg notwendig sind. Die Möglichkeit einer genauen Dosierung sei aber auch davon abhängig, wie genau die Inhaltsstoffe standardisiert vorliegen.

- Wirkungen (experimentell) beziehungsweise Wirksamkeit (am Patienten) seien in zahlreichen Fällen - nicht in allen - von ganz bestimmten Wirkstoffen ableitbar. Um dies herauszufinden, müßten die jeweiligen pharmazeutischen Hersteller Untersuchungen anstellen.

- Typisch für Phytopharmaka sei jedoch, daß *standardisierte oder normierte Gesamtextrakte*, bestehend aus Hauptwirkstoffen, Nebenwirkstoffen und Begleitstoffen (Coeffektoren), in vielen Fällen bessere Effekte, eine größere therapeutische Breite und ein größeres Wirkungsspektrum aufweisen als einzelne isolierte Inhaltsstoffe.

- die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Phytotherapie seien Phytopharmaka mit hoher pharmazeutischer Qualität. Schilcher weist denn auch darauf hin, daß negative Berichte über die Phytotherapie ihre Ursache häufig in der Verwendung pharmazeutisch ungeeigneter Phytopharmaka hätten.

Nähme man nun alle Anforderungen, die hier allein für die Kombinationsarzneimittel in der allopathischen, homöopathischen und phytotherapeutisch orientierten Medizin formuliert wurden, ernst, so müßte überall immense Aufräumarbeit geleistet werden, um intern auf einen vernünftigen Standard zu kommen. Die Kriteriengebäude, an denen sich die Aufräumarbeit zu orientieren hätte, müßten aber gleichzeitig aussagen, inwieweit es gestattet sein soll, Wirkstoffe verschiedener Therapierichtungen miteinander zu vermengen. Gang und gäbe ist derzeit noch, daß in Arzneimitteln phytotherapeutische und allopathische Wirkprinzipien bunt durcheinander gemischt werden.

Selbst die „Dreierkombination“ von Allopathie, Homöopathie und Phytotherapie ist keine Seltenheit. Das Halbschmerzmittel Meditonsin etwa, das 1,2 millionenmal pro Jahr verordnet wird, kommt als homöopathisches Mittel daher, enthält mit Cetylpyridiniumchlorid ein allopathisch wirkendes Desinfizienzmittel mit homöopathischer Deklaration. Offensichtlich um Freundinnen und Freunde der Homöopathie zu beruhigen, werden letztendlich die Verbraucher irreführt.

Problematisch ist da auch, wenn im phytotherapeutischen Bereich Arzneimittel mit beruhigenden Pflanzenextrakten wie etwa Baldrian oder Hopfen angeboten werden, offensichtlich aber

aus Zweifel an der ausreichenden Wirksamkeit Inhaltsstoffe aus dem allopathischen Bereich zugemischt werden. Bei „Nervo.opt“ verträgt sich auf einmal die „weiche“ Wirkung von pflanzlichen Heilmitteln mit der „zwingenden“ Schlafwirkung von Barbitursäure-Derivaten.

Nicht mehr erklärbar erscheint es, wenn Phytotherapeutika mit Inhaltsstoffen vermarktet werden, deren toxische Risiken in vitro bekannt sind. So zum Beispiel bei Valepotriaten in bestimmten außereuropäischen Baldriansorten, in deren Zusammenhang es zu zelltoxischen Wirkungen kam, die bei dem in unseren Breiten verwendeten officinellen Baldrian nicht beobachtet wurden. Trotzdem werden weiterhin Baldrianprodukte verkauft, die stabile, bei Langzeiteinnahme möglicherweise risikoreiche Valepotriate enthalten. Hier wären dringend Langzeittoxizitätsstudien notwendig, die bislang nicht vorliegen.

Kriteriengebäude für die jeweiligen Therapierichtungen müssen auch Anforderungen dafür enthalten, wie Wirksamkeit und Unbedenklichkeit nachgewiesen werden können, und so dies nicht der Fall ist, Erklärungen dafür, weshalb solche Untersuchungen schwer oder nicht möglich erscheinen. Lange Therapiezeiten können dabei nicht unbedingt als Grund gelten. Es wird ja auch von der oft fünf Jahre dauernden Psychoanalyse eine Erfolgsdokumentation erwartet, wenn die Krankenkasse erstatten soll.

Innerhalb der Homöopathie mag vielleicht die kaum noch zu überbietende Individualisierung der jeweiligen Therapie zu Problemen der Wirksamkeitsdokumentation führen. Aber trotzdem *gibt* es Studien, die zeigen, daß eine allgemeine Wirkungsdokumentation machbar ist. So haben C. A. Gassinger und andere 1981 Resultate einer klinischen Prüfung veröffentlicht, in der bei „grippalem Infekt“ mit Eupatorium perfoliatum D2 (Wasserhanf) einerseits und mit Acetylsalicylsäure andererseits behandelt wurde. Beide Präparate schnitten dabei gleich gut oder - auch diese Frage wurde aufgeworfen - gleich schlecht ab. Allerdings spreche in diesem Fall das geringe Risiko des homöopathischen Mittels dafür, es als Alternative in Betracht zu ziehen, schlußfolgerten die Autoren. Untersuchungen scheinen also auch mit homöopathischen Arzneimitteln möglich, warum dann nicht mehr solcher Studien planen und durchführen?

Sicherlich ist die strenge Individualisierung des Therapieverfahrens eine der Stützen der Homöopathie, da die-

ses klientenzentrierte Vorgehen psychosoziale Lebensbedingungen des einzelnen besonders berücksichtigen kann. Die Individualisierung ist aber gleichzeitig problematisch, weil jegliche Mißbefindlichkeit und Krankheit an einen hochspezialisierten Experten delegiert wird, der eine speziell auf diesen Patienten gerichtete Therapie mit homöopathischen Mitteln anordnet - bis hin zu wenigen Hochpotenz-Globuli pro Jahr. Die Homöopathie kann einem die Augen dafür öffnen, daß Krankheitsbehandlung mehr bedeutet als lediglich schnelle Arzneiverordnung. Doch gleichzeitig treibt sie die Individualisierung so weit, daß eben *nur noch* Spezialisten eine homöopathische Therapie durchführen können. Jede Art der Selbstmedikation kann homöopathiegerecht eigentlich nicht durchgeführt werden, der Experte erscheint unerlässlich. Das mag vielen nachdenkenswert erscheinen, gerade in einer Zeit, in der die Gesundheitsbewegung den breiten Graben zwischen Experten und Laien zuschütten möchte.

Und doch muß darauf bestanden werden: „Derjenige, der heilt, hat Recht.“ Wenn das die Schulmedizin für sich in Anspruch nimmt, muß es auch für die anderen Therapierichtungen gelten dürfen, die täglich mit Methoden Erfolge erzielen, die nach den schulmedizinischen Gesetzen überhaupt nicht wirken dürften. So lange die allopathische Arzneimitteltherapie mit einem Alleinvertretungsanspruch auftritt, der die vielen Fehlentwicklungen im Zusammenhang mit nicht sinnvollen Kombinationspräparaten, mit zweifelhaft wirkenden Monopräparaten oder Abhängigkeit auslösenden Arzneimitteln schlichtweg verleugnet oder dem Wunschverhalten der Patientinnen und Patienten anlastet, kann die Kritik an anderen Therapiemethoden kaum ernst genommen werden.

Die allopathische Medizin ist immer schnell dabei, die alternativen Therapiemethoden als Placebo-Therapie zu diskriminieren. Doch leider wird dabei oft vergessen, daß die Therapie mit sogenannten undecuvrierten Placebos, Arzneimitteln also, die eine naturwissenschaftlich begründete Wirksamkeit vorgeben, diese aber nie und nimmer einlösen können, vor allem wegen der Häufigkeit der Verschreibungen weit gefährlicher und auch unseriöser ist als vieles, was die abfällig betrachteten alternativen Therapiemethoden tun. Zum Zustand körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, wie die Weltgesundheitsorganisation Gesundheit definiert, führt nicht die Medizin allein und schon gar nicht allein die Schulmedizin. □

„Wer heilt, hat Recht.“ Wenn das die Schulmedizin für sich in Anspruch nimmt, muß es auch für die anderen Therapieeinrichtungen gelten, die täglich Erfolge erzielen, die es nach schulmedizinischen Gesetzen nicht geben dürfte. Fairplay!



Anzeige:

Neu	Neu	Aktuell
<p>Gerda Jun</p> <p>Kinder, die anders sind</p> <p>In einfühlsam geführten Interviews schildern elf Eltern geistig bzw. körperlich behinderter Kinder „die Realitäten ihres Lebens“: Liebe, Besorgnis, Einsamkeit, Tatendrang und Bewunderung wechseln einander ab. Das Bedürfnis nach Austausch bleibt.</p> <p>Wie werden andere mit den Problemen fertig? Dieses Buch vermittelt Antworten, die weiterhelfen.</p> <p>Nach sechs Auflagen in der DDR liegt dieses lebendige Sachbuch jetzt im Psychiatrie-Verlag vor.</p> <p>Treffbuch 16, 180 Seiten, 12.80 DM</p>	<p>Hans Luger</p> <p>KommRum Der andere Alltag mit Verrückten</p> <p>Der Psychiatrie den Nachschub abgraben. Die Alternativen selbst in die Hand nehmen. Das KommRum in Berlin versucht es seit neun Jahren.</p> <p>Hans Luger hat das Projekt mitgegründet und ein Buch mit Sprengkraft geschrieben. Er legt unorthodox den Finger auf die alten Wunden der psychosozialen Versorgung, die die Verrückten immer noch in ihrer Krankenrolle festhält.</p> <p>Sein Modell von »Verrücktheit« als soziale Strategie gegenüber Verletzungen der Persönlichkeit trifft den Kern: Schmerz versetzt Welten.</p> <p>320 Seiten, 24.80 DM</p>	<p>Dorothee Roer/Dieter Henkel (Hrsg.)</p> <p>Psychiatrie im Faschismus</p> <p>Die Anstalt Hadamar 1933-1945</p> <p>Drei Jahre lang befaßte sich eine Projektgruppe an der Fachhochschule Frankfurt mit diesem Thema, das in Ausbildungsstätten für soziale Berufe oft übergangen wird. Es entstand eine Fallstudie mit vielen Fotos und Dokumenten, wie sie in dieser Ausführlichkeit und Tiefe einmalig sein dürfte.</p> <p>400 Seiten, 32.80 DM</p>

Psychiatrie-Verlag, Celsiusstraße 112, 5300 Bonn 1

Skandal um „Bioethiker“ Singer

Der Tierfreund

Ein Tierfreund hat einen Skandal sondergleichen innerhalb der Behindertenpädagogik und der Organisation „Lebenshilfe für geistig Behinderte“ ausgelöst. Ein Gastvortrag des Tierfreunds an der Universität Dortmund und ein internationales Symposium der Organisation „Lebenshilfe für geistig Behinderte“, wo er sprechen sollte, wurden abgesagt.

Anlaß waren in erster Linie Proteste eines Bündnisses aus Krüppel- und Behinderteninitiativen, der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie, des Genarchivs Essen, der Studentenvertretung aus Dortmund, aber auch aus den Landesverbänden der „Lebenshilfe“ selbst. Grund für den Skandal indes ist der Tierfreund, der australische Professor der Philosophie und Direktor des Centre for Human Bioethics in Clayton (Victoria), Peter Singer, selbst. Denn Singer vertritt innerhalb der neuen ethischen Debatten, „Bio-Ethics“ heißt es flott auf englisch, eine Position, die an Menschenverachtung wenig zu wünschen übrig läßt. „Die Tötung eines behinderten Säuglings ist nicht moralisch gleichbedeutend mit der Tötung einer Person. Sehr oft ist sie überhaupt kein Unrecht“, so der Kern der Thesen Singers, die helle Empörung hervorriefen.

Tatsächlich war Singer, folgt man der Entwicklung in seinen Publikationen, zunächst nur Tierfreund, bevor er zum Menschenfeind wurde. In dem Buch „Animal Liberation“ entwickelte er die Position, daß unser heutiger Umgang mit Tieren, vor allem solchen, denen ein Bewußtsein ihrer selbst, die Kommunikationsfähigkeit und zielgerichtetes Handeln nicht abzusprechen sind, höchst verwerflich sei.

Im Mittelpunkt von Singers Theorie steht denn auch seine hochaktuelle Kritik des anthropozentrischen Ansatzes in der Ethik. Seiner Auffassung nach läßt sich kein Argument dafür aufrechterhalten, der Gattung Mensch den absoluten Vorrang gegenüber anderen lebenden Gattungen einzuräumen. Dies sei, so argumentiert Singer, von A bis Z willkürlich. Wenn die Zugehörigkeit zu einer Untergruppe der Lebewesen, der Gattung Mensch, diesen Vorrang begründe, so sei es theoretisch auch möglich, die Zugehörigkeit zu einer anderen Untergruppe, etwa einer „Rasse“ oder dem weiblichen Geschlecht, als rationales Argument dafür zu benutzen, Schwarze oder Frauen zu unterdrücken oder gar zu ermorden.

Doch es ist nicht allein das allgemeine Gerechtigkeitsgefühl, das Singer zum Anwalt der Tiere werden läßt, es ist auch eine gehörige Portion Angst mit im Spiel: „Der Tag könnte kommen, an dem die übrigen Kreaturen jene Rechte erhalten werden, die man ihnen nur mit tyrannischer Hand vorenthalten konnte“, zitiert Singer seinen geistigen Ziehvater, den Philosophen und Ökonomen der Aufklärung, Jere-

ud – Gleich zwei Veranstaltungen mit dem australischen Philosophen Peter Singer wurden Anfang Juni abgesagt. Aus eugenischen Gründen abzutreiben, schwerbehinderte Säuglinge umzubringen und den alten Nutzlosen „Euthanasie“ zu gewähren, für Singer alles kein Problem



Foto: Verwandlung im Kleinsten

my Bentham. Hochaktuell ist diese Auffassung deshalb, da ja in der Tat die hochentwickelten Industriegesellschaften vor dem Problem stehen, daß die Unterwerfung der Natur nun in einer Weise auf die Menschheit selbst zurückfällt, daß nicht abzusehen ist, ob das Spiel ein gutes oder ein schlechtes Ende nimmt. Hochaktuell auch deshalb, weil Tiere in den USA mittlerweile dazu abgerichtet werden, Alte und Behinderte zu pflegen.

Einem absoluten Pazifismus nun mag Singer sich nicht hingeben, die Denkweise etwa eines Albert Schweitzer lehnt er ganz und gar ab. Deshalb ist er in der mißlichen Lage, selbst ein Kriterium einführen zu müssen, das den Vorrang der einen lebenden Wesen vor den anderen rechtfertigt. Hier nun hilft ihm der utilitaristische Ansatz seines Gedankengebäudes: Moralisch sei eine Handlung, die nach Abwägung der Interessen aller Lebewesen gewählt werde und bei der es am wahrscheinlichsten sei, daß sie die Interessen aller Betroffenen, deren Glück, maximiere. Zu dieser Grundauffassung gelangen „wir“, Singer also, „indem wir den vom Eigeninteresse geleiteten Entscheidungsprozess universalisieren.“ Deshalb könne unsere Bereitschaft, die Interessen anderer Personen zu erwägen, nur von einem Merkmal abhängig gemacht werden, nämlich dem, daß sie Interessen haben und Glück empfinden können.

Dies wiederum äußere sich in der Fähigkeit, sich selbst als von anderen Wesen unterschieden wahrzunehmen – Selbstbewußtsein nennt Singer dies im Verlauf der Argumentation –, in der Kommunikationsfähigkeit, in dem Vermögen, zielgerichtet zu handeln, und in einer nicht näher ausgeführten Eigenschaft, die er Autonomie nennt. „Personalität“, so heißt das Schlüsselwort Singers, sei das Kriterium, das den Schutz einiger Lebewesen vor dem anderen rechtfertige, sie soll mithin auch das Kriterium für ein Tötungsverbot sein.

Im Umkehrschluß bedeutet dies, daß die Interessen von „Personen“ höher wiegen als die von „Nicht-Personen“, was in logischer Konsequenz nach sich zieht, daß „dahinvegetierende Menschen“ (hier scheinen den Übersetzer Skrupel befallen zu haben, denn Singer spricht im Original von „human vegetable“, also „menschliche Pflanzen“) getötet werden dürfen, wenn es dem Interesse von „Personen“ entspricht. Tatsächlich ist es an diesem Punkt der Singerschen Argumentation von einer Rechtfertigung des Mordes an Schwerstbehinderten zum „Aufruf zum Mord“, wie es das Forum der Behinderten- und Krüppelinitiativen bezeichnete, nicht mehr weit.

Die Crux der logischen Architektur des Gebäudes liegt bereits im Ansatz der ganzen unmenschlichen und auch untierischen Philosophie Singers: in

seinem utilitaristischen Ausgangspunkt, der mit guten Gründen in jeder Philosophiegeschichte als „vormoralischer Standpunkt“ bezeichnet wird. Er „universalisiert“ nämlich nur eine Position, die das Individuum ausschließlich als im Gegensatz zur Gesellschaft stehend begreift: „Der Begriff des Lebens nach moralischen Maßstäben ist mit dem Begriff des Verteidigens der eigenen Lebensweise oder der Argumentation für die eigene Lebensweise verknüpft.“

Schön ausgeführt hat einmal der Wirtschaftswissenschaftler Hagen Kühn, was dies letztendlich bedeutet: Werde der Einzelne auf den Egoismus, das Sittliche auf das Gemeinwohl reduziert, so spiegele dies „die bürgerliche Realität, wenn man sich diese Beziehung nicht anders vorstellen kann, als daß das Individuum in jedem Fall gegen seine Interessen verstößt, wenn es sich gesellschaftlich verhält.“ Wie sehr Singers Ethik nichts anderes widerspiegelt als die Gesetze der Marktwirtschaft, wird denn auch ganz deutlich, wenn er am Schluß seiner „Ethik“ zu definieren versucht, wie denn das eigentliche Ziel moralischen Verhaltens, das Glück, aussieht: „Wir erlangen Glück und Erfüllung, indem wir auf unsere Ziele hin arbeiten und sie erreichen. Evolutionär gesprochen, könnten wir sagen, daß das Glück als innere Belohnung für unsere Leistungen fungiert.“

Sprechen, Lieben, Betrachten, Denken, Fühlen, alle Betätigung der Menschen haben dann nicht mehr den ihnen eigentümlichen Sinn, sondern sind nur noch auf das Ziel, die Leistung ausgerichtet. Die Beziehungen der Menschen untereinander nur noch darauf, ob es dem einen oder anderen von ihnen nützlich erscheint. Nützlichkeits-theorie, dies ist auch die einfachste Übersetzung von Utilitarismus. Nur weil Singer tatsächlich so denkt, kann er sich auch so sicher sein, daß die Geburt eines behinderten Kindes für es selbst und für die Eltern so viel Unglück bedeutet, daß es sogar dessen Tötung rechtfertigen würde: Ohne Leistung eben kein Glück.

Der Philosoph erreicht eine solche Sicherheit über potentiell Glück und Unglück, daß er sich sogar über sein eingangs vorgestelltes Kriterium, die Personalität, hinaus anmaßt, Behinderte zur Tötung freizugeben: Auch ein hämophiles Kind, Kinder mit Spina bifida oder an Morbus Down erkrankte stehen zur Disposition: „Sofern der Tod eines geschädigten Säuglings zur Geburt eines anderen Kindes mit besseren Aussichten auf ein glückliches Leben führt, dann ist die Gesamtsumme des Glücks größer, wenn der behinderte Säugling getötet wird.“ Spätestens an dieser Stelle muß man sich fragen, in welcher Einheit Glück gemessen wird: in Pfund, in Metern, in Ampere oder nicht doch lieber direkt in Geld?

Ein einziges Argument scheint Singer zu verunsichern, nämlich die Befürchtung, daß es ihn und andere „Leistungsfähige“ einmal selbst erwischen könnte, wenn das Tötungsverbot eine derartige Aufhebung erführe: Am Beispiel der „Euthanasie“, die er selbststehend auch befürwortet, diskutiert er das Argument der „schiefen Bahn“, auf die man geraten könnte (auf der er schon lange abgeglitten ist), wenn die Gattungszugehörigkeit nicht mehr der

Die „Gesamtsumme des Glücks“ sei größer, wenn behinderte Säuglinge getötet würden, sagt der Philosoph. In was mißt sich Glück? In Pfund, in Metern oder in Geld?

Grund für den Schutz des Lebens sein soll. Doch da ist Singer ganz locker: Daß die Nazis fürchterliche Verbrechen begangen hätten, „bedeutet nicht, daß alles, was die Nazis taten, fürchterlich war.“ Den Bau von Straßen verdamme man ja nicht deshalb, weil auch die Nazis Autobahnen bauten.

Einer skrupellosen Regierung stünden heute doch andere Mittel zur Verfügung, wenn sie ganze Bevölkerungsgruppen vernichten wollte, beruhigt er sich im Vertrauen auf die „Rationalität“ der Regierungen, von denen er sich nicht vorstellen kann, daß sie auf Mittel und Argumente zurückgreifen könnten, die auch heute – und dafür ist Singer das beste Beispiel – so breit akzeptiert werden.

Sein letzter Versuch der Selbstberuhigung gegen das Argument der schiefen Bahn mutet nun vor dem Hintergrund der Geschichte fast lächerlich an: „Wenn Akte der Euthanasie nur von einem Mitglied der ärztlichen Zunft und unter Mitwirkung eines zweiten Arztes durchgeführt werden dürfen, ist es unwahrscheinlich, daß sich die Neigung zum Töten in der Allgemeinheit unkontrolliert verbreiten würde.“ Die Ärzte als die letzten Experten, erhaben über jeden moralischen Zweifel? Zumindest hier weiß man es besser.

Gerade vor diesem Hintergrund ist es unverstündlich, daß sich eine Organisation wie die Lebenshilfe dazu entschließen konnte, dem Tierfreund Singer auf ihrem Symposium ein Forum geben zu wollen. „Wir können für seine Gesundheit nicht garantieren“, dies wurde als Grund für die Ausladung Singers angeführt. Könnten sie für Gesundheit und Leben derer garantieren, zu deren Schutz sie sich berufen fühlen, wenn der Lebensschutz für Behinderte aufgehoben wird? □



Im Frühjahr 1987 begann die Firma Beecham mit Forschungsarbeiten an einer Substanz, die geeignet ist, Brechreiz zu unterdrücken. In einem internen Firmenvermerk wurde festgestellt, daß das Marktpotential dieses Mittels sich signifikant erhöhen werde, falls die Strahlenkrankheit, hervorgerufen durch die Strahlenbehandlung bei Krebs oder als mögliche Folge eines Nuklearkrieges, behandelbar werde. Drei Ärzte, zwei Krankenschwestern und eine Sachbearbeiterin im Bereich der Pharmaforschung von Beecham lehnten daraufhin die Mitarbeit bei der Forschung aus Gewissensgründen ab. Als Mediziner könnten sie nicht zulassen, daß ihre ärztliche Tätigkeit in Zusammenhang mit einer geplanten Verwendung des Medikaments im Nuklearkrieg gebracht werde, begründeten Ärztin und Ärzte ihre Weigerung.

Die von der Firmenleitung ausgesprochenen Kündigungen wurden von den ersten beiden Arbeitsgerichtsinstanzen bestätigt. Vor dem Bundesarbeitsgericht (BAG) klagten schließlich eine Ärztin und ein Arzt. Die Klage der zwei Krankenschwestern, die ebenfalls ihre Mitarbeit am Projekt verweigerten, ist vor dem BAG noch anhängig.

BEECHAM-PROZESS

ETHISCHE VERTIEFUNG

Die Kündigung ist häufig der hohe Preis, den Arbeitnehmer zahlen, die sich der gesellschaftlichen Verantwortung ihres Tuns stellen. Rücken- deckung erhalten sie jetzt durch die Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts im „Neusser Ärzteprozeß“.

Dr. Johann-Christian Kingreen will das Urteil als Verpflichtung bewertet wissen

Am 24. Mai 1989 verkündete der zweite Senat des BAG sein Urteil: „Der Senat hat ... das Vorliegen eines Gewissenskonflikts bejaht, weil die klagenden Parteien davon ausgehen konnten, das zu entwickelnde Medikament sei auch geeignet, in einem Nuklearkrieg eingesetzt zu werden...“. Sie seien deshalb aus in ihrer Person liegenden Gründen berechtigt, die weitere Mitwirkung an der Erforschung der Substanz aus Gewissensnot abzulehnen. Als Gewissensentscheidung sei „jede ernste sittliche, d.h. an den Kategorien von 'gut' und 'böse' orientierte Entscheidung anzuerkennen, die der Einzelne in einer bestimmten Lage als für sich bindend und verpflichtend erfährt.“ Überprüfbar bleibe für das Gericht, so das BAG, ob der vom Arbeitnehmer geltend gemachte Gewissenskonflikt bei der vereinbarten Tätigkeit tatsächlich auf- trete.

Das Landesarbeitsgericht, an das der Rechtsstreit vom BAG zurückverwiesen wurde, muß nun prüfen, ob eine anderweitige Beschäftigung der Kläger bei Beecham möglich ist. Diese Prüfung hatte das Landesarbeitsgericht in seiner vorhergehenden Entscheidung erst gar nicht vorgenommen, weil es die Gewissensentscheidung der Ärzte für rechtlich nicht erheblich erachtete.

Am Ende eines Gerichtsverfahrens

mit so positivem Ausgang, scheint der Weg dorthin einfach gewesen zu sein, der in Wirklichkeit sehr dornig war. Der Erfolg war nur möglich, weil die beiden Kläger ein bewundernswertes Durchstehvermögen hatten und haben. Der Erfolg ist aber auch ein Verdienst der Unterstützung durch die IG Chemie und die Friedensinitiative Neuss, die besonders durch die Koordinierung der Öffentlichkeitsarbeit viel bewegt hat.

Wie wenig die Aussagen des Bundesarbeitsgerichts in unserer Gesellschaft selbstverständlich sind, zeigen bereits die Urteile der beiden Vorinstanzen. Das Arbeitsgericht Mönchengladbach äußerte Zweifel daran, ob es sich bei der Entscheidung der Ärzte überhaupt um eine Gewissensentscheidung gehandelt habe oder ob sie „nicht ausschließlich verstandesmäßig, politisch oder weltanschaulich“ gewesen sei. Und das Landesarbeitsgericht Düsseldorf scheint noch wesentlich weiter von den Buchstaben des Grundgesetzes entfernt gewesen zu sein. Es kam als zweite Instanz unter anderem zu der Beurteilung, daß es bei der „rechtlichen Relevanz des Gewissenskonflikts“ auf die Sicht eines außenstehenden Dritten ankomme. Dazu das BAG: „Das verfassungsrechtlich geschützte 'subjektive Gewissen' wird gesetzwidrig verkürzt, wenn ... darauf abgestellt wird, ob der Konflikt für einen Dritten 'nachvollziehbar' ist.“

Skandalös ist es, daß der Präsident des Bundesarbeitsgerichts, Professor Kissel, in einem Aufsatz direkt in das laufende Verfahren eingriff und zur Gewissensentscheidung erklärte, daß es ohne Bedeutung sei, „wenn ein Arzt in der chemischen Forschung die Mitwirkung an der Entwicklung eines Präparates verweigert, das die Folgen radioaktiver Verstrahlung kurzfristig mildern und nach seiner Auffassung den Atomkrieg denkbarer werden läßt“. Neben diesen Versuchen, auf unterer, mittlerer und höchster Ebene deutschen Gerichtswesens das Grundrecht auf Gewissensfreiheit am Arbeitsplatz einzuengen und zu verwässern, hat es glücklicherweise von Anfang an auch Juristen gegeben, die den sechs in Gewissensnot stehenden Kolleginnen und Kollegen beigestanden haben.

Von bemerkenswert kleiner Zahl sind die Äußerungen von Politikern, die sonst häufig die Freiheit des Gewissens im Munde führen. Fragen wir schließlich nach der Reaktion der offiziellen Ärzteschaft, so ist ein Brief der Ärztekammer Berlin vom 17. September 1987 der einzige Lichtblick. Darin äußerte sich der Vorstand der Kammer bestürzt über die Kündigung und erklärte: „Ärztlich ethisches Handeln darf niemals zum Anlaß genommen werden, jemanden beruflich zu reglementieren oder gar zu kündigen.“

Hätte man nicht auch vom Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn

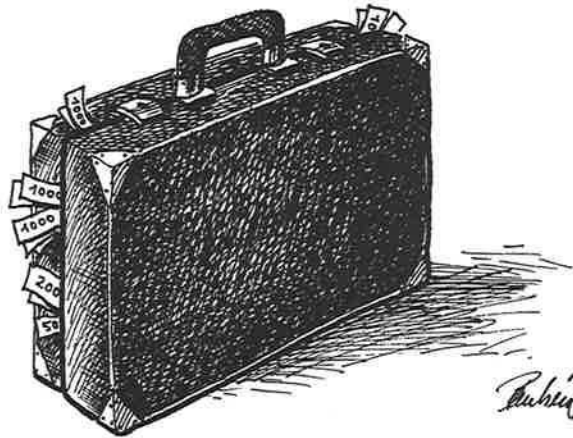
Ja, ich möchte Mäzen werden!

Ich übernehme
ein Förderabo.

Datum

Name

Unterschrift



Ruhlfes



CONDOME

- FARBIG, MIT GESCHMACK -
CONDOME ZUR VAGINALSONOGRAPHIE
MENSTRUATIONSSCHWÄMMCHEN
GAGS UND BRIEFKARTEN MIT GUMMIS
DIAPHRAGMEN, PORTIOKAPPEN
SEXUALPÄDAGOGISCHE MEDIEN
VERHÜTUNGSMITTELKOTTER



☐ bitte senden Sie mir
Ihren Katalog

☐ An einer Beteiligung
bin ich interessiert -

bitte senden Sie mir
Ihren Beteiligungs-
prospekt. Postwertzei-
chen in Höhe von DM 2,-
lege ich bei!

PROFAMILIA
Vertriebsgesellschaft

für Verhütungsmittel und
Aufklärungsmedien

Gutleutstr. 139
6000 Frankfurt 1

Absender:

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Bitte schickt mir auch
_____ Faltblätter, damit ich
die Werbetrommel für dg
rühren kann.

POSTKARTE

Bitte mit
60 Pf.
frankieren

An die
dg-Redaktion
Kölnstraße 198

5300 Bonn 1

Dr. Vilmar, oder den Präsidenten der Landesärztekammern ähnliche Reaktionen erwarten dürfen? Doch es existiert nur ein Schreiben von Dr. Vilmar an eine Neusser Ärztin, in dem er dann den klagenden Kollegen die Unterstützung der Ärztekammer zugestehen wollte, wenn sich ein mittelbarer Bezug der Erprobung des Präparats mit einer Einsatzmöglichkeit im Krieg gerichtlich nachweisen ließe. Dies kann nur so gedeutet werden, daß der Präsident der Bundesärztekammer ausschließlich im Falle dieses Nachweises den Ärzten einen Gewissenskonflikt attestieren kann. Überboten wurde diese Geringschätzung des Gewissenskonflikts noch durch einen Kommentar im Deutschen Ärzteblatt: Solche „Gewissensgründe scheinen nun wirklich an den Haaren herbeigezogen zu sein“.

Auch die IPPNW hat viel zu lange gebraucht, bis sie reagierte. Sie hätte sich nach den ersten Berichten, spätestens aber nach einer entsprechenden Arbeitsgruppe auf dem 7. IPPNW-Kongreß am 7. November 1987 voll auf die Seite der Kollegen begeben müssen. Eine deutliche Sprache hat sie dann aber in ihrer Erklärung am 3. September 1988 gefunden und schließlich durch die Finanzierung des Rechtsgutachtens von Professor Denninger – gemeinsam mit den Naturwissenschaftlern für den Frieden – möglicherweise entscheidenden Anteil an dem Gerichtsurteil gehabt. In seinem Gutachten hatte Professor Denninger unter anderem darauf verwiesen, daß das Grundgesetz nicht nur die freie Bildung, „das innere Haben“ eines Gewissens schützt, sondern auch seine Äußerung in Wort und Tat. Über die Begründung des BAG hinaus erklärte er, daß ehemals feste Gewissenspositionen jederzeit wandlungsfähig seien. Bei Vertragsabschluß vorhersehbarer Gewissenskonflikte könnten deshalb nicht generell aus dem Schutzbereich der Gewissensfreiheit ausgenommen werden. Die weitaus positivste Reaktion kam von der Industriegewerkschaft Chemie, die ohne Wenn und Aber die bis dahin angefallenen Gerichtskosten übernahm.

„Wenn die Menschen einen Schritt vorwärts tun wollen zur Beherrschung der äußeren Natur durch die Kunst der Organisation und der Technik, dann müssen sie vorher drei Schritte der ethischen Vertiefung nach innen getan haben“, schrieb Ende des 18. Jahrhunderts der Dichter Novalis. Dieses ethische Handeln wird heute überall gefordert. Die Reaktionen im vorliegenden Fall zeigen aber, wie schwer sich die Gesellschaft tut, Gewissensentscheidungen überhaupt anzuerkennen. Es fällt jedenfalls auf, daß häufig die Gewissensgründe anderer so lange diskutiert – wörtlich übersetzt: auseinander geschritten – werden, bis man sie für sich und auch für den, der im Gewissenskonflikt steht, nicht mehr anerkennen muß. Wichtig ist es zu erkennen, daß Gewissensgründe nicht zerredet werden dürfen.

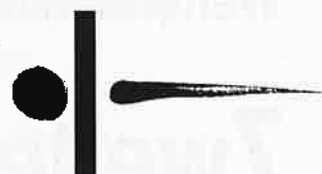
Die Berufsordnungen der Landesärztekammern haben eindeutig die Bedeutung des Gewissens für den Arzt definiert: „Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.“ Gewissenskonflikte entwickeln sich häufig bei den Fragen, die den Beginn und das Ende des Lebens betreffen. Viele Eingriffe, besonders auch mit Medikamenten in der Erprobungsphase, fordern Gewissensentscheidungen. Es stellt sich immer dringender die Frage, ob Ärztinnen und Ärzte mit ihrer Arbeit zum friedlichen Zusammenleben der Menschen und zum Schutz der Natur beitragen.

Das Bundesarbeitsgericht hat in seinem Urteil nicht auf die ärztliche Standesordnung zurückgegriffen. Das macht die Bedeutung des Urteils auch für andere Berufsgruppen aus, denn nicht nur bei Medizinern sind Gewissensentscheidungen gefordert. So erklärten in Frankfurt Beschäftigte der Lufthansa, daß sie den Transport abzuschiebender Asylbewerber in Länder, in denen ihnen strafrechtliche Verfolgung und Lebensgefahr drohten, mit ihrem Gewissen nicht vereinbaren könnten. Aus München wurde bekannt, daß über 1000 Ingenieure und Informatiker von Siemens gegenüber der Firmenleitung erklärten, sie seien selbst bei Gefahr einer Kündigung nicht bereit, am SDI-Projekt mitzuarbeiten. Das Freiburger Öko-Institut berichtet, daß es in letzter Zeit in jeder Woche mehrere Anfragen von Beschäftigten vor allem der chemischen Industrie erhält, die das Befolgen von Weisungen mit aus ihrer Sicht umweltschädlichen Konsequenzen nicht mehr verantworten können und um Rat suchen. Erst kürzlich haben sich zehn Ingenieure eines Maschinenbaukonzerns geweigert, an der Entwicklung eines Torpedoantriebs mitzuarbeiten, nachdem sie vorher mit der Entwicklung ziviler Papiermaschinen beschäftigt waren.

Die Freude über das Urteil sollte unseren Blick aber nicht dafür trüben, daß wir nun verstärkt in die Pflicht genommen sind. Ich habe nicht auf die völlig unzureichende Reaktion weiter Teile der Öffentlichkeit hingewiesen, um mich zu entlasten. Die Begleitung der gekündigten Kollegen in den letzten einhalb Jahren hat mein Gewissen am Arbeitsplatz geschärft. Ich habe auch gemerkt, wie gerne ich solche Konflikte umgehe. Das wird mir und hoffentlich vielen anderen nach diesem Urteil nicht mehr möglich sein. □

Dr. Klinggreen,
niedergelassener Dermatologe
und Leiter der Abteilung
Dermatologie und Venerologie
am Stadtkrankenhaus in Hagen,
Ist Gründer der Friedensinitiative im Gesundheitswesen in Hagen

Anzeige:



PROFAMILIA
Vertriebsgesellschaft
mbH & Co KG
für Verhütungsmittel und
Aufklärungsmedien mbH
& Co KG

Gutleutstr. 139
6000 Frankfurt 1

Tel. 0 69 / 25 19 30



**DIAPHRAGMEN,
PORTIOKAPPEN**



SEXUALPÄDAGOGISCHE MEDIEN

Verhütungsmittelkoffer
Plakate
Spiele, Audio, Videokassetten
Plastische Materialien
Bücher

LA CONDOMERIE

Condom einmal anders
Grüßkarten

CONDOM LUST

Karten mit und ohne Condom
Condomraritäten

*Fordern
Sie unseren
Katalog
an!*

Weiterbildung: Zweiter NC

Seit Anfang April ist es amtlich: die AiP-Zeit erfüllt nach Meinung von Norbert Blüms Arbeitsministerium die EG-Richtlinie „Allgemeinmedizin“ entgegen allen bisherigen Beteuerungen nicht. Eine zusätzliche dreijährige Pflichtweiterbildung soll draufgesattelt werden

Spätestens nachdem 1984 Karsten Vilmar's Vorstoß bei der EG-Kommission gescheitert war, die Bundesrepublik von dieser Weiterbildungspflicht zu befreien und lediglich eine zweijährige ärztliche Tätigkeit zur Voraussetzung zu machen, stand eigentlich für jeden nüchternen Beobachter fest, daß zusätzlich zum AiP noch eine Weiterbildung kommen würde, worauf vor allem die Medizin-Fachschaften wiederholt hingewiesen haben.

Anfang April dieses Jahres präsentierte Blüm sein neues Konzept: drei Jahre Pflichtweiterbildung vor der Niederlassung in der Allgemeinmedizin. Natürlich zeigte sich die Front der Niedergelassenen-Verbände begeistert. „Nachdrücklich“ begrüßten der NAV, die DEGAM, der BPA und der FDA den Vorschlag in ihrer gemeinsamen Pressemitteilung. Ihre ursprüngliche Haltung, nämlich die Ablehnung des Arztes im Praktikum, erwähnten sie mit keinem Wort mehr: Zwei Flaschenhälse, nämlich AiP und Weiterbildung in Niedergelassenen-Praxen, dämpfen den unerwünschten Nachwuchs ja auch wirkungsvoller als nur einer.

Am 14. April fand zu diesem Thema im Bundesgesundheitsministerium eine sogenannte Expertenanhörung mit Vertretern der Bundesländer, Ärzteverbände und Krankenkassen statt. Studentische Vertreter wurden explizit nicht eingeladen, da – so die zuständige Ministerialdirektorin Schleicher – sie ja schließlich „Betroffene und nicht Experten“ wären. Obwohl an diesem Tag kein endgültiges Ergebnis erreicht wurde, sah Marburger Bund-Chef Hoppe, der eigentliche Initiator der AiP-Regelung (s. dg 5/89) genügend Anlaß festzustellen, „daß man durch eine sogenannte Qualitätsanforderung an künftige Hausärzte de facto einen Numerus Clausus für den Berufszugang der künftigen Ärztinnen und Ärzte schaffen wolle.“ Nach den Plänen des Arbeitsministeriums soll das Praktische Jahr durch ein Jahr in einer Praxis ersetzt werden. Das Naheliegendste, nämlich statt AiP-Zeit allgemeinmedizinisch relevante Weiterbildung einzurichten, schlägt Blüm nicht vor.

Vor diesem Hintergrund fand vom 2. bis 6. Mai der diesjährige Ärztetag in Berlin statt. Wer von diesem Treffen vorwiegend konservativer Ärztevertre-

ter allerdings richtungsweisende Beschlüsse erwartet hatte, sah sich getäuscht. Zwar stellte Bundesgesundheitsministerin Ursula Lehr das sogenannte „5+3“-Modell in den Mittelpunkt ihres Beitrags, dämpfte aber auch die bei vielen wohl vorhandene Hoffnung auf eine schnelle Umsetzung. Zuerst müßten die Studentenzahlen gesenkt werden, meinte sie. Die Forderung nach einer sogenannten Anpassung der Studienanfängerzahlen durch Änderung der Kapazitätenverordnung stand dann auch im Mittelpunkt des angenommenen Leitantes zum Thema „Arbeitsmarktsituation für Ärztinnen und Ärzte“. Erst nachrangig werden die Krankenhausträger, Tarifpartner und Krankenhausärzte aufgefordert, durch tarifgerechte Gewährung von Freizeitausgleich nach Bereitschaftsdiensten und den Abbau von Überstunden neue Stellen im Krankenhausbereich zu schaffen sowie Arbeitszeitverkürzungen auch für die ärztlichen Bereiche stellenplanwirksam umzusetzen. Paradox erscheint die Begründung dieses Antrags: „So ist heute unbestritten, daß das Angebot ärztlicher Arbeitskraft die Nachfrage bei weitem übersteigt“, heißt es da, im Gegensatz zu dem einleitenden Grundsatzerferat von Frank-Ulrich Montgomery, in dem er ausführte: „Es gibt eigentlich gar keine arbeitslosen Ärzte, es gibt nur beschäftigungslose Arbeit: die gibt es zuhauf, davon kann jeder Arzt ein Liedchen singen.“

In einem weiteren verabschiedeten Antrag werden die Verantwortlichen aufgefordert, ärztliche Arbeitsplätze zu schaffen und keine weiteren Weiterbildungsstellen für die AiP-Phase zu opfern. Die sich daraus ergebende Schlußfolgerung, nämlich die Abschaffung des AiP zu fordern, wurde jedoch nicht gezogen. Ein entsprechender Antrag eines oppositionellen Delegierten wurde abgelehnt. Kommentiert wurde dieses Geschehen von den studentischen Vertretern auf dem Ärztetag mit den Worten, „Ginge es Ihnen wirklich um die Sicherstellung der Ausbildungsqualität und nicht um die Sicherung von Pfründen, müßte ein Großteil von Ihnen Ihre Approbation zurückgeben.“

Die Medizinstudentinnen und -studenten sind der Meinung, heißt es in ihrer Erklärung, daß eine grundlegende Studienreform nötig ist, um Ärztinnen und Ärzte auszubilden, die den Anforderungen der Zukunft gewachsen sind. Als erster Schritt müsse das Berufsfeld definiert werden, das heißt, die Gesellschaft – und nicht die Ärzteverbände – solle festlegen, was sie von uns Ärztinnen und Ärzten erwartet. Aus dieser Festlegung ergäbe sich dann der Bedarf und die Studiengestaltung. Ein entsprechendes Konzept der Studierenden liegt mittlerweile vor, doch bei den Ärzteverbänden feiert das über 100jährige Schreckgespenst einer „Ärztenschwemme“ neue Triumphe.

Reinhard Busse

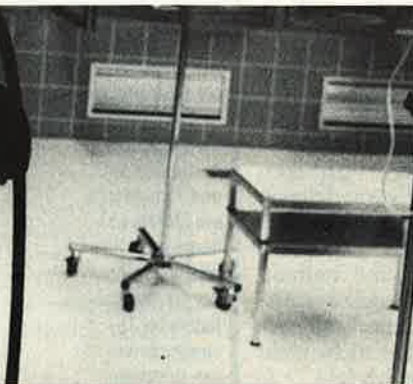


Foto: Linie 4

Auswirkungen des EG-Binnenmarktes auf das Gesundheitswesen

Thesen von Uwe Lenhardt und Hans-Ulrich Deppe

1. Eine Untersuchung der Effekte des absehbaren ökonomischen Integrationsschubs in Westeuropa auf die jeweiligen Gesundheitssysteme der EG-Mitgliedsstaaten hat zunächst einmal davon auszugehen, daß der Bereich der sozialen Sicherung – und im besonderen die Gesundheitspolitik – bislang kaum Gegenstand supranationaler Regulierung auf europäischer Ebene war. Zwar ist im Gemeinschaftsvertrag von der anzustrebenden Angleichung der Lebens- und Arbeitsbedingungen „auf dem Wege des Fortschritts“ sowie von der Möglichkeit einer entsprechenden Harmonisierung der nationalen Rechts- und Verwaltungsvorschriften die Rede. Auch wird die EG-Kommission dazu ermächtigt, die Kooperation und Koordination der Mitgliedsstaaten auf sozialpolitischem Gebiet zu fördern. Im wesentlichen verbleibt die Kompetenz zur Gestaltung der sozialen Sicherung jedoch bei den einzelnen Mitgliedsstaaten, wobei die konvergente Anhebung der jeweiligen Sicherungsniveaus hauptsächlich von den angenommenen Wohlstandssteigernden Effekten der Binnenmarktintegration erwartet wird.

Die vorliegenden internationalen Vergleichsuntersuchungen zeigen nun, daß weder auf der Ebene der Strukturen der Gesundheitssicherung (Organisation der Leistungserbringung, Finanzierungsmodus) noch hinsichtlich des Ausgaben- und Versorgungsniveaus von einer deutlichen Angleichungstendenz gesprochen werden kann. Zweifellos vorhandene Gemeinsamkeiten in bezug auf die Grundrichtung der Ausgabendynamik (starke Expansion bis Mitte der 70er Jahre, seitdem deutlich reduzierte Wachstumsraten) sind Resultat international ähnlich verlaufender Veränderungen in den Akkumulationsbedingungen des Kapitals und darauf bezogener Politikstrategien (so der seit der zweiten Hälfte der 70er Jahre zu beobachtende Einflußgewinn monetaristisch/angebots-theoretisch inspirierter Wirtschafts- und Sozialpolitiken). Mit Strukturen supranationaler politischer Regulierung – hier konkret: mit dem Phänomen „EG“ – sind die genannten Entwicklungen kaum direkt in Verbindung zu bringen.

2. Auch die 1986 aus der Taufe gehobene Einheitliche Europäische Akte (EEA) und die eng damit verbundenen EG-Beschlüsse zur Verwirklichung des Binnenmarktes sehen keine Maßnahmen zur Angleichung der in den Mitgliedsländern bestehenden sozialen Sicherungssysteme, geschweige denn deren Ersatz durch ein einheitliches europäisches System vor. Es muß von daher verwundern, daß in verschiedenen Stellungnahmen gelegentlich der Eindruck erweckt wird, 1993 stünde der grundlegende Umbau des Gesundheitswesens nach einem wie auch immer gearteten einheitlichen europäischen Muster bevor. Ziel der Binnenmarktpläne ist aber nicht die Harmonisierung aller möglichen Politikbereiche (inklusive Gesundheitswesen), sondern zunächst einmal „nur“ die Beseitigung der nach wie vor bestehenden technischen, materiellen und steuerlichen Schranken für den freien Waren-, Personen-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehr in der EG. Die in diesem Zusammenhang als notwendig erachteten Harmonisierungsprozeduren beziehen sich aufgrund mangelnder politischer Durchsetzungsfähigkeit, aber auch wegen der befürchteten immensen Kosten (nach Schätzung der EG-Kommission 990 Mrd. ECU!) nicht unmittelbar auf die Grundstrukturen der nationalen sozialen Sicherungssysteme, wenngleich deren unterschiedliche Ausgestaltung und Finanzierung in der Deregulierungs- und Liberalisierungslogik der EG-Bürokratie durchaus als zusehendes Markt-hemmnis interpretierbar ist (und zuweilen auch

Bislang waren Fragen der sozialen Sicherung, insbesondere der Gesundheitspolitik, kaum Gegenstand von Regelungen im Rahmen der Europäischen Gemeinschaft. Welche Folgen der geplante EG-Binnenmarkt auf diesem Feld unter Berücksichtigung der unterschiedlichen sozialen Sicherungssysteme und Versorgungsniveaus der jeweiligen Länder haben kann, beleuchten Uwe Lenhardt und Hans-Ulrich Deppe in den hier dokumentierten Thesen.



interpretiert wird). Die für einige Problembereiche vorgesehe oder schon beschlossenen sozialpolitischen Kompensations- und Flankierungsmaßnahmen (z. B. Absicherung der Wanderarbeitnehmer, Ausbau des EG-Sozialfonds, Mindeststandards für den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, Charta der sozialen Grundrechte) können weder als Ansätze zu einer kohärenten „europäisierten“ Sozialpolitik gelten, noch stellen sie von ihrer Intention her Instrumente zur Vereinheitlichung der nationalen Systeme sozialer Sicherung dar.

3. Dennoch ist nicht auszuschließen, daß sich die in der EEA sowie im Weißbuch der EG-Kommission zum Binnenmarkt festgelegten Maßnahmen auch auf die Strukturen der Gesundheitssicherung und Krankenversorgung auswirken werden. In welchen Formen, mit welcher Intensität und innerhalb welcher Zeiträume dies geschehen wird, ist gegenwärtig kaum präzise zu bestimmen. Angegeben werden können aber die gesundheitspolitisch relevanten Bereiche, die von den konkreten Integrationsschritten tangiert sind sowie – in Maßen – gewisse Entwicklungswahrscheinlichkeiten für die Jahre 1993 ff.:

– Die vorgesehene Harmonisierung der Mehrwert- und Verbrauchssteuersätze wird die nationalen Gesundheitssysteme je nach deren Finanzierung unterschiedlich berühren: Für einige Länder mit hohem steuerfinanzierten Ausgabenanteil dürfte sich – insbesondere, wenn die fiskalische Bedeutung des Mehrwertsteueraufkommens sehr groß ist – der finanzielle Spielraum der Gesundheitspolitik spürbar einengen. Dies gilt z. B. für Dänemark, das bisherigen Schätzungen zufolge Steuerausfälle in Höhe von 4 Prozent des BIP (!) zu befürchten hat. Darüber hinaus ist zu bemerken, daß in bestimmten Fällen die zu erwartende Senkung der Verbrauchssteuersätze geeignet ist, nationale gesundheitspolitische Ziele wie etwa die drastische Reduzierung des Alkoholkonsums zu konterkarieren (Großbritannien, Dänemark).

– Es scheint naheliegend, daß die volle Verwirklichung der Freizügigkeit von Arbeitskräften innerhalb der EG durch Beseitigung qualifikationsbezogener Niederlassungshemmnisse die jeweiligen personellen Angebotskapazitäten im Gesundheitswesen beeinflussen wird. Allerdings ist zu

bedenken, daß für Ärzte die zwischenstaatliche Anerkennung der Ausbildung und damit die volle berufliche Freizügigkeit innerhalb der EG bereits seit 1975 existiert, nichtsdestotrotz aber sich der Anteil der nicht im Heimatland tätigen Ärzte an allen Ärzten in der EG gegenwärtig auf äußerst niedrigem Niveau bewegt. Dies berechtigt zu der Annahme, daß auch in den folgenden Jahren die geographische Mobilität der Ärzte keine dramatische Steigerung erfahren wird. Darüber hinaus deuten europaweite Umfragen unter jungen Ärzten darauf hin, daß, wenn es denn zu einer leichten Zunahme der Ärztemigration kommen sollte, diese wohl kaum zu einer über das bereits bestehende Ausmaß hinausgehenden Verschärfung des Konkurrenzdrucks in einigen wenigen Ländern führen, sondern eher die Form zwischenstaatlicher Austauschbewegungen annehmen dürfte. Hinzuweisen ist aber auf die Tatsache, daß trotz der gegenseitigen Anerkennung der Arzt-ausbildungen und die damit verbundene prinzipielle Freizügigkeit die nationalen Ausbildungs- und Qualifikationsanforderungen nach wie vor stark variieren (mit Auswirkungen v. a. auf die Qualifikationsdauer). Insbesondere bundesdeutsche Jungärzte sind hierdurch gegenüber ausländischen Kollegen im Nachteil. Die geplante EG-Harmonisierung der Qualifikationsanforderungen für Allgemeinärzte – deren Umsetzung hierzulande sehr kontrovers diskutiert wird – könnte der Auftakt für weitere Vereinheitlichungsbestrebungen im Bereich der ärztlichen Berufsausübung sein.

Auch für die paramedizinischen Berufe gilt, daß die EG-weite Anerkennung der Ausbildungsabschlüsse und damit die berufliche Freizügigkeit entweder bereits gewährleistet ist (Krankenpflegepersonal) oder aber in aller nächster Zukunft realisiert wird. Über Auswirkungen auf die Migration dieser Berufsgruppen lassen sich aber – ebenso wie bei den Ärzten – keine detaillierten Aussagen treffen. Die EG-Kommission erwartet diesbezüglich jedenfalls keine Veränderungen größeren Ausmaßes. Eine Politik, die sich von verstärkten Zuwanderungen ausländischer Arbeitskräfte eine Abmilderung des Pflegenotstands hierzulande erhofft, wäre also vermutlich auf Sand gebaut, zumal dieses Problem auch in anderen EG-Ländern (z. T. in noch schwerwiegenderer Form) existiert.

– Bedeutsamer als im vorgenannten Bereich dürften die Auswirkungen der Binnenmarktintegration auf den Arzneimittelmarkt sein. Der von der EG-Kommission in Auftrag gegebene Forschungsbericht „The cost of non-europe“ zählt die pharmazeutische Industrie zu jenen Branchen, die am „empfindlichsten“ auf die angestrebte Marktliberalisierung reagieren werden, da hier die Handelshemmnisse aufgrund national unterschiedlicher Zulassungspraxis sowie stark variierender Preisregulationen und Kostenübernahmen durch öffentliche Instanzen mit am größten seien. Von der Beseitigung dieser Marktschranken erwarten die Verfasser der Studie einerseits bedeutende Kostenreduzierungen, andererseits – als Ergebnis verschärfter internationaler Konkurrenz – einen spürbaren Konzentrationsprozeß in der Branche.

Allerdings ist noch nicht vollkommen klar, ob die bereits bestehenden und die bis 1993 ins Auge gefaßten Harmonisierungsregelungen geeignet sind, die prognostizierte Entwicklung auch tatsächlich eintreten zu lassen. So ist zwar die gegenseitige Anerkennung nationaler Arzneimittelzulassungsverfahren rechtlich z. T. schon ge-

währleistet, funktioniert in der Praxis aber nur sehr eingeschränkt. Darüber, wie das Zulassungsverfahren künftig harmonischer gestaltet werden könnte – ob zentral bei einer EG-Behörde, ob dezentral durch erleichterte gegenseitige Anerkennung oder in einem Mischverfahren – gibt es nach wie vor unterschiedliche Auffassungen. Zweifelhaft ist auch die Reichweite der sog. „Transparenzrichtlinie“, die zwar bestimmte einheitliche Verfahrensweisen bei staatlichen Preisregulationen von Pharmazeutika vorsieht, es aber jenseits dieser Rahmenregelungen den Mitgliedsstaaten freigestellt, in welcher Weise und wie stark sie in die Preisbildung regulierend eingreifen, vorausgesetzt, daß dies keine „protektionistischen“ Effekte zur Folge hat.

Grundsätzlich stellt sich allerdings die Frage, ob die angestrebte Deregulierung des europäischen Arzneimittelmarktes – sollte sie gelingen – auch zu *gesundheitsspezifischen vernünftigen Resultaten* führen wird: Eine langfristige Senkung der Arzneimittelpreise wäre zwar wünschenswert, kann aber keineswegs als sicher gelten. Noch zweifelhafter ist, ob unter den Bedingungen eines deregulierten Pharmamarktes die dringend gebotene Reduzierung des Arzneimittelverbrauchs erreichbar sein wird.

– Die Auswirkungen auf die (elektro)medizinische Geräteindustrie sollen hier nicht eingehender erörtert werden, da das vorliegende Material mehr als spärlich ist. Hingewiesen sei lediglich auf die Tatsache, daß der Bereich der (nichtelektronischen) Medizingeräteindustrie von den Verfassern der o. g. Studie als ähnlich „deregulierungssensibel“ angesehen wird wie die pharmazeutische Industrie. Etwas anders scheint es sich mit den elektromedizinischen Geräteherstellern zu verhalten: hier ist die Marktverflechtung innerhalb der EG bereits sehr groß. Daß die bundesdeutschen Hersteller dem Binnenmarkt offenkundig mit großem Optimismus entgegensetzen, kann angesichts ihrer enormen Exportstärke (Anteil der Ausfuhr am Gesamtumsatz: 59 %, davon ein Drittel in EG-Länder) nicht verwundern.

– Koordinierende Regelungen für die *Inanspruchnahme medizinischer Leistungen* innerhalb der EG existieren bereits seit 1971. Auf dieser Grundlage geschlossene zwischenstaatliche Sozialversicherungsabkommen ermöglichen es den Versicherten, von ihrer Kasse ein Legitimationspapier entgegenzunehmen, das sie berechtigt, einen Krankenschein eines anderen Systems zu lösen, wenn sie im Geltungsbereich dieses Systems Leistungen in Anspruch nehmen wollen. Der finanzielle Ausgleich erfolgt dann über die Verbindungsstelle der jeweiligen Kostenträger. Da dieses Verfahren einen recht großen Verwaltungsaufwand erfordert und die finanzielle Begleichung zwischen den Sozialversicherungssystemen oft lange dauert, wird gelegentlich eine Vereinfachung der Prozedur gefordert. Veränderungen in diesem Bereich sind aber von den EG-Behörden bislang anscheinend nicht vorgesehen.

– Denkbar ist, daß sich im Zuge des fortschreitenden Integrationsprozesses gewisse Auswirkungen auf die medizinischen Versorgungsstrukturen in den Grenzregionen der EG-Mitgliedsländer ergeben werden. „Verbote“ solcher Entwicklungen könnte der kürzlich bekannt gewordene Plan eines an der Grenze zur BRD angesiedelten niederländischen Krankenhauses sein, verstärkt bundesdeutsche Patienten aufzunehmen und zu diesem Zweck eine Art Poliklinik auf BRD-Territorium zu errichten.

Unmittelbar durch das EG-„Harmonisierungspaket“ betroffen sein wird der Bereich des *präventiven Gesundheitsschutzes*. Art. 118a der EEA verpflichtet die EG-Mitgliedsstaaten, sich um die Verbesserung der Arbeitsumwelt, insbesondere der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz, zu bemühen und die hier bestehenden Bedingungen bei gleichzeitigem Fortschritt

zu harmonisieren. Zunächst sollen durch EG-Richtlinien verbindliche *Mindeststandards* festgelegt werden, die nach einer gewissen Übergangszeit von keinem Land mehr unterschritten werden dürfen. Jedem Mitgliedsstaat steht es jedoch frei, ein höheres Schutzniveau vorzuschreiben.

Inzwischen hat die EG-Kommission eine Reihe von arbeitsschutzrelevanten Richtlinienvorschlägen erarbeitet, die aber vom Europäischen Gewerkschaftsbund als unzureichend und konzeptionslos kritisiert wurden. Besonders ablehnend reagierten die Gewerkschaften (aber auch die Bundesregierung) auf den Entwurf der sog. „Maschinenrichtlinie“, da die hierin vorgesehenen technischen Normen einen ausreichenden Schutz der Arbeitskräfte nicht zu gewährleisten scheinen und überdies Mitwirkungsmöglichkeiten der Gewerkschaften im Normungsverfahren beschnitten zu werden drohen.

Ogleich gegen die Einführung einheitlicher europäischer Mindeststandards im Arbeitsschutz prinzipiell nichts einzuwenden ist, könnte sich daraus – besonders für bundesdeutsche Arbeitnehmer – dennoch ein Problem ergeben – dann nämlich, wenn unter Hinweis auf diese Mindeststandards und das notwendige „Aufholen“ weniger entwickelter EG-Länder im Bereich des Arbeitsschutzes diesbezügliche Fortschritte *hierzulande* blockiert werden, also gewissermaßen ein *arbeitsschutzpolitisches „Moratorium“* geschaffen wird. Die Durchsetzung von Verbesserungen dürfte unter solchen Bedingungen eher schwieriger werden.

4. Bei der Diskussion möglicher Auswirkungen des EG-Binnenmarktes auf die Systeme sozialer Sicherung dürfen jene Aussagen von Kapitalvertretern und konservativen Politikern nicht unbeachtet bleiben, denen zufolge zu hohe Lohn(neben)kosten, übermäßige soziale Schutzregelungen und staatliche Reglementierungen die Wettbewerbsposition bundesdeutscher Unternehmen in einem schrumpfenden europäischen Binnenmarkt belasten und die deshalb konsequente Einsparungen bei den Sozialausgaben sowie eine Deregulierung und Flexibilisierung der Arbeitsbedingungen fordern. Falls dies nicht geschehe, drohten Arbeitsplatzverluste und Standortverlagerungen ins Ausland. Der Hinweis auf den angeblichen „Sachzwang Binnenmarkt“ dient hier also als *politisch-ideologisches Druckmittel zur Durchsetzung eines Abbaus kollektiver sozialer Schutzregelungen und -leistungen*. Deutlich wird dies daran, daß nahezu alle einkommens-, arbeits- und sozialpolitischen Projekte der Konservativen – seien es Steuer-, Gesundheits- und Rentenreform, die Verlängerung des Beschäftigungsförderungsgesetzes oder die „Flexibilisierung“ der Ladenschlußzeiten – immer wieder auch mit der Notwendigkeit begründet werden, die BRD-Wirtschaft für den europäischen Binnenmarkt „fit“ machen zu müssen. Daß die politische Funktion und Wirksamkeit dieser Argumentation sich keineswegs von deren sachlicher Richtigkeit ableitet, zeigen folgende Fakten:

– Das im internationalen Vergleich relativ hohe Niveau der Lohn(neben)kosten sowie die hohe gesetzliche und tarifvertragliche Regeldichte der Arbeitsbedingungen/-beziehungen hindern die BRD in den letzten Jahren nicht daran, enorme Außenhandelsüberschüsse zu realisieren (davon den weitaus größten Teil innerhalb der EG). Abgesehen davon, daß die bundesdeutsche Wirtschaft bei den Lohnstückkosten produktivitätsbedingt über eine vorteilhaftere Position verfügt als die meisten ihrer Weltmarktkonkurrenten, spielen offenkundig andere als Kosten- und Preisfaktoren (z. B. Infrastrukturausstattung, Qualifikation des Arbeitskräftepotentials, Produktqualität, internationale Serviceleistungen, Zuverlässigkeit bei Lieferterminen, Wirtschaftswachstum der Importländer) eine wichtigere Rolle für die Leistungsfähigkeit der bundesdeutschen Industrie und deren Absatzchancen auf den europäischen Märkten.

– Entscheidend für die Kritik des o. g. Argumentationsmusters ist jedoch weniger der Umstand, daß die behauptete Beeinträchtigung der internationalen Konkurrenzfähigkeit (und eine damit einhergehende Gefährdung bundesdeutscher Arbeitsplätze) durch zu hohe Lohn(neben)kosten und soziale Schutzregelungen gar nicht zutrifft, sondern vielmehr die – einer Problematisierung offenbar kaum mehr zugängliche – Fixierung auf die Verbesserung der außenwirtschaftlichen Position des BRD-Kapitals selbst. Tatsache ist nämlich, daß die bundesdeutschen Außenhandelsüberschüsse nicht nur auf eine Steigerung des Exports, sondern auch auf eine drastische Reduzierung des Imports zurückzuführen sind. Die BRD schöpft also Kaufkraft aus anderen (EG-) Ländern ab, ohne durch eine ihren Möglichkeiten entsprechende expansive Nachfrage- und Beschäftigungspolitik dafür zu sorgen, daß die Defizitländer bei ihr einen aufnahmefähigen Markt für Exportprodukte finden. Das heißt, es wird eine klassische „beggar-my-neighbor“-Politik betrieben, die den ohnehin schon zahlreichen Exportschlägern aus der bundesdeutschen Produktpalette einen weiteren hinzufügt: Arbeitslosigkeit. Die durch eine solche Strategie geförderte Tendenz zur Verschärfung internationaler wirtschaftlicher Ungleichgewichte verträgt sich denkbar schlecht mit der von der EEA angestrebten „Stärkung des wirtschaftlichen und sozialen Zusammenhalts“ sowie „Angleichung der Arbeits- und Lebensbedingungen“ in Europa. Eine koordinierte expansive Nachfrage- und Beschäftigungspolitik in Westeuropa entspräche diesen Zielen weit eher als eine – letztlich destabilisierende – Politik des Sozialabbaus und der Einkommensverteilung von unten nach oben, die zwar die Profiteure der BRD-Kapitale zu steigern, aber weder hierzulande noch in den anderen EG-Mitgliedsstaaten die Arbeitslosigkeit abzubauen vermag. Im übrigen wäre die Schaffung zusätzlicher Arbeitsplätze (sofern es sich hierbei nicht – wie im Falle des „Jobwunderlandes“ USA – hauptsächlich um „bad jobs“ handelt) das beste Mittel, um die Finanzierbarkeit der (angeblich überhöhten) Sozialleistungen zu sichern.

Eine Strategie, die die Außenexpansion des Kapitals durch Angriffe auf die Reproduktionsbedingungen der Arbeitskraft im Innern zu fördern versucht, steht also nicht nur argumentativ auf schwachen Fundamenten, sondern birgt langfristig auch erhebliche ökonomische Risiken. Dennoch stellt sie eine Realität dar – und dies nicht erst, seitdem konkrete Maßnahmen zur Verwirklichung des Binnenmarktes in die Wege geleitet wurden. Hierzulande war die Restriktions- und Deregulierungspolitik im sozialen Bereich bislang zwar noch vergleichsweise moderat (man denke etwa an die Politik der Thatcher-Regierung in Großbritannien), und auch in absehbarer Zeit steht nicht zu erwarten, daß sie den Charakter eines rabiaten sozialpolitischen Kahlschlags annehmen wird. Es ist allerdings davon auszugehen, daß solche Projekte wie die „Gesundheitsreform“ – die ja im Kern nichts weiter darstellt als den Versuch, das Gesundheitssystem auf Kosten der Kranken zu sanieren – ihre Fortsetzung finden werden – bei Bedarf unterlegt mit dem (Schein-)Argument, die „Zwänge des Binnenmarktes“ erforderten dies.

5. Als vorläufiges Fazit sei an dieser Stelle folgendes festgehalten: Eine „Europäisierung“ der Gesundheitspolitik steht im Zusammenhang mit der Verwirklichung des EG-Binnenmarktes nicht an (...). Denkbar ist allerdings, daß sich unter dem für die nationalen Kapitale zunehmenden Konkurrenzdruck ein – je nach den nationalen politischen Kräfteverhältnissen unterschiedlich stark ausgeprägt – sozialpolitischer Restriktionskurs fortsetzen könnte, von dem auch der Bereich der Gesundheitssicherung negativ betroffen wäre. Wie weit sich ein solcher Kurs durchzusetzen vermag, wird aber nach wie vor nicht in Brüssel, sondern in den einzelnen Ländern und den dort stattfindenden politischen Auseinandersetzungen entschieden. □

dg-Herausgeber
Hans-Ulrich
Dappe ist Leiter
der Abteilung
für Medizinische
Soziologie
am Universitätsklinikum
Frankfurt.
Uwe Lenhardt
ist Diplom-Politologe und
arbeitet am selben
Institut als
wissenschaftlicher Mitarbeiter

Das Dilemma des Kassenarztes: Gesundheit oder Medizin

Von Heinz-Harald Abholz

So eindeutig das Wort Gesundheitsförderung klingt, so wenig praktikabel für Konzeption und Handeln erscheint sein Inhalt. Die Förderung von Gesundheit – verstanden als körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden – enthält weit mehr, als durch ein medizinisches System zu leisten ist. Gesundheitsförderlich sind „saubere Umwelt“, soziale Gerechtigkeit, Frieden und – zumindest für viele – ein gewisser Wohlstand. Liebe und soziale Verankerung sind weitere Bestimmungsfaktoren für eine so verstandene Gesundheit.

Für eine programmatische Orientierung wäre der Begriff so verstanden zu weit. Und dennoch gibt Gesundheitsförderung auch eine programmatische Orientierung: Gesundheitsförderung ist zu einem zusammenfassenden Begriff für einen Paradigmenwechsel in der gesundheitspolitischen Orientierung der letzten 20 bis 30 Jahre geworden. Faßt man aus der Literatur – von WHO-Publikationen bis zum GRG-Gesetzestext – zusammen, was unter Gesundheitsförderung verstanden wird, so ergeben sich die folgenden Charakteristika:

1. Das Ziel ist körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden.
2. Es geht um die Förderung der Lebensbedingungen, die zur Erreichung dieses Zieles beitragen. Das medizinische Versorgungssystem ist nur eine dieser Bedingungen.
3. Eine präventive Orientierung steht im Vordergrund.
4. Gesundheitsförderung ist auf die ganze Person, nicht auf eine Krankheit bezogen (Ganzheitlichkeit).
5. Wesentlicher Inhalt von Gesundheitsförderung ist die Autonomie des Individuums oder von Bevölkerungsgruppen.
6. Die Kompetenz der Laien, für ihre Gesundheit sorgen zu können, wird anerkannt.

Wird Gesundheitsförderung so charakterisiert, so stellt sie nicht einen neuen Bereich von Gesundheitsmaßnahmen – neben zum Beispiel Kuration und Prävention – dar, sondern beschreibt eine konzeptionelle Orientierung, die sich vom herkömmlichen System medizinischer Versorgung abgrenzen und es verändern will. Die Charakteristika von „Gesundheitsförderungen“ lassen thematische Schwerpunktlegungen und Neuorientierungen der letzten 30 Jahre in diesem Begriff aufbewahrt wiedererkennen. Es sind: Entwicklungsschwerpunkt Prävention vor Kuration; die unspezifische Prävention im Sinne der Schaffung positiver Lebensbedingungen neben der medizinischen Prävention, die auf einzelne Erkrankungen ausgerichtet ist; ein ganzheitlicher Ansatz in der Versorgung; die Aktivierung des Patienten als Weg zu mehr Gesundheit; Sozial- und Umweltmedizin als Ergänzungen des herkömmlichen medizinischen Systems. (. .)

„Gesundheitsförderung“ und „moderne Medizin“ können sich grundsätzlich ergänzen, sie haben jedoch soviel Widersprüchliches, daß es für den handelnden Arzt – insbesondere den im ambulanten Bereich – zu einem Dilemma kommen muß. Moderne Medizin ist durch eine naturwissenschaftliche und insbesondere dabei auf Medizintechnik reduzierte Orientierung charakterisiert. Durch immer weiter entwickelte raffinierte Methoden aus Labor und Medizintechnik soll es möglich werden, immer mehr an „Defekten“ des Menschen zu erkennen, früher zu erkennen und zu korrigieren. Die Mediziner mit Omnipotenzansprüchen, Ehrgeiz und Machtstreben fördern ein

Können niedergelassene Ärzte überhaupt der richtige Adressat für Gesundheitsförderung sein? dg-Herausgeber Heinz-Harald Abholz hat sich mit dieser Frage auf dem Kongreß „Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung“, über den dg im letzten Heft berichtete, mit dem folgenden Beitrag auseinandergesetzt.

solches Selbstverständnis und eine solche Entwicklung von Medizin. Die Industrie als Pharma- oder medizinische Geräteindustrie tut das ihrige aus ökonomischem Interesse dazu. Das Spektrale in der Medizin – Organersatz, „Freiputzen“ von verkalkten Gefäßen, laborchemisches Erkennen von Krebsentstehung etc. – wird zur ideologischen Ausrichtung auf diese erfolgverheißende Medizin eingesetzt. Leitet man sich aus einem solchen „Medizin-Bild“ ab, was im Bewußtsein des Laien und des einzelnen Arztes resultiert, so kommt man zu einem „Gegenbild“ von Gesundheitsförderung.

Gemeinsam im Wort ist noch die präventive Orientierung und das Wohlbefinden des Patienten. Bei genauerer Betrachtungsweise handelt es sich jedoch nicht einmal hierbei um annähernd identische Ziele: Medizinische Prävention ist auf die frühe Erkennung und Behandlung von krankhaften Körperzuständen ausgerichtet. Präventive Orientierung im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung beinhaltet vielmehr eine Schwerpunktlegung auf die Schaffung gesunder Lebensbedingungen, damit es nicht zu Krankheit und Leid kommt.

Das Wohlbefinden des Patienten als Ziel auch einer modernen medizinischen Versorgung orientiert sich ganz wesentlich an der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung eines „normal“ funktionierenden Körpers; dies wird als „gesund“ definiert. Selbst die Aufnahme psycho-somatischer Konzeption richtet sich in Mediziner-Hand im wesentlichen hiernach aus. Wohlbefinden im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung meint jedoch sehr viel mehr und – das scheint hier besonders wichtig zu sein – beinhaltet auch unter Umständen die Akzeptanz des nicht „normal“ funktionierenden Körpers. Im Konzept der Gesundheitsförderung ist die medizinische Sichtweise nur eine von vielen, so daß es viele Aspekte gibt, die Wohlbefinden beschreiben lassen. Bei sich widersprechenden Aspekten muß nicht der des Medizinischen höher bewertet werden. (. .)

Zwei der für Gesundheitsförderung gegebenen Charakteristika – Wohlbefinden und präventive Orientierung – lassen sich noch im Konzept moderner Medizin begrifflich wiederfinden. Wie gezeigt, sind sie jedoch recht unterschiedlich ausgerichtet, und die Widersprüche zwischen den Konzeptionen von Gesundheitsförderung einerseits und moderner Medizin andererseits sind schon hier angelegt. Moderne Medizin und Gesundheitsförderung stehen bei den weiteren Charakteristika von Gesundheitsförderung ganz eindeutig im Widerspruch: Ganzheitlichkeit, Autonomie und Laien-Kompetenz als wesentliche Cha-

rakteristika von Gesundheitsförderung stehen konträr zu den „Anforderungen“ eines Konzeptes moderner Medizin. Handelnder Arzt und Patient können aus einem Konzept moderner Medizin eigentlich nur lernen, daß die Ganzheitlichkeit den Blick für die mikroskopischen Details von Krankheit verstellt. Es hat eben absolut nichts mit Ganzheitlichkeit zu tun, wenn es um die Korrektur pathologischer Veränderungen am Gebärmutterhals, an der Koronararterie oder an der Hüfte geht. Da derartige Maßnahmen beeindruckend gottgleich sind, verstummen recht häufig niedergelassener Arzt und Patient in ihren „ganzheitlichen“ Gegenargumenten gegen derartige Eingriffe.

Was hat in moderner Medizin mit allen ihren technischen Raffinessen die Autonomie des Individuums noch zu suchen? Was von der Medizin als wichtige krankhafte Veränderung erkannt wird, ist heute – und darauf ist die Medizin stolz – in der Regel nicht mehr durch den einzelnen überhaupt erlebbar. Pathologische Zellvermehrung im Kopf einer Bauchspeicheldrüse, laborchemische Veränderung als erstes Hinweiszeichen auf einen bestehenden Tumor, ohne Symptome einhergehende Gefäßverengungen, Erhöhung eines Cholesterin- oder Blutdruckwertes, all dies ist für den Patienten nicht mehr spürbar. Auch die gesamte Dimension der Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten ist für den einzelnen Patienten nicht mehr vorstellbar. Denn was bedeutet es wirklich, aufgrund eines Risikofaktors zu einer Personengruppe zu gehören, bei der von 100 Menschen in zehn Jahren – bleiben sie unbehandelt – zwei am Herzinfarkt oder Schlaganfall zusätzlich versterben? Die Konzeption moderner Medizin weist den einzelnen tagtäglich auf seine Inkompetenz hin und zeigt, daß er autonom handelnd nicht mehr in der Lage ist, seine – von der Medizin definierte – Gesundheit zu bestimmen.

Gesundheitsförderung und das Konzept moderner Medizin sind zu weiten Teilen konzeptionell sich ausschließende Formen des Umgangs mit Krankheit und Gesundheit. Der niedergelassene Arzt ist nun schon immer nicht nur „Vertreter der Medizin“ gewesen, sondern er hat schon immer die Vorstellungen und Ansprüche seiner Patienten zu Krankheit und Gesundheit mit zu berücksichtigen gehabt. In dieser Rolle gab es schon immer Konflikte. Mit einer Ausrichtung auf Gesundheitsförderung einerseits und einer sich rasch entwickelnden modernen Medizin andererseits wird dieser Konflikt verschärft. Dabei ist ins Gedächtnis zu rufen, daß der Arzt in der Regel als Vertreter des Medizinsystems aufgesucht wird, von dem sich der Patient Hilfe auch erwartet. Der Arzt hat in einer solchen Situation die schwierige Aufgabe, die Möglichkeiten und Grenzen moderner Medizin dem Patienten darzustellen und sie mit ihm oder teilweise für ihn gegenüber den Zielgrößen von Gesundheitsförderung, die in Autonomie, Laienkompetenz und allgemeinem Wohlbefinden zu sehen sind, abzuwägen.

Angesprochen als „Vertreter“ moderner Medizin, muß der niedergelassene Arzt jedoch zunehmend mehr auch die Interessen von Gesundheitsförderung im Namen seines Patienten vertreten. Denn die Patienten sind nicht mehr – wenn sie es je waren – reine Vertreter ihrer eigenen Gesundheitsinteressen. Diese gibt es auch, aber es ist der modernen Medizin und der medizinischen Industrie gelungen, das Selbstverständnis der Patienten mit zu formen. Nur eines von vielen und beliebig erweiterbaren Beispielen ist in der „Festlegung“ eines krankhaften Cholesterinwertes zu

Heinz-Harald
Abholz ist niedergelassener
Arzt in Berlin

sehen. Über eine sogenannte Konsensus-Konferenz ist vor einem Jahr der als krankhaft zu geltende Cholesterinwert auf 200 mg% „gesenkt“ worden. Industrie und ein einflussreicher Teil der Ärzteschaft haben es über die gezielte Publikation in der Laienpresse geschafft, daß sich ein wesentlicher Teil der Patientenschaft durch Cholesterinwerte zwischen 200 und 250 mg% erheblich bedroht fühlt. Diese Patienten sind bereit, „Selbstkasteiungen“ durch Veränderung ihres bisher zum Wohlbefinden gehörigen Essens vorzunehmen bzw. lebenslang sogar Tabletten zu schlucken. In einer solchen Situation kommt nun der niedergelassene Arzt in die Situation – entgegen der klassischen Vertreter-Rolle der Medizin –, die Patienten im Interesse ihres Wohlbefindens argumentativ zu vertreten. Aber für nicht wenige Patienten ist das Wissen um ihren erhöhten Cholesterinwert oder ihren geringfügig erhöhten Blutdruck mit einem derartigen Schrecken verbun-

den, daß nun doch – wider die ganzheitliche Einschätzung des Arztes – eine Behandlung resultieren muß. (...) – Wäre es so, daß der Arzt nur die moderne Medizin zu vertreten hätte, der Patient unbeeinflusst von medizinischen Ideologien autonom und mit Laienkompetenz das benennen könnte, was sein Wohlbefinden ausmacht, so wäre das Dilemma deutlich geringer. – Das Dilemma des Kassenarztes ist nun noch größer als das des bis zu diesem Zeitpunkt vorgestellten Arztes. Der Kassenarzt arbeitet in einem System der Honorierung nach Einzelleistung. In diesem System wird die Erbringung möglichst vieler Leistungen – und diese dann häufig angewendet – besonders honoriert. Dabei wiederum werden die medizintechnischen Leistungen – trotz neuer Gebührenordnung (EBM) – besonders honoriert. Der ökonomische Hebel dieses Honorierungssystems zielt also auf eine häufige Wiederbestellung von Patienten, auf die häufige Erhebung von Befunden sowie die

Aufrechterhaltung des Patientenstatus. Genesung von Patienten sowie präventive Orientierung, die zu weniger Krankheit führt, ist somit tendenziell mit einer finanziellen Bestrafung innerhalb dieses Systems gefolgt. Mit der Erbringung von viel Medizin, wie dieses System es zur Folge hat, wird die Bedeutsamkeit dieses Systems dem Patienten immer wieder vorgeführt – glaubt doch dieser an den medizinischen Sinn und Nutzen der durchgeführten Maßnahmen. Zunehmende Abhängigkeit des Patienten, Inkompetenz und – über die Erhebung pathologischer Werte – Unwohlsein ist die besonders ausgeprägte Folge eines Systems der Honorierung nach Einzelleistung.

Der Beitrag von Heinz-Harald Abholz wird demnächst in einer Dokumentation der Kongreßbeiträge veröffentlicht. Wir danken den Veranstaltern des Kongresses für die freundliche Genehmigung des Vorabdrucks.

Wer sagt was zu Aids Datenschutzbeauftragte im Vergleich

Eine Woche, nachdem die Anforderungen abgeschickt waren, trafen die meisten Berichte ein, nur der Bundesbeauftragte ließ sich etwas mehr Zeit, und Niedersachsen ließ mitteilen, daß der neue Bericht erst Anfang 1989 erscheinen würde. Zwar besteht in Niedersachsen eine einjährige Berichtspflicht, aber der Beauftragte ist den Bericht für 1987 noch schuldig, und damit alles seine gesetzliche Ordnung hat, wird der Berichtszeitraum jetzt per Landesgesetz auf zwei Jahre verlängert. So macht man es in Niedersachsen.

Die anderen Berichte beziehen sich im wesentlichen auf den Zeitraum des Jahres 1987, wobei der älteste aus Nordrhein-Westfalen stammt, mit Stichtag 31.03.1987. Einzig dort gibt es keine speziellen Aussagen zu Aids.

In allen übrigen Berichten ist dem Thema ein mehr oder weniger breiter Raum gewidmet, wobei, um das gleich vorwegzusagen, die inhaltlich besten und detailliertesten Aussagen im Bericht der baden-württembergischen Datenschutzbeauftragten, Ruth Leuze, zu finden sind. Das heißt nicht, daß der Datenschutz im Ländle vorbildlich wäre. Aber an dem Vorgehen und der Art und Weise der Berichterstattung der Frau Leuze sollten sich die anderen Datenschutzbeauftragten ein Beispiel nehmen. Das gilt insbesondere für ihren Kollegen aus Bayern, der sich in landestypischer Weise unter Verwendung von Klischees und Unterstellungen über alle Bedenken hinwegsetzt und das Vorgehen seiner Landesregierung für einwandfrei hält. Zitat: „Vielmehr werden an der Eignung der von der Bundesregierung eingeleiteten Maßnahmen, die weitgehend Einsicht und guten Willen der Betroffenen voraussetzen angesichts der hauptsächlich betroffenen Personengruppen erhebliche Zweifel geäußert. Bei dieser Sachlage können die bayerischen Maßnahmen aus datenschutzrechtlicher Sicht nicht beanstandet werden“ (Seite 7 des Berichts vom 18.12.1987). Mit anderen Worten: Fixer und Schwule, Prostituierte und Ausländer dürfen in Bayern von vornherein vom Datenschutz nichts erwarten.

Fast alle Landesbeauftragten haben die Speicherung von Aids-Hinweisen in Polizeicomputern überprüft, unterschieden nach landesinternen Informationssystemen und dem länderübergreifenden Informationssystem INPOL. Einheitlich besteht die Auffassung, daß eine solche Speicherung grundsätzlich nicht zulässig ist. Lediglich der bayerische Landesbeauftragte hält diesen Zusatz in Fahndungsdateien oder im Kriminalaktennachweis für korrekt. Im folgenden soll auch auf eine weitere besondere Erwähnung des bayerischen Berichts verzichtet werden, da dort ohnehin jede

Dürfen Aids-Erkrankte in Polizeicomputern gespeichert werden? Dürfen Krankenhäuser den HIV-Test zur Bedingung einer Aufnahme von Patientinnen und Patienten machen? Fragen, denen die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder in ihren Tätigkeitsberichten nachgegangen sind. Wir dokumentieren eine Auswertung von Friedrich Baumhauer.



datenrechtliche Beeinträchtigung zu Lasten von HIV-Betroffenen für zulässig angesehen wird. In Rheinland-Pfalz hat sich der Datenschutzbeauftragte zu diesem Problemkreis noch keine abschließende Meinung bilden können, und im Saarland hält man die Speicherung im INPOL-System zwar für unzulässig, gibt aber zu erkennen, daß unter, wenn auch engen, Voraussetzungen eine anderweitige Speicherung zur „Eigensicherung der Polizei“ möglich sein müßte.

Im baden-württembergischen Bericht wird der polizeilichen Speicherpraxis nicht nur eine eindeutige Absage erteilt. Dort werden auch beispielhaft die teilweise haarsträubenden Vorgehensweisen der Polizei geschildert, wie derartige Hinweise in die Computer aufgenommen worden sind.

Der bremische Bericht setzt sich ausführlich mit der Frage auseinander, ob Bewerber zum öffentlichen Dienst einem HIV-Test unterzogen werden können und kommt zu einem eindeutig ablehnenden Ergebnis. Etwas anders wird dies in Hamburg gesehen. Dort werden Bewerber für den öffentlichen Dienst zu einem freiwilligen Test aufgefordert, soweit medizinische Anhaltspunkte für HIV vorhanden sind. Die Untersuchung soll in sogenannter anonymer Form durch das hygienische Institut erfolgen. Das Testergebnis wird der einstellenden Behörde nicht mitgeteilt, sondern nur das Ergebnis der gesamten ärztlichen Untersuchung (Eignung oder Nichteignung). Dabei führt Sero-Positiv nicht unbedingt zum Urteil „Nichteig-

nung“. In Hamburg sollen zwei Bewerber mit HIV eingestellt worden sein. Der hamburgische Datenschutzbeauftragte hält dieses Verfahren im Gegensatz zu seinem Bremer Kollegen für zulässig.

Der Datenschutzbeauftragte Hessens, Spiros Simitis, kritisiert in deutlicher Form die weitverbreitete Krankenhauspraxis, pauschale Zustimmung der Patienten bei Aufnahme in das Krankenhaus zu einem HIV-Test einzuholen. Weniger skrupellos ist die Datenschutzkommission in Rheinland-Pfalz, die dem behandelnden Arzt einen größeren Entscheidungsspielraum darüber einräumen will, wann ein Patient über den Zweck der Blutentnahme zu unterrichten sei.

Unterschiede gibt es auch in der Beurteilung der Fallberichtsform, die das Bundesgesundheitsamt aufgrund der freiwilligen Mitarbeit von Ärzten sammelt. Hierzu stellt der Bundesbeauftragte fest: „Die Frage der Anonymisierung der Angaben zur Person des Betroffenen wird unterschiedlich beurteilt. Von einer absoluten Anonymisierung kann m.E. nicht ausgegangen werden, da mit entsprechendem Zusatzwissen oder auch über den meldenden Arzt der Betroffene identifiziert werden kann“. Da aber die Identifizierung mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft verbunden sei, sei das Verfahren datenschutzrechtlich unbedenklich. Diese Auffassung wird von anderen Beauftragten bestätigt. Lediglich Simitis in Hessen verlangt, daß die Gefahr einer Reidentifizierung möglichst ausgeschlossen ist.

Insgesamt hat es den Anschein, daß nur die Datenschutzbeauftragten in Baden-Württemberg und Hessen die Tragweite der Problematik halbwegs erkannt haben, denn nur in ihren Berichten wird die Frage nach Zweck und Konsequenz von behördlichen Maßnahmen mit der erforderlichen Deutlichkeit gestellt. Die führt, wie nicht anders zu erwarten, in den meisten Fällen zu dem Ergebnis, daß die Sammlung und Speicherung von Daten sinn- und zwecklos ist, so daß schon aus allgemeinsrechtlichen Grundsätzen diese Maßnahmen unzulässig sind. In den meisten anderen Berichten, die nicht so konsequent vorgehen, sind die Ergebnisse, auch wo ihnen zuzustimmen ist, mehr oder weniger zufallsbedingt. Dies gilt wiederum nicht für den Bericht aus Bayern.

Wir danken der Redaktion der „Datenschutz-Nachrichten“, in denen der Artikel zuerst veröffentlicht wurde, für die freundliche Genehmigung des Abdrucks.

Friedrich Baumhauer ist wissenschaftlicher Mitarbeiter für Rechtsfragen bei der Deutschen Aids-Hilfe



GIFTGAS

GEHEILIGTE GEHEIMNISSE

Anläßlich der Blockade am Giftgaslager Fischbach veröffentlichten Landesvorstand und Landtagsfraktion der Grünen Rheinland-Pfalz ein vom US-Verteidigungsministerium erarbeitetes dreibändiges Gutachten zur Vernichtung der Altbestände von Giftgas. Das Papaier ist brisant, weil die meisten Angaben hierzulande als geheiligte Militärgeheimnisse gelten, während in den USA in aller Öffentlichkeit darüber debattiert wird.

Das Pentagon-Gutachten ist eine nach den US-Gesetzen vorgeschriebene Umweltverträglichkeitserklärung und bezieht sich auf das in den USA in acht Depots gelagerte Giftgas. Sie enthält zahlreiche Hinweise auf den schlechten Zustand der veralteten C-Munition, auf Risiken des Transports und auf mögliche Unfallgefahren. Hintergrund des Gutachtens ist die Beschaffung einer neuen Generation von „binären“ C-Waffen, mit der die verrottenden Altbestände für die US-Streitkräfte überflüssig werden. Die Ergebnisse der Studie beruhen auf breiten Diskussionen der betroffenen Bundesstaaten und Gemeinden in den USA. An jedem Depot fanden öffentliche Anhörungen statt. Ja, das Pentagon mußte sogar weitergehende Detailuntersuchungen finanzieren, die von Kommunen und Bürgerinitiativen gefordert worden waren.

Von einer solchen offenen Praxis sind wir in der Bundesrepublik und insbesondere in Rheinland-Pfalz, wo das amerikanische Giftgas für den Einsatz in Europa lagert, weit entfernt. Die öffentliche Diskussion in den USA belegt, daß es überhaupt nicht um angeblich „militärisch notwendige“ Geheimhaltung geht, sondern darum, die bei uns betroffene Bevölkerung über die ihr drohenden Gefahren im Unklaren zu lassen.

Bis heute gibt es keine offizielle Äußerung zur Art und Weise des angeblich bis 1992 geplanten Abzugs beziehungsweise der Vernichtung des in der Bundesrepublik lagernden Alt-Giftgases. Für das Gebiet der USA jedenfalls

wurde jeder Transport von C-Munition als so gefährlich eingestuft, daß sich die Armee für eine Verbrennung an Ort und Stelle entschieden hat. Die in der Bundesrepublik lagernden Vorräte sollen jedoch auf die Pazifikinsel Johnston Atoll transportiert werden, um dort vernichtet zu werden. Wie jedoch soll dieser Transport vor sich gehen? Per LKW zu einem Verladebahnhof und dann per Eisenbahn zu einem Seehafen und weiter per Schiff? Oder per LKW und Hubschrauber zu einem US-Flugplatz – zum Beispiel Ramstein – und dann per Flugzeug in den Pazifik?

Das Fischbach Depot verfügt über keinen Eisenbahnanschluß. Die Eisenbahnlinie endet in Wicslautern, rund zwölf Kilometer vom Depot entfernt. Bei der Untersuchung der möglichen Verladung von Transportcontainern von einem Verkehrsmittel auf ein anderes sind in den USA umfangreiche Sicherheitsvorkehrungen vorgeschlagen worden, unter anderem der Bau völlig neuer Umschlaganlagen, in denen ein Freiwerden von Kampfstoffen verhindert werden kann. Trotz all dieser Konzepte wurde letztendlich jeder Transport als zu gefährlich eingestuft. In den USA wurde der Seetransport von der Armee ausdrücklich abgelehnt, weil die erforderlichen langwierigen Risikountersuchungen den Zeitplan des Kongresses verletzt hätten.

Die meisten in den USA untersuchten und letztlich verworfenen Transportrouten führten durch oder über dünn besiedelte Gebiete. Wo ist in der Bundesrepublik Deutschland ein solcher Transportweg möglich? Wie soll sich ein Umschlag von einem Verkehrsmittel auf ein anderes in der Bundesrepublik gestalten? Welche Sicherheitsvorkehrungen werden hier getroffen? In den USA wurden umfangreiche Katastrophenpläne unter Einbeziehung der Verantwortlichen der unteren Ebenen entwickelt. Gibt es solche Katastrophenpläne für die Bundesrepublik? Wie soll die Zusammenarbeit mit den unteren Behörden, die ja gerade beim

Bis 1990 sollen die alten Giftgasbestände der US-Armee aus der Bundesrepublik abgezogen werden, verspricht die Bundesregierung. Daß sich über das Wie ausgeschwiegen wird, hat mit „militärisch notwendiger“ Geheimhaltung nichts zu tun

Katastrophenschutz verantwortlich sind, funktionieren, wenn alle Fragen der Lagerung und des Transports von Giftgas einer strengen Geheimhaltung unterliegen? Unter diesen Umständen ist es unmöglich, daß angemessene Vorbereitungen für einen Unglücksfall getroffen werden. Immerhin bezieht die amerikanische Studie bei allen Transportvarianten stets einen „größten anzunehmenden Unfall“ mit der Freisetzung von Kampfstoffen in die Betrachtung ein.

Die Verfahren zum Abzug und zur Beseitigung der Alt-Giftgase müssen offengelegt werden. Die betroffenen Gemeinden, Umweltschutzverbände und Bürgerinnen und Bürger sind in die entsprechenden Planungen einzubeziehen. Auf keinen Fall darf das abgezogene Giftgas durch neue binäre Kampfstoffe ersetzt werden. Der Landtagsabgeordnete der Grünen, Prof. Gernot Rotter: „Die Landesregierung sollte ihre Amerikafreundlichkeit wenigstens einmal so weit treiben, daß sie das Umweltverträglichkeitsgutachten des Pentagon zum Vorbild für die notwendige Offenheit im eigenen Land nimmt.“

Wolfgang Bartels

Wolfgang Bartels ist freier Journalist und hat das Pentagon-Gutachten für die Grünen übersetzt



„Bewältigung der Schuld kann nichts anderes heißen, als der Wahrheit ins Auge zu sehen, Anerkennung dessen, was war, ohne Feilschen“, schrieb 1960 Alexander Mitscherlich in der ersten Neuauflage von „Medizin ohne Menschlichkeit“, dem Buch, das zwar zuvor im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern in einer Auflage von 10 000 Exemplaren gedruckt wurde, aber ohne Wirkung blieb, „als ob das Buch nie erschienen wäre“, so Mitscherlich.

17 Jahre später reagierte der Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, in einem Interview im „Deutschen Ärzteblatt“ auf eine Veröffentlichung des Kinderarztes Dr. Hanauske-Abel zur Kollaboration des Ärztestandes mit dem nationalsozialistischen Regime in der Fachzeitschrift „The Lancet“, als ob er einen seiner Kronzeugen wider den Nestbeschmutzer, nämlich Alexander Mitscherlich, nicht gelesen hätte: „Ein Clan von Ärzten“, ein „makabrer Orden“, habe „gegen jeden Einblick von außen abgeschottet“ sich der Mittäterschaft schuldig gemacht, das Gros der Ärzte aber habe zur hippokratischen Verpflichtung gestanden. Feilschen nennt man das. Der Veröffentlichung von Hanauske-Abel erging es ähnlich wie der Arbeit Mitscherlichs. Zumindest im Ärzteblatt konnten Ärztinnen und Ärzte sich nur durch Vilmars Interview ein Bild machen.

Die Veröffentlichung Hanauske-Abels hatte dennoch Folgen. Auch wenn der Zusammenhang mit seinem Vortrag auf dem 6. Internationalen IPPNW-Kongreß 1976, der die Grundlage der „Lancet“-Veröffentlichung war, nicht nachweisbar ist, muß es schon befremden, daß ihm kurz danach der ärztliche Notfalldienst in fünf Zentralen gestrichen und er aus der Rhein Hessischen Ärztekammer ausgeschlossen wurde. In einem Schreiben des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer hieß es, von ihm seien „diverse Falschaussagen . . . hinreichend bekannt“. Im Interview Karsten Vilmars wurde ihm „profunde Unkenntnis der neueren deutschen Geschichte“, die Auslassung von Quellen, die „wegen ihrer peniblen, auf Wahrheitsfindung gerichteten Quellenerschließung wohl nicht ins politische Konzept des Autors gepaßt haben“, sowie der Wunsch, die Ärzte der Bundesrepublik im Ausland zu diskreditieren, bescheinigt. Für einen Wissenschaftler eine denkbar schlechte Reputation.

„Mit den Äußerungen in dem Interview im Deutschen Ärzteblatt . . . haben wir den Kläger nicht diffamieren,

herabsetzen, in seinem wissenschaftlichen Ansehen beeinträchtigen und ihm auch nicht die intensive, um Wahrheit bemühte individuelle Beschäftigung mit der jüngeren Deutschen Medizingeschichte absprechen wollen“. Das ist die Kernaussage des Vergleichsvorschlags des Kölner Landgerichts vom 31. Mai 1989, das Dr. Hanauske-Abel in einer Klage auf Schmerzensgeld angerufen hatte. Es mag sich jeder seinen Reim darauf machen.

Wie weit aber ein solches Gerichtsverfahren überhaupt in der Lage ist, den Umständen gerecht zu werden, unter Berücksichtigung der hohen Anforderungen an einen Schmerzensgeldanspruch, dem erforderlichen Nachweis persönlichen Verschuldens und der zu Recht geschützten Meinungsäußerung, mag dahingestellt sein. Mit dem vorgeschlagenen Vergleich, so sieht es jedenfalls der Vorsitzende Richter Huthmacher, müßten beide Seiten leben können. Für Hartmut Hanauske-Abel, der bereits sein Einverständnis geäußert hat, ist es sicher die gewünschte Ehrenerklärung. Für die Beklagten, die sich bis zum 21. Juni dazu erklären können, dürfte die Umdeutung dessen, was sie mit ihren Äußerungen taten, zu etwas, das sie nicht tun wollten, erst recht tragbar sein.

Bedauerlich ist, daß zu einer solchen „Ehrenerklärung“ erst der Verstand eines Gerichts bemüht werden mußte. Der Verteidiger der Beklagten wollte zunächst einen Vergleich ausschließen, da das Verfahren zu einem „pressewirksamen Spektakel“ geworden sei und jeder Vergleich deshalb einer Anerkennung von Schuld, einem „Leistretreten“ gleichkäme. Es zeugt von geringer Souveränität und mangelnder Fähigkeit zur Selbstkritik, wenn das Eingeständnis eines Irrtums, ein Abrücken von unhaltbar gewordenen Positionen, als Schuldbekennnis verstanden wird.

Zu wünschen wäre dem Präsidenten der Bundesärztekammer die Souveränität des Hartmannbund-Vorsitzenden, Dr. Horst Bourmer, der sich im vergangenen Jahr sichtlich bewegt an der Gedenkveranstaltung der Ärztekammer Nordrhein zum 50. Jahrestag des Approbationsentzugs der jüdischen Ärztinnen und Ärzte beteiligte. Eine Auseinandersetzung mit der Vergangenheit hat in der Bundesärztekammer erst angefangen: Die Übernahme der Schirmherrschaft des internationalen Symposiums „Gesundheitsreform und Vernichtung“ in Berlin, die Beteiligung an der Ausstellung „Wert des Lebens“ zum diesjährigen Ärztetag sind ein Schritt in die richtige Richtung. □

Tragbare Umdeutung

yn – Eine Ehrenerklärung wollte Hartmut Hanauske-Abel, nachdem Karsten Vilmar mit ihm im Deutschen Ärzteblatt nicht gerade nach der feinen englischen Art umgegangen war. Er wird sie bekommen, doch zurückneh-

Wirksamkeit Verträglichkeit Arzneikosten

Rp.
das Rezept,
um jeden Monat
auf dem
laufenden
zu sein

ein
„a-1“-Abo

A.T.I.
Arzneimittelinformation
Berlin GmbH
Petzower Straße 7

D-1000 Berlin 39

Postkarte:
0,60 DM



PAHL-RUGENSTEIN VERLAG

- Vertrieb -
Gottesweg 54

5000 Köln 51

An den

Postkarte

☐ Bitte schicken Sie mir ein Gesamtverzeichnis

(Postleitzahl) (Ort)

(Straße und Hausnummer oder Postfach)

(Name)

SPD – Geschichte und Gegenwart



4., aktualisierte und wesentlich erweiterte Auflage
Kleine Bibliothek 90
800 Seiten, DM 29,80

Ein historisches Handbuch, dessen Augenmerk gerade auch solchen Problemen in Geschichte und Politik der SPD gilt, die oft gerne übergangen werden. Der Überblick reicht von der Entstehung der deutschen Sozialdemokratie über den Ersten Weltkrieg, die Weimarer Republik, Das Dritte Reich und die Bundesrepublik bis zur Politik der SPD seit ihrem Übergang in die Opposition 1982.

Heinz-Gerd Hofschien (Hrsg.)
Lafontaine, SPD und Gewerkschaften

Mit Beiträgen von Heinz Bierbaum, Heinz-Gerd Hofschien, Uwe Kremer, Herbert Schui, Sibylle Stamm, Klaus Peter Wolf und Georg Zinn.
Kleine Bibliothek 525
220 Seiten, DM 16,80

Autorin und Autoren konfrontieren das wirtschafts- und sozialpolitische Konzept Oskar Lafontaines mit der politischen und ökonomischen Entwicklung. Sie stellen sich den neu entstandenen Fragen nach der Verteilung der Arbeit, nach der Arbeitszeitgestaltung, der technologischen Entwicklung und den veränderten Bedürfnissen der Beschäftigten. Sie formulieren aus gewerkschaftlicher Perspektive Anforderungen an die Wirtschaftspolitik der SPD und entwickeln Grundzüge einer alternativen Konzeption.

PAHL-RUGENSTEIN

443



BESTELLUNG

- ☐ Sie sparen DM 9.00:
Kombibestellung **arznei-telegramm**
plus **alarm-telegramm** für 100.- DM
(inkl. Versandkosten)

A. I. L. Arzneimittelinformation Berlin GmbH, Petzower Straße 7, D-1000 Berlin 39

- ☐ monatlicher Informationsdienst **arznei-telegramm**
zum Jahresbezugspreis von 69,50 DM
(Kündigung jeweils 3 Monate vor Jahresende)
- ☐ Leitfaden für die erfolgreiche Verordnung
alarm-telegramm 36,50 DM
(plus Versandkosten)

Unterschrift

Neue Entwicklungen in der Arzneitherapie

Wollen Sie aktuell, umfassend und unabhängig von Firmeninteressen informiert werden?

Warum 500 vielverordnete Arzneimittel entbehrlich sein können und wie sie sich ersetzen lassen.

alarm-telegramm

Eine Arznei-telegramm-Publikation

Neuer Leit-faden für die erfolgreiche, risikoarme und kassen-wirtschaftliche Verordnung

mit Ausweichempfehlungen

MOEBIUS, BECKER-BRÜSER, SCHÖNHÖFER

Ein vielzitatierter Medikamentenratgeber
(Die Zeit, stern, Spiegel, Frankfurter Rundschau,
Stuttgarter Zeitung, WDR,
RTL-Plus, HR, RIAS, SFB, BR)
264 Seiten, 36,50 DM

INTERNATIONALE FACHZEITUNG FÜR ARZTE UND APOTHEKER
Blickpunkt, wissenschaftlich und unabhängig

arznei-telegramm

FAKTEN UND VERGLEICHE FÜR DIE RATIONALE THERAPIE

Februar 1989 2/89

Im Blickpunkt

BIOÄQUIVALENZ - WAB ZÄHLT?

Während die Frage der Bioäquivalenz im Rahmen der Festlegung neuer Aufschüsse im Rahmen der Zulassung neuer Arzneimittel im Vordergrund steht, ist die Bioäquivalenz im Rahmen der Zulassung von Generika im Vordergrund. Die Bioäquivalenz ist ein Maß für die Gleichwertigkeit von Arzneimitteln. Sie ist ein wichtiger Faktor bei der Entscheidung über die Zulassung von Generika. Die Bioäquivalenz ist ein Maß für die Gleichwertigkeit von Arzneimitteln. Sie ist ein wichtiger Faktor bei der Entscheidung über die Zulassung von Generika.

ÜBERSICHTEN

Kontrazeptiva: Aspekte des Fetusrisikos 19/20/21
Die androgene Wirkung eines Kontrazeptivums hat einen Einfluss auf die Dauerträchtigkeit. Die Höhe in gene beeinflusst den Fettsäurestoffwechsel der Frau unterschiedlich.

Gallensteinauflösung mit Ursodeoxycholsäure (URSODIOL, u.a.)
Jeder dritte bis vierte Gallenstein-Patient wird durch die Ursodeoxycholsäure dauerhaft von Gallensteinen befreit. Wir nennen Anwendungsgebiete und Risiken der Ursodeoxycholsäure-Therapie.

THERAPIEKRITIK
Hitzeschmerzmittel: Faktor VIII-Konzentrate als Infektionsquelle - Clostridieninfektionen: Defizient der medikamentösen Behandlung (TRENITAL, BUFEDIL, u.a.)

KURZ UND BÜNDIG
Lebensmittel im Sonderfall auf Krankentage - AIDS WHO Übersichtsarbeit - AMIDIN: NUCLEOSID-ANALOGON: Inspektion: Myketa's Side Effects of Drugs

NACHWIRKUNGEN
Vorsicht mit Mundspülungen: Anzeichen zur Infektion: Prophylaxe - Qualität von Paracetamol-Pulvern

NEBENWIRKUNGEN
Massive Hypertensionen nach Desaturation: Atemstillstand (TENSORIN u.a.) - Betablocker und Lungen-entzündungen

WARNHINWEISE
Cave: Betablockern: Hypotension: Torsionen: NAL- vor Malignen (TOLVON)

NETZWERK-FORUM
Risiken klinischer Prüfungen

Bei Redaktionschluss: Gehalt von Koffein in verschiedenen Getränken: Japan für Fanothol (DA: NEPRESOL) berichtet. Für Hydroxizine-Derivate wie die Mandothione werden. Inverses Lymphon-Gehaltsformelation von Tocalid (XOLOTOCAN) der Cytosinazetat (ANITROLOL, in DIANE) vermag eine klonale Hepatitis auszulösen.

Das **arznei-telegramm** erscheint monatlich.
Der Jahresbezugspreis beträgt für Ärzte
und Apotheker 69,50 DM, für Studenten
45,- DM (Nachweis erforderlich).

*arznei-telegramm -
"Die Feuerwehr
auf dem Arzneimittelmarkt"
Rp. einmal monatlich*

A. T. I.
Arzneimittelinformation
Berlin GmbH
Petzower Straße 7

D-1000 Berlin 39

Hiermit bestelle ich

- ☐ das Monatsinfo **arznei-telegramm**
zum Jahresbezugspreis von 69,50 DM
- ☐ bzw. von 45,- DM (einen Studenten-
nachweis lege ich bei)
- ☐ den Ratgeber **alarm-telegramm**
für 36,50 DM plus Versandkosten

Name

Anschrift

Datum

Unterschrift

Von der Bestellung kann ich innerhalb 7 Tagen zurücktreten.

In den gerade abgeschlossenen Tarifverhandlungen konnten die Einkommen und Aufstiegsmöglichkeiten von Krankenschwestern verbessert werden. Am Pflegenotstand wird sich deshalb nichts ändern, meint Maria Mischo-Kelling und fordert eine andere Krankenpflege



60 000 zusätzliche Stellen für Krankenschwestern und -pfleger, 1000 Mark mehr für die Pflegenden, forderten während der Tarifaueinandersetzen unorganisierte Krankenschwestern und -pfleger, um den Pflegenotstand zu beheben. Und die Forderungen der Gewerkschaft ÖTV gingen, wenn auch maßvoller, in die gleiche Richtung: bessere Eingruppierung, Aufstiegsmöglichkeiten für Krankenpflegepersonal, Verbesserung der Stellenpläne.

Wenn in den Diskussionen um den Pflegenotstand auf die als unzureichend empfundene Personalausstattung, schlechte Bezahlung und die allgemeinen Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege, wie Schichtdienst, Dienste zu ungünstigen Zeiten, unzureichende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, verwiesen wird, werden zweifellos bestehende Defizite genannt. Eine solche Diskussion ist aber auch geeignet, von den Ursachen, die zum unerträglichen Zustand des Berufs geführt haben, abzulenken. Werden die Probleme der Pflege lediglich als quantitative oder Mengenprobleme verstanden, so verhindert diese Sicht eben ein Begreifen der Zusammenhänge als Ergebnis eines komplexen und vielschichtigen Ursachenbündels, dessen Wurzeln bis in die Anfänge der neuzeitlichen Krankenpflege reichen. Ein qualitativer Sprung wird auch mit einem Vielfachen an zusätzlichen Stellen nicht erreicht, die Probleme der Pflege damit nicht unbedingt gelöst. Um mit der dadurch gewonnenen Zeit etwas anfangen zu können, sind Pflegekonzepte gefragt, die zwar entwickelt sind, bei den meisten Krankenschwestern und -pflegern aber noch keinen Zugang gefunden haben.

Fast völlig getrennt von den Diskussionen um den Pflegenotstand erscheinen in Fachzeitschriften immer häufiger Berichte und Aufsätze, die sich mit dem Pflegeprozeß auseinandersetzen und sich mit Pflegemodellen und -theorien beschäftigen. Allerdings krankt die Diskussion des Pflegeprozesses häufig an einer mehr oder weniger fehlenden theoretischen Fundierung des Prozeßgedankens als solchem, aber auch an einer kaum vorhandenen inhaltlichen Beschreibung und Abgrenzung des Gegenstandsbereichs der Pflege etwa gegenüber der Medizin.

Foto: Linie 4

Selbst die in jüngster Zeit einsetzende Verbreitung von Pflegetheorien aus dem angloamerikanischen Sprachraum

PFLEGENOTSTAND

BILDUNGSNOTSTAND!

kann das Fehlen einer theoretischen Reflexion und Fundierung der Pflege in der Bundesrepublik nicht ersetzen. Sie muß sogar zu einem Problem werden, wenn der Mehrzahl der Berufsangehörigen aufgrund mangelnder Vertrautheit mit sozialwissenschaftlichen Theorien eine kritische Aneignung verwehrt ist. Während ihrer dreijährigen Ausbildung stehen den Pflegekräften lediglich kaum mehr als hundert Stunden für die Vermittlung von theoretischen Kenntnissen aus den Bereichen Psychologie, Soziologie und Pädagogik zur Verfügung. Schon dieser Umstand macht deutlich, daß im Rahmen der herkömmlichen Krankenpflegeausbildung weder Theoriewissen angeeignet noch psychosoziale Kompetenzen erworben werden können.

Der relativ niedrige Stand von Bildung und Ausbildung in der Krankenpflege ist eine unmittelbare Folge der Abkopplung der Pflegeausbildung vom allgemeinen Bildungssystem. Die Krankenpflegeschulen in der Bundesrepublik sind grundsätzlich an die Krankenhäuser angeschlossen und werden von ihnen betrieben. Die Krankenpflegeausbildung gehört somit weder der schulischen noch der dualen Ausbildung an, und der tertiäre Bereich, die Universität, ist ihr bislang ganz verschlossen. Der Pflege als klassischem Frauenberuf wird – nicht nur von einer männlich dominierten Medizin – die berufliche Identität verweigert, so wie sich die männlich dominierte Wissenschaft dem Problem der Pflege verweigert.

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, warum der eigentliche Prozeßgedanke, der für ein zeitgemäßes Verständnis von Pflege grundlegend ist, bei uns nicht Fuß fassen kann. Statt dessen wird der allseits geforderte „Pflegeprozeß“, nach dem die Krankenschwestern und -pfleger laut Anforderung des Krankenpflegegesetzes arbeiten können sollen, immer wieder auf die bloße „Pflegeplanung“ – was immer darunter zu verstehen ist – und auf die Dokumentation reduziert. Die Folge ist, daß das Ganze vor allem in den Augen der Pflegekräfte selbst zu einem lästigen, mechanischen und inhaltsleeren Instrument wird.

Je nach theoretischem Standpunkt kann der Pflegeprozeß zum Beispiel als ein Beziehungsprozeß, als Lernprozeß, als ein Verstehensprozeß zwischen Pflegekraft und Patienten verstanden

werden. Voraussetzung ist, sich auf den Patienten einzulassen, sich in sein Denkschema, seine Bewertung seiner Befindlichkeitsstörungen hineinzuversetzen und daraus für den Patienten bedeutsame Pflegeziele gemeinsam mit ihm zu entwickeln. Anhand der Ziele können dann die erforderlichen Maßnahmen abgeleitet werden, die dokumentiert und auf ihren Erfolg überprüft werden. Dies zu reflektieren setzt zunächst eine Reflexion über sich selber voraus, was in der jetzigen Form der Ausbildung nicht geleistet wird.

Ein weiteres Problem ist, daß der Prozeßgedanke in den USA an der Universität von Pflegekräften aufgegriffen und für die Pflege nutzbar gemacht wurde. In ihn fließen theoretische Annahmen verschiedener Wissenschaften, Informations-, Entscheidungsfindungs-, Motivations-, Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Systemtheorien, ein. Aufgrund der verkürzten und einseitigen Behandlung dieser Theorien in der Ausbildung kann der Pflegeprozeßgedanke erst gar nicht entfaltet noch für die pflegerische Praxis nutzbar gemacht werden. Die sich hinter den einzelnen Theorien verborgenden wissenschaftlichen Paradigmen beziehungsweise die entsprechenden Menschenbilder – Maschinenmodell versus Mensch als ganzheitliches Wesen – können nicht zugeordnet werden, was eine kritische Aneignung unmöglich macht. Ein ähnliches Schicksal ist den Pflege-theorien vorgegeben.

Schließlich sind alle grundlegenden Arbeiten zu Pflegeprozeß und Pflege-theorien in englischer Sprache verfaßt. Aufgrund der mangelnden Sprachkenntnis sind viele Krankenschwestern und -pfleger auf Übersetzungen angewiesen, mit denen es zur Zeit noch hapert. Häufig werden die Theorien allenfalls in Kurzform dargestellt, und es bleibt dem Engagement der Pflegekräfte überlassen, wieweit sie damit kritisch umgehen und Quellenstudium betreiben.

Einer der Hauptgründe für den Notstand in der Pflege ist der Bildungsnotstand. Er ist nicht nur für die Berufsgruppe problematisch, sondern vor allem für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die mangelnde Ausbildung, aber auch das Fehlen der Möglichkeit einer echten Qualifizierung sowie der nicht vorhandene Zugang zu den Hochschulen stehen einer Professionalisierung der Pflege, ihrer Emanzipation von der Medizin und den anderen wissenschaftlich ausgebildeten Berufsgruppen sowie der dringend erforderlichen Abgrenzung der professionellen von der Laienpflege im Weg. Die inhaltliche Weiterentwicklung der Pflege, das heißt, die Herausarbeitung ihres Gegenstandsberichts scheitert nicht zuletzt an der nichtwissenschaftlichen Qualifikation der Pflegekräfte. Die Standardentgegnung, daß Pflege ein „praktischer Beruf“ sei, ist in diesem Zusammenhang zynisch.

Die Hoffnungen, die der oder die einzelne mit Begriffen wie Pflegeprozeß, ganzheitlicher oder patientenorientierter Pflege im Hinblick auf eine bessere Patientenversorgung verbindet, werden bei dem Versuch einer praktischen Umsetzung sehr rasch enttäuscht werden. Der Prozeßgedanke muß sich letztlich auch in der Organisationsstruktur eines Krankenhauses niederschlagen. In den USA, die in der Entwicklung von Pflege-theorien der Bundesrepublik um 50 Jahre voraus sind, wird entsprechend eine Bezugspersonenpflege organisiert. Die Enttäuschung der Pflegekräfte rührt aber nicht zuletzt auch daher, daß aufgrund der genannten Umstände vieles unklar und beliebig bleiben muß. Die mangelnde Begrifflichkeit erschwert die Kommunikation sowohl innerhalb als auch außerhalb der Berufsgruppe. Tatsächlich fehlt bereits auf die Frage, was Pflege ist oder sein sollte, jede Antwort. Die Pflege bewahrt sich so die Unnahbarkeit einer mythischen Größe.

Nach Yura und Walsh, die 1967 mit „The Nursing Process – Assessing, Planning, Implementing, Evaluating“ das erste umfassende Buch zum Pflegeprozeß herausgegeben haben, ist der Pflegeprozeß der Kern und das Wesen der Pflege. Er ist Mittelpunkt oder Fokus allen pflegerischen Handelns, und er ist in jedem praktischen Feld und in jedem theoretischen Bezugsrahmen anwendbar. Er ist flexibel und anpassungsfähig, in vielerlei Hinsicht veränderbar und dennoch ausreichend strukturiert, um eine Grundlage systematischen pflegerischen Handelns sein zu können. Die Phasen oder Schritte des Pflegeprozesses sind identifizierbar. Sie können untersucht, analysiert und von den Pflegekräften bewußt verfolgt werden. Der Pflegeprozeß ist stets durch eine Eigenschaft bestimmt: Es handelt sich um einen organisierten, systematischen und reflektierten Prozeß.

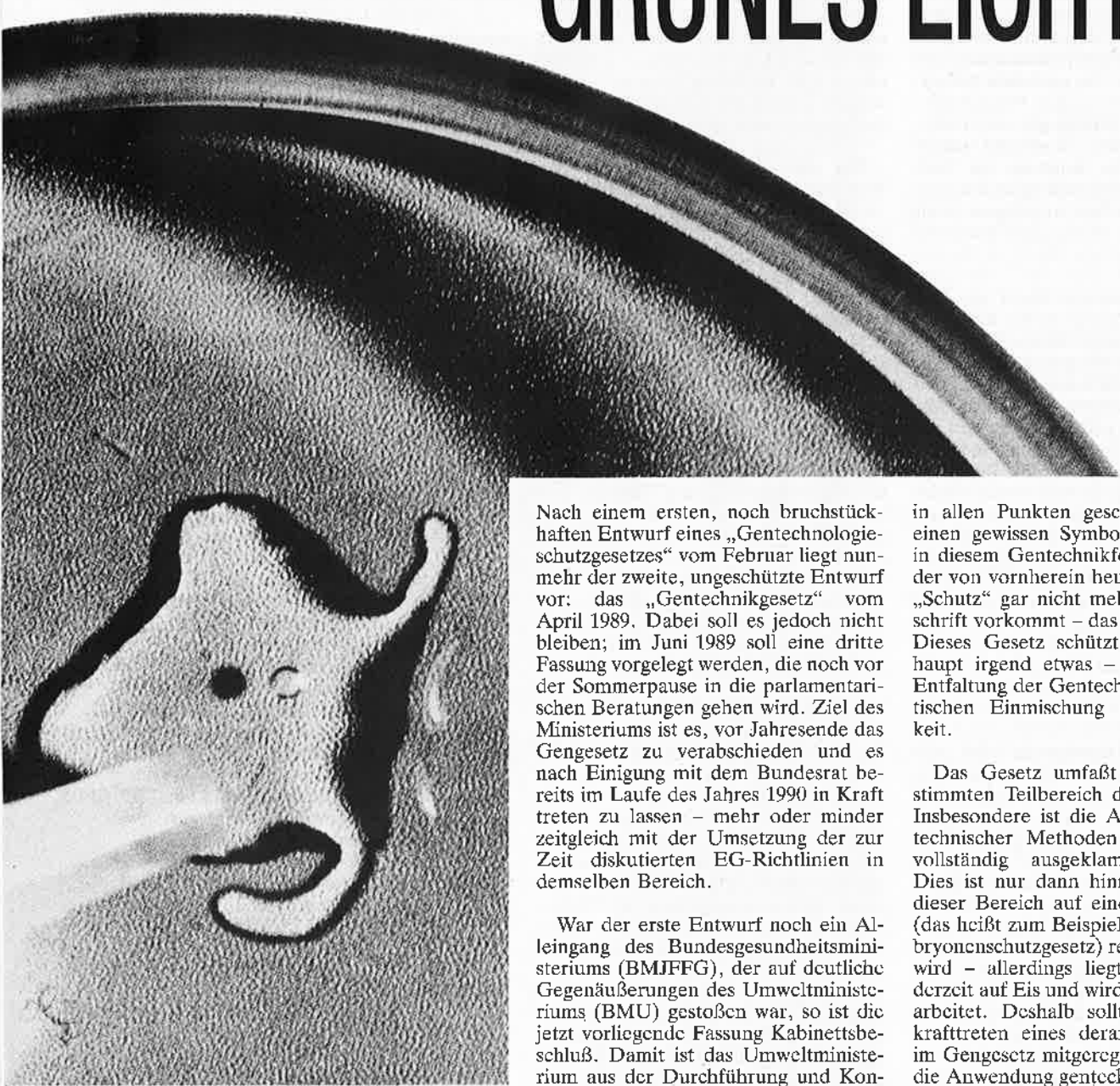
Die Hoffnung, die manche mit Begriffen wie „Pflegeprozeß“ oder „ganzheitliche Pflege“ verbinden, werden in der Praxis schnell enttäuscht

Der Begriff vom Pflegenotstand, wie er zur Zeit benutzt wird, führt in die Irre. Er ist weder geeignet, das quantitative noch das qualitative Ausmaß eines erst noch zu bestimmenden Pflegebedarfs der Gesellschaft zu beschreiben. Die Pflege als einen Prozeß zu begreifen, ist gleichermaßen Ziel wie Voraussetzung für die Neubestimmung der Pflege. Nur so wird eine generelle Veränderung des Berufsbilds und des Selbstverständnisses der Pflegekräfte zu erreichen sein. □

Maria Mischo-Kelling ist Krankenschwester und Diplom-Soziologin in Hamburg

GENGESETZ

GRÜNES LICHT



Im ersten Entwurf hieß das Ding noch „Gentechnologieschutzgesetz“. Der „Schutz ist entfallen, und das ist zumindest ehrlich: Das Gentechnikgesetz schützt – wenn irgend etwas – dann die freie Entfaltung der Gentechnik vor der kritischen Öffentlichkeit.

Ein Kommentar von Joachim

Spangenberg

Nach einem ersten, noch bruchstückhaften Entwurf eines „Gentechnologieschutzgesetzes“ vom Februar liegt nunmehr der zweite, ungeschützte Entwurf vor: das „Gentechnikgesetz“ vom April 1989. Dabei soll es jedoch nicht bleiben; im Juni 1989 soll eine dritte Fassung vorgelegt werden, die noch vor der Sommerpause in die parlamentarischen Beratungen gehen wird. Ziel des Ministeriums ist es, vor Jahresende das Gengesetz zu verabschieden und es nach Einigung mit dem Bundesrat bereits im Laufe des Jahres 1990 in Kraft treten zu lassen – mehr oder minder zeitgleich mit der Umsetzung der zur Zeit diskutierten EG-Richtlinien in demselben Bereich.

War der erste Entwurf noch ein Alleingang des Bundesgesundheitsministeriums (BMJFFG), der auf deutliche Gegenäußerungen des Umweltministeriums (BMU) gestoßen war, so ist die jetzt vorliegende Fassung Kabinettsbeschluß. Damit ist das Umweltministerium aus der Durchführung und Kontrolle der Gentechnik weitgehend ausgeschlossen worden, auch was den ökologisch besonders sensiblen Bereich der Freisetzung gentechnisch veränderter Lebewesen betrifft. Entgegen anderen, öffentlich immer wieder gern kolportierten Aussagen hatte das Töpfer-Ministerium keinerlei Einwände gegen den Ausschluß der Öffentlichkeit bei der Genehmigung von Produktionsanlagen; dieser wurde sogar ausschließlich begrüßt. Nicht der politische Ansatz, sondern die schlichte Zuständigkeit und damit Macht- und Kompetenzgerangel waren Grundlage für die Auseinandersetzung zwischen den verschiedenen Ministerien.

Der aktuelle Kabinettsentwurf zeigt: Das BMU ist mit seinen Forderungen

in allen Punkten gescheitert. Es hat einen gewissen Symbolcharakter, daß in diesem Gentechnikförderungsgesetz der von vornherein heuchlerische Titel „Schutz“ gar nicht mehr in der Überschrift vorkommt – das ist ehrlicher so. Dieses Gesetz schützt – wenn überhaupt irgend etwas – dann die freie Entfaltung der Gentechnik vor der kritischen Einmischung der Öffentlichkeit.

Das Gesetz umfaßt nur einen bestimmten Teilbereich der Gentechnik. Insbesondere ist die Anwendung gentechnischer Methoden am Menschen vollständig ausgeklammert worden. Dies ist nur dann hinnehmbar, wenn dieser Bereich auf eine andere Weise (das heißt zum Beispiel durch das Embryonenschutzgesetz) rechtlich geregelt wird – allerdings liegt dieses Gesetz derzeit auf Eis und wird nicht weiterbearbeitet. Deshalb sollte bis zum Inkrafttreten eines derartigen Gesetzes im Gengesetz mitgeregelt werden, daß die Anwendung gentechnischer Methoden am Menschen vom Zeitpunkt seiner Zeugung an sowie an menschlichen Keimbahnzellen grundsätzlich untersagt ist. Des weiteren fehlt ein Genomanalysegesetz, das die Regelung der Genomanalyse in den verschiedenen Anwendungsfeldern (Zum Beispiel in Arbeitsleben, Versicherungswirtschaft, rechtlichen Verfahren) regelt und beschränkt.

Zusätzlich zu den fehlenden Rechtsregelungen in vielen Bereichen enthält das Gesetz auch noch Lücken, die sich aus den Definitionen zu Beginn des Gesetzes ergeben. Als „geschlossene Systeme“ werden zum Beispiel solche definiert, bei denen mit technischen Maßnahmen die Freisetzung von Organismen „begrenzt“ wird – das ist auch

**In einem geschlossenen System
kann es keine Freisetzen-
gen geben. Das ist logisch. Die Bun-
desregierung hat auch Kuhställe
mit gentechnisch geimpften
Rindern zum „geschlossenen
System“ erklärt**

(nach Erklärung der Bundesregierung auf einer Anhörung zum Entwurf) der Kuhstall, in dem ein Rind steht, das mit einem gentechnisch hergestellten Lebendimpfstoff geimpft wurde. Im Klartext: Wenn aus einer Anlage technisch bedingt nicht alles, sondern nur einiges hinaustropft, handelt es sich um ein geschlossenes System.

Dabei zählt nicht die Frage, ob ein Organismus in die Umwelt gelangt oder nicht, vielmehr ist das entscheidende Kriterium, ob dies mit der Absicht geschah ihn freizusetzen oder nicht. In den obengenannten pseudogeschlossenen Anlagen, aus denen permanent Lebewesen freigesetzt werden können, kann es also keine Freisetzung geben; die aus ihnen freigesetzten Lebewesen sind nur in Kauf genommene Ausbringungen und keine gewollte Ausbringungen und deswegen keine Freisetzen. Eine derartige Kategorisierung spricht jeder ökologischen Betrachtungsweise hohn.

Diese Regelungen werden in der Praxis noch dadurch weiter durchlöchert, daß für die in die unterste Sicherheitskategorie eingestuften Organismen gar keine Einzelfallprüfung mehr erfolgt, sondern eine Pauschalgenehmigung der Anlage vorgesehen ist. Das heißt, daß eine Genehmigung nicht nur für die Dinge gilt, für die sie beantragt worden ist, sondern auch weit darüber hinaus. Eine uferlose und unkontrollierbare Ausweitung der Arbeiten ist hier problemlos möglich gemacht worden. Dabei muß laut Gesetzesvorschrift die Produktionsgenehmigung erteilt werden, sofern es nicht gelungen ist, die Unzuverlässigkeit des Betreibers nachzuweisen, und wenn Gefahren aus der Handhabung bzw. Freisetzung der betroffenen Mikroorganismen nicht bekannt bzw. Freisetzung der betroffenen Mikroorganismen nicht bekannt sind. Ein Unschädlichkeitsbeweis wird nicht verlangt – das heißt, daß in diesem Falle Unkenntnis als Sicherheitsmaßnahme anerkannt wird. So fatal die schon bei der Genehmigung von Produktionsanlagen sein kann, so unverantwortlich wird es, wenn dieser geradezu zynische Ansatz auf die Freisetzung gentechnisch veränderter Lebewesen übertragen wird.

Die Bewertung von Laborsicherheit, Sicherheitsstufen, Antragsunterlagen

et cetera obliegt der Zentralen Kommission für die biologische Sicherheit, ZKBS. Diese erhält eine Zwitterfunktion: Einerseits dient sie zur Beratung der Bundesregierung, andererseits zur „fachlichen wertfreien“ Meinungsbildung über Sicherheitsfragen. Die Kommission wird mehrheitlich aus Betreibern aus Wissenschaft, Industrie und Forschungsförderung zusammengesetzt und erhält als schmückende Beiblätter Umwelt- und Gewerkschaftsvertreter. Diese einseitige Zusammensetzung einer Kommission, die darüber hinaus noch an den Gesetzeszweck und damit an die Förderung der Gentechnik gebunden ist, ist nicht akzeptabel.

Geradezu skandalös erscheint die Tatsache, daß für alle im Zusammenhang mit der Gentechnik anfallenden Genehmigungsverfahren das Bundesgesundheitsamt (noch kürzlich durch seine Asbest-Affären unangenehm ins Gerde gekommen) zuständig sein soll; eine institutionalisierte Teilnahme von Umweltbundesamt, Biologischer Bundesanstalt und anderen Fachbehörden ist nicht vorgesehen.

Die Öffentlichkeitsbeteiligung soll bei den Produktionsanlagen auf die Gefahrenstufen 3 und 4 (das ist auf grob gerechnet ein halbes Dutzend im nächsten Jahrzehnt) beschränkt bleiben, im Bereich der Freisetzung sind wissenschaftliche Experimente von der Anhörungspflicht ausgenommen (hoffentlich wissen die Organismen, daß sie sich im Rahmen eines wissenschaftlichen Versuchs zu benehmen haben). Die Einschränkung der Öffentlichkeitsbeteiligung (die nach Ansicht der Deutschen Forschungsgemeinschaft sowieso nur einen prohibitiven Charakter hat) bei den weitaus meisten Produktionsanlagen ist ein Prozeß der strukturellen Entdemokratisierung. Wer nichts zu verbergen hat, braucht auch die Öffentlichkeit nicht zu scheuen, sagt die Bundesregierung, wenn's um das Vermummungsgebot geht.

Die bisherige Erfahrung mit Genehmigungsverfahren nach dem Bundesimmissionsschutzgesetz zeigt jedoch, daß nicht aufgrund einer querulanten Öffentlichkeit, sondern aufgrund der Nichteinhaltung geltender gesetzlicher Vorschriften durch die Industrie Verzögerungen aufgetreten sind. Wenn man jetzt versucht, die berechtigten Interessen der Öffentlichkeit auszuschalten, um so die rechtswidrige Vorgehensweise der Industrie zu legalisieren oder zumindest unauffälliger zu gestalten, so ist dies in keiner Form akzeptabel. Dazu kommt, daß die Begründungslogik völlig unreal ist: Eine öffentliche Anhörung dient dazu, Gefahreneinstufungen zu überprüfen und festzulegen. Das Ergebnis der Anhörung bereits durch die Klassifizierung vorwegzunehmen und von diesem nicht erbrachten Ergebnis der Anhörung die Tatsache abhängig zu machen, ob eine Anhörung stattfindet, ist schon eine sehr surrealistische Logik.

Anzeige:



Zytglogge

Medizin fürs Hirn.
Garantiert mit
Nebenwirkungen!

Hans A. Pestalozzi

**AUF
DIE BÄUME
IHR
AFFEN**

Zytglogge

Der neue Bestseller von
Hans A. Pestalozzi



Ging es in „Nach uns die Zukunft“ um die Subversion des bestehenden Systems, so beschreibt Pestalozzi in „Auf die Bäume ihr Affen“ die Unfähigkeit des Systems, die anstehenden Probleme wirklich zu lösen.

Ein leidenschaftliches, optimistisches Buch: Ein kompromißloses Bekenntnis zum Menschen in seiner Einmaligkeit und zum Glauben an seine Fähigkeit, autonom, selbstbestimmt zu leben.

Sachbuch mit einem Nachwort von
Al Imfeld. 352 Seiten, 29,80 DM,

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

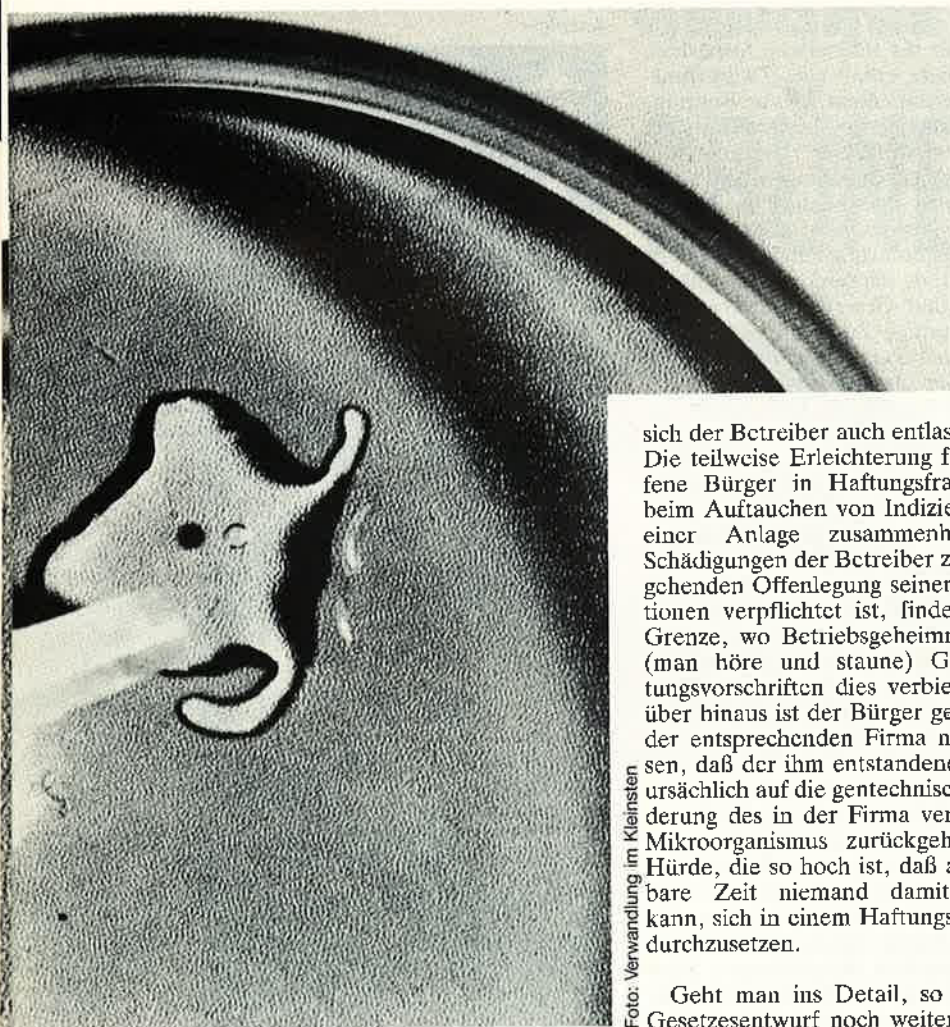


Foto: Verwandlung im Kleinsten

Die Öffentlichkeit wird aus den Genehmigungsverfahren weitestgehend herausgehalten. Wie hieß es doch beim Vermummungsverbot? Wer nichts zu verbergen hat, braucht auch die Öffentlichkeit nicht zu scheuen?

sich der Betreiber auch entlasten kann. Die teilweise Erleichterung für betroffene Bürger in Haftungsfragen, daß beim Auftauchen von Indizien für mit einer Anlage zusammenhängenden Schädigungen der Betreiber zur weitergehenden Offenlegung seiner Informationen verpflichtet ist, findet da ihre Grenze, wo Betriebsgeheimnisse oder (man höre und staune) Geheimhaltungsvorschriften dies verbieten. Darüber hinaus ist der Bürger gezwungen, der entsprechenden Firma nachzuweisen, daß der ihm entstandene Schaden ursächlich auf die gentechnische Veränderung des in der Firma verwendeten Mikroorganismus zurückgeht – eine Hürde, die so hoch ist, daß auf absehbare Zeit niemand damit rechnen kann, sich in einem Haftungsverfahren durchzusetzen.

Geht man ins Detail, so weist der Gesetzesentwurf noch weitere Mängel auf – die Grundlinie aber ist immer dieselbe: Grünes Licht für Industrie und Forschung!

So ist es nicht weiter verwunderlich, daß in der obengenannten Anhörung der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie den Entwurf begrüßte, weil er viele Chancen böte. Als positiv wurden bewertet: die vier Sicherheitsstufen, die eingeschränkte Öffentlichkeitsbeteiligung, die Konzentration der Genehmigungsverfahren, die Rolle der ZKBS, die bessere Planbarkeit der Anlage aufgrund der neuen Rechtslage. Übrig blieb nur „maßvolle“ Kritik. Warum auch kritisieren, wo doch das, was jetzt noch nicht durchgesetzt wurde, bald durch die EG-Richtlinie erlaubt sein wird.

Weiter gingen da schon die Wissenschaftler: Sie forderten die erlaubnisfreie Weitergabe von Material an Dritte, die völlige Abschaffung von Einzelfallgenehmigungen in untersten Gefahrenstufen, die völlige Abschaffung der Gefahrenstufe 1 (da diese per definitionem sicher sei), erklärten den Schutzzweck des Gesetzes für überflüssig und forderten die Streichung der entsprechenden Zielsetzung im Paragraphen 1, forderten die Benennung der ZKBS-Mitglieder (deren Rolle weiter zu stärken sei) durch den Wissenschaftsrat, oder stellten gar das Projekt eines Gengesetzes insgesamt in Frage, das die Grundlagenforschung ein-

schränke und deswegen verfassungsrechtlich bedenklich sei (Deutsche Forschungsgemeinschaft DFG, ZKBS, Arbeitsgemeinschaft der Großforschungsgemeinschaft AGF). Die Deutsche Tierärzteschaft begrüßt darüber hinaus die Definition von geschlossenen Systemen, da man sich sonst mit transgenen Nutztieren immer am Rande der Freisetzung befindet. Um die Praktikabilität zu erhöhen solle sichergestellt werden, daß auch Kuhweiden als geschlossene Systeme gelten können.

In der politischen Debatte um die Gentechnik ist bisher der Einfluß der Wissenschaft häufig unterschätzt worden. Hier sitzen echte Hardliner, die keiner Fremdsteuerung von Industrie- und der Medizin sich an die Europäische Kommission, die europäischen Minister und das Europäische Parlament gewandt hatten mit der dringenden Aufforderung, die Sicherheitsauflagen, wie sie von Umwelt- und Forschungsausschuß des Europäischen Parlaments gefordert wurden, in der Plenarberatung abzulehnen – was dann mit einer Stimme Mehrheit auch passierte. Dieses Verhalten, vorgebliche wissenschaftliche Kompetenz zu nutzen, um die politische Entscheidungsfindung im eigenen Interesse zu steuern, hat mit der vorgeblichen Neutralität der Wissenschaft nun weiß Gott nichts mehr zu tun und sollte dazu führen, daß die Rolle der Wissenschaft, die immerhin von öffentlichen Mitteln lebt, stärker ins Zentrum der Diskussion gerückt wird.

Gelegenheit dazu kann ein Kongreß im Herbst des Jahres bieten, der von Umwelt-, Verbraucher- und Landjugendverbänden sowie Bürgerinitiativen initiiert wurde und auf dem diese sowie Frauenverbände, Kirchen, Gewerkschaften, Studenten und kritische Wissenschaftler ihre Position zur Gentechnik darstellen sollen. Der Koordinierungsausschuß der Friedensbewegung ist an einer Mitwirkung ebenfalls interessiert. Es bleibt zu hoffen, daß so genügend Druck organisiert werden kann, um das Gesetz in der vorgelegten Form zu verhindern. □

Wie sehr der Trend dahinläuft, gentechnische Industrie zum selbstverwalteten Betrieb ohne staatliche Einmischung zu deklarieren, zeigen noch einige andere Indizien: So muß der Betreiber einen unerwarteten Verlauf von Produktion oder Freisetzung nur dann melden, wenn nach seiner eigenen Einschätzung eine Gefahr für Umwelt oder Menschenleben entstanden ist. Sind Gesetzesverstöße vorgekommen, so kann die zuständige Landesbehörde im Einzelfall Anordnungen treffen, die zur Beseitigung festgestellter oder zur Verhütung künftiger Verstöße gegen dieses Gesetz notwendig sind. Sie muß es jedoch nicht. Das als notwendige Voraussetzung geforderte Schutzniveau besteht darin, alle nach dem Stand der Technik möglichen Maßnahmen einzufordern – unabhängig davon (das wird gar nicht geprüft), ob der Stand der Technik ausreicht, die Sicherheit der Produktionsanlage, der Umwelt und der Bevölkerung zu gewährleisten.

Ähnliche Hintertüren öffnen sich auch im Paragraphen für das Haftungsrecht: Eine Umkehr der Beweislast, die Notwendigkeit, daß der Betreiber im Falle von Unglücken seine Unschuld nachweisen muß, findet nicht statt. Erklärungen des Bundesjustizministeriums: Es gäbe bisher einfach zuwenig Erfahrung mit Genunglücken, so daß noch nicht sicherzustellen wäre, daß

Joachim Span-
genberg ist Bio-
loge und Mitar-
beiter des SPD-
Bundestagsab-
geordneten Mi-
chael Müller

Streetwork

„Was wegtragen“

Zilch: Sie machen Streetwork in Sachen Aids über ein Modellprojekt des Bundes. Wie sind Sie auf die Idee gekommen, diese Arbeit anzunehmen?

Lange: Auf die Idee bin ich während meiner Arbeit im Tropeninstitut gekommen. Wir haben dort 1982 angefangen, uns um schwule Männer zu kümmern. Wir haben eine Hepatitisimpfung angeboten, und ich hatte Zeit, mich mit den Männern auseinanderzusetzen. Der ein oder andere mochte mich, ich bin häufig eingeladen worden, auch in die Schwulenkneipen. Ich kannte das also alles, und als dann 1986 das Modellprojekt eingerichtet wurde, habe ich mir gedacht: „Die Leute kennen dich schon und haben Vertrauen zu dir und wissen, daß du keine Kontrollfunktion ausübst. Jetzt machst du das.“ Es ist natürlich vermessend für eine Frau, weil es da um eine ganz andere Sexualität geht.

Zilch: Wie sieht Ihre Arbeit denn aus?

Lange: Es ist überwiegend Nacharbeit. Ich gehe auf die Straße, gehe in die Kneipen – das hört sich alles ein bißchen albern an – und biete mich als Gesprächspartner an. Ich falle natürlich hin und wieder raus, weil ich eine Frau bin. Ich kann nicht sagen, daß ich einfach nur ein Bier trinken will, wenn mich jemand fragt, was ich denn hier mache. Das haut nicht hin. Es kommt natürlich auch immer wieder die Frage, ob ich nicht doch kontrolliere, weil ich ja Senatsangestellte bin. Ich bin oft anderer Leute schlechtes Gewissen oder „Frau Aids“. Das ist nicht ganz einfach. Hin und wieder bin ich dankbar, daß ich mein bißchen Naivität behalten habe, sonst hätte ich die Arbeit nicht angefaßt.

Zilch: Wie gehen Sie auf die Leute zu, und was wollen Sie damit erreichen?

Lange: Am Anfang habe ich gedacht, es müsse ganz einfach Aufklärung zu Aids gemacht werden. Man würde über das Präservativ reden. Ich habe ganz schnell erkannt, daß es darum gar nicht geht, und habe inzwischen auch Schwierigkeiten mit der Aids-Aufklärung. Es ist eher eine Art Lebensberatung, die ich mache. Es geht damit los, daß sie mir erzählen, der Hund wäre gestorben oder der Vogel von der Stange gefallen, und ganz hinten kommt Aids. Ich finde das auch in Ordnung, weil ich mit ihnen nicht über Verhütungsmaßnahmen sprechen kann, wenn ich nicht weiß, wie ihr Leben überhaupt ist. Der eine sucht eine Woh-

nung, der andere braucht einen Arzt oder muß zum Sozialamt. Die Leute warten dann vor der Kneipe auf mich und fragen, ob ich nicht morgen mit zum Amt kommen kann. Da habe ich Schwierigkeiten, „nein“ zu sagen, weil da Vertrauen gewachsen ist. Ich denke, daß ich mich um sie kümmern muß. Es war mir klar, als ich die Arbeit angenommen habe, daß ich in meinem Privatleben Abstriche machen muß. Das ist einfach so, nicht wahr?

Zilch: Wo kam diese besondere Motivation bei Ihnen her?

Lange: Das kam unter anderem durch die Arbeit am Tropeninstitut. Damals, 1982, waren die Aversionen und Aggressionen gegen homosexuelle Männer noch viel stärker als heute. Das hat mich geärgert, und ich habe mir damals vorgenommen, mich um sie zu kümmern, also mich für eine Minderheit stark zu machen. Es sind Menschen und nichts anderes.

Zilch: Und wie wird Ihre Arbeit von den schwulen Männern aufgenommen?

Lange: Es ist immer wieder jemand da, der fragt, ob ich Zeit für ihn habe. Nicht alle Menschen mögen mich, und ich mag sie auch nicht alle. Aber wenn nur ein Mensch das aufgenommen hat, was wir miteinander besprochen haben, und sich verantwortungsbewußt verhält, dann ist das etwas Wahnsinniges.

Zilch: Machen Sie denn überwiegend positive oder negative Erfahrungen?

Lange: Wissen Sie, ich will in dieser Stadt nicht Mutter Theresa sein. Das ist unsinnig. Dazu bin ich zu egoistisch. Aber ich bekomme auch viel zurück, wenn mir jemand sagt, daß er mich mag, oder wenn jemand sagt: „Es ist schön, daß es dich gibt in dieser Stadt.“ Das ist der Grund dafür, daß ich immer noch weiterstrample. Trotzdem ist es eine sehr einsame Arbeit, weil ich mit niemandem über meine Erlebnisse reden kann. Da muß man ganz schön was wegtragen. □

Foto: laif



Streetwork in Sachen Aids – nichts für Frauen?

Renate Zilch sprach für dg mit der Krankenschwester und Streetworkerin Sabine Lange aus Berlin

FALL BERNBECK:

IM GLASHAUS



Foto: dpa

Würden sich die Gutachter in Behandlungsfehlerprozessen kritischer über die Arbeit ihrer ärztlichen Kollegen äußern, das Glashaus der Hierarchie, in dem man sich gut eingerichtet hat, ginge in Scherben.

Ein Kommentar von Bernd Kalvelage zum Bernbeck-Verfahren

Es geht darum, aus dem Glashaus heraus ein Urteil zu kommentieren, das im spektakulärsten Kunstfehlerprozeß der Bundesrepublik vom Landgericht Hamburg über den Orthopädieprofessor Bernbeck gefällt wurde. Drei Tage zuvor, am 5. Mai 1989, war im Memminger Schauprozess über den Gynäkologen Dr. Horst Theissen wegen „illegaler“ Abtreibung eine Freiheitsstrafe von zweieinhalb Jahren ohne Bewährung und Berufsverbot für drei Jahre verhängt worden. Bernbeck wurde zu 7000 Mark Geldstrafe wegen kunstfehlerhafter Behandlung in zwei Fällen verurteilt und in zwei weiteren Fällen freigesprochen. Beide Urteile geben Anlaß, über die Beurteilung medizinischer Sachverhalte durch Gerichte nachzudenken.

In beiden Fällen wurden die betroffenen Patientinnen und Patienten von den Gerichten ein zweites Mal gedemütigt – einmal durch die unangemessene Strenge der Beweisaufnahme und im anderen Fall durch die unverständliche Milde des Urteils und seine Begründung. Die Memminger Frauen, die mit Hilfe ihres Arztes die entwürdigende Begutachtung ihrer sozialen Notlage umgehen wollten, standen im Prozeßverlauf nun erst recht am Pranger. In Hamburg konnte der ehemalige Chefarzt quasi rehabilitiert, erhobenen Hauptes an seinen Kunstfehleropfern vorbei den Gerichtssaal verlassen.

Diese waren es, die 1984 den „Bernbeck-Skandal“, dg berichtete in 3/88, aufdeckten. Ihre Zivilcourage mußte die Zaghaftheit der Behörden, die Kumpanei der Gutachter, die Mauer des Schweigens der Hamburger Ärzte-

Mit der ärztlichen Kunst verhalte es sich wie auch sonst in der Kunst, man könne und dürfe verschiedener Auffassung sein, so ein Orthopädieprofessor vor dem Parlamentarischen Untersuchungsausschuß. Im Klartext: Erlaubt ist, was (dem Operateur) gefällt

schaft und die Arroganz des Beschuldigten überwinden. Auf Initiative der oppositionellen GAL-Fraktion hin wurde 1985 ein Parlamentarischer Untersuchungsausschuß (PUA) eingesetzt, der bedrückende Zustände in Bernbecks Abteilung offenlegte: Beweismaterial, das dem Landgericht in Form des umfangreichen PUA-Berichts vorliegen mußte.

Richter Röhse hätte diesem Dokument unter anderem entnehmen können, daß erhebliche Hygienemängel in Bernbecks OPs über viele Jahre bekannt waren, aber dennoch unverdrossen weiter operiert wurde. Klinischen und laborchemischen Hinweisen auf Wundinfektionen wurde nicht konsequent nachgegangen, Wundabstriche nur selten veranlaßt und entgegen allgemeinchirurgischer Praxis Antibiotika routinemäßig lokal verabreicht. Aus der Durchsicht von 135 Krankenakten von geschädigten Patienten ergab sich folgendes Bild:

In 11 Prozent der Fälle kein Aufnahme-Befund,
in 36/45 Prozent kein Befund oder Hinweis auf prä/postoperative Röntgenbilder,
in 30 Prozent keine präoperative Blutentnahme,
in 20 Prozent keine Dokumentation der Einwilligungserklärung zur OP,
in 22 Prozent keine Aufnahme-Diagnose,
in 22 Prozent kein OP-Bericht,
in 4 Fällen fanden sich in der Akte eines Patienten zwei völlig verschiedene OP-Berichte über die gleiche OP,
in 32 Prozent kein vorläufiger,
in 25 Prozent kein endgültiger Arztbericht.

Zugegeben, trotz mehr als 200 geschädigter Patienten, an die die Gesundheitsbehörde inzwischen 14 Millionen Mark Entschädigung zahlte, hatte das Gericht nur über die vier noch nicht verjährten Einzelfälle zu entscheiden. Aber durfte es sich dabei allein auf die professoralen Gutachter verlassen?

Der Fall Bernbeck ist von Anfang an – nachzulesen im PUA-Bericht – ein Gutachter-Skandal. In der ersten Phase der Auseinandersetzung wurden die Patienten-Klagen systematisch wegbe-gutachtet. Die von der Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern beauftragten Gutachter vollbrachten – wohl auf Grund langjähriger und einschlägiger Erfahrung – das Un-mögliche. So wurde einem Patienten nach Hüftgelenkoperation beschieden, es sei absolut notwendig gewesen, zur Verbesserung des Gehvermögens und zur Minderung der Schmerzen operative Maßnahmen durchzuführen. „Daher wurde bei Ihnen mit Ihrem Einverständnis von Prof. B. eine Versteifung des Hüftgelenks vorgenommen.“ Das „Schlecht“-Achten bestand darin, daß in diesem konkreten Fall die Dokumentation der Aufklärung, die Einwilligungserklärung, der OP-Bericht, der Anästhesiebericht sowie prä-

und postoperative Röntgenbilder fehlten.

Es scheint gutachterlicher Konsens zu sein, über solche „Kleinigkeiten“ hinwegzusehen. Kunstfehler werden zu einer Geschmacksfrage. Ein Orthopädieprofessor vor dem PUA: Mit der ärztlichen Kunst verhalte es sich wie auch sonst in der Kunst, man könne und dürfe verschiedener Auffassung sein. „Der eine mag Expressionismus, der andere lehnt ihn ab, die neuen Willen liegen manchem gar nicht, und andere begeistern sich dafür.“ Und ein anderer Gutachter und Professor meint, je erfahrener ein Operateur sei, desto größer sei sein Freiraum für eigenes Handeln. Daß die Rechtsprechung der hemmungslosen Selbstverwirklichung und Selbstherrlichkeit der Operateure zum Schutz von Patienten durchaus Grenzen gesetzt hat, wird von solchen Kunstliebhabern geflissentlich übersehen. Der PUA-Bericht dazu: „der Bundesgerichtshof hat festgestellt (BGH vom 23. 9. 80, NJW 1981, 633), daß das Wagnis einer Operation ohne vorherige ausführliche Diskussion aller für den gemeinsamen Entschluß von Patient und Arzt erheblichen Fakten bei zweifelhafter Operationsindikation mit hoher Mißerfolgsquote nicht nur in den Bereich der Aufklärungspflichtverletzung gehört, sondern schon einem ärztlichen Behandlungsfehler nahekommt.“

Die Hamburger Patienten und die Öffentlichkeit hätten nach dieser Vorgeschichte von Richter Röhse erwarten dürfen, im Bernbeck-Prozess der Spezies Gutachter mit besonderer Skepsis zu begegnen. Stand diesen doch in der Person des Angeklagten eine „Kapazität“, oder in Kunstbegriffen ausgedrückt, eine Primadonna der Orthopädie gegenüber, der das Fachgebiet – wer auch immer das ist – glaubt, viel verdanken zu müssen.

Richter Röhse folgt jedoch im schwerwiegendsten Fall, der verpfuschten X-Beinkorrektur des Nebenklägers Rainer Janke, blind den professoralen Gutachtern. Professor Bernbeck wird freigesprochen, obwohl in diesem Fall die Staatsanwaltschaft die Anklage auf „vorsätzliche schwere Körperverletzung“ erweitert hatte. Auch vor der Operation von Rainer Janke war keine rechtsverbindliche Aufklärung erfolgt, die Operation wurde in völlig atypischer Weise durchgeführt, eine Wundinfektion zu spät erkannt und behandelt. Der damals 29jährige Patient ist Vollinvalide, mehr als ein Dutzend Nachoperationen waren erforderlich. Das Gericht folgt den Gutachtern und akzeptiert das Operationsverfahren als „nicht abwegig“. Es gesteht Bernbeck einen zeitlichen Spielraum von drei Monaten zu, eine Wundinfektion zu erkennen. Das Gericht übernimmt darüber hinaus die Schutzbehauptung von Bernbeck und Gutachter-Kollegen, es sei nicht nachweisbar, daß bei rechtzeitiger Erkennung und Behandlung der

Infektion der jetzige Schaden nicht eingetreten wäre. Das Gericht verhöhnt schließlich den zum unmündigen Objekt gemachten Patienten, indem es von einer „mutmaßlichen Einwilligung“ zur Operation ausgeht, die sich aus dem zu Professor Bernbeck bekundeten Vertrauen und dem Wunsch herleite, unbedingt von seinen X-Beinen befreit werden zu wollen. Vertrauen in den behandelnden Arzt und der Wunsch, von ihm geheilt zu werden, sollen also in Zukunft dessen Aufklärungspflicht überflüssig machen?

Gegen das Urteil ist inzwischen von der Staatsanwaltschaft Revision beantragt worden. Doch auch eine weitere Verurteilung von Bernbeck zum Mengenrabattpreis von vielleicht weiteren 1000 Mark klärt nicht die unerträgliche Situation von Prozessen um Behandlungsfehler. Habilitation und autoritäres Auftreten, die per se in Kompetenz umgedeutet werden, Operationswütigkeit, die als Erfahrung und selbstherrliche Entscheidungen, die als ärztliche Kunst verkauft werden, stellen den real existierenden Bernbecks einen „ermutigenden“ Freibrief aus. Es liegt an der kritischen Öffentlichkeit, an den Mitarbeitern im Krankenhaus, aber auch an der erstarkenden Ärzteopposition, wie lange so noch im Schutz der einschüchternden Hierarchie unserer „kranken Häuser“ Halbgötter in Weiß ihre Mitarbeiter moralisch und gelegentlich ihre Patienten körperlich verkrüppeln dürfen.

Bernd Kalvelage
Ist Internist in
Hamburg

Anzeige:

Hannah Arendt Nach Auschwitz Essays & Kommentare 1



Edition
TIAMAT

Überlegungen zu den Konzentrationslagern * Antisemitismus und faschistische Internationale * Diktatur und persönliche Verantwortung * Die Eichmann-Kontroverse * Kommentare aus dem »Aufbau« * Über den Auschwitz-Prozess u.a.



Edition
TIAMAT
Grimmstr. 26 - 1000 Berlin 61

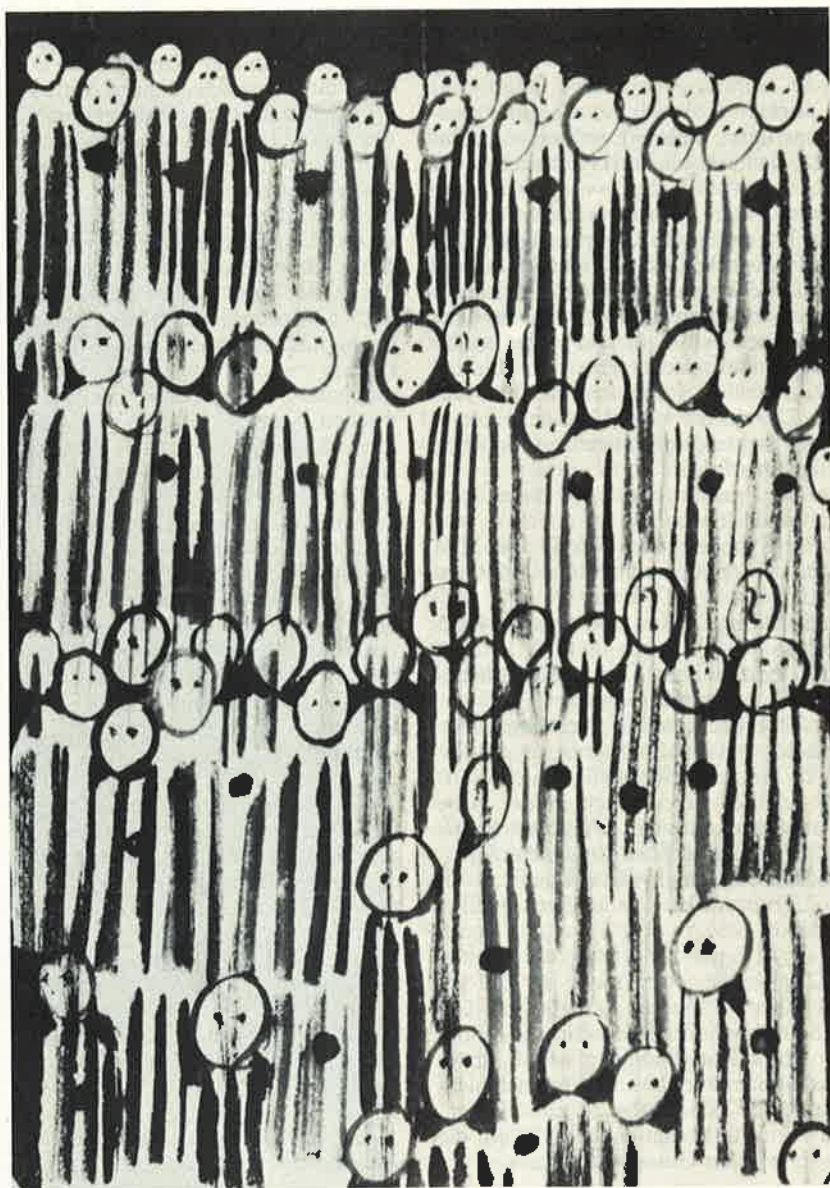
Das „Sinai-Zentrum“ – eine psychiatrische Klinik im niederländischen Amersfoort. Über einen mit Blumen, Sträuchern und Bäumen gesäumten Weg erreiche ich die Eingangstür. Eine Frau an der Rezeption bietet mir etwas zu trinken an – eine willkommene Erfrischung bei dieser Hitze. In einer Sitzcke verkürze ich mir die Wartezeit mit Zeitungslesen.

Das „Sinai-Zentrum“, die einzige jüdisch-orthodoxe Klinik in West-Europa, hat sich auf die Behandlung von Kriegs- und Verfolgungssyndromen spezialisiert. Jüdische und nicht-jüdische Patienten finden gleichermaßen Aufnahme. Die letztgenannte Gruppe macht rund 30 Prozent der Klienten, der dortige Begriff für Patienten, aus.

Die Klinik steht in der Tradition der „Centralen Vereniging voor de Joodse Geestelijke Gezondheidszorg“ von 1896, die sich dem Zweck der – wie es hieß – geistig-hygienischen Vorsorge, sozial-psychiatrischen und institutionellen Sorge, der Behandlung und Rehabilitation von geistig Gestörten, geistig Kranken und schwachsinnigen Kranken verpflichtet fühlte. Das Sinai-Zentrum trat 1960 die Nachfolge des ehemaligen jüdischen Krankenhauses in Apeldoorn an, dessen Patienten und Mitarbeiter – etwa 1100 Menschen – 1943 in deutsche Konzentrationslager deportiert und dort vernichtet wurden.

Die heutige am Stadtrand gelegene Klinik beherbergt ein Institut für psychiatrische Patienten, eine Abteilung für geistig Behinderte, eine Psychogeriatric, ein Tagesbehandlungszentrum, eine psychiatrische Poliklinik sowie eine Einrichtung für ambulante Vor- und Nachsorge. Ein Stab von Psychiatern, Psychologen, Pflegepersonal, Heilpädagogen, Milieuthérapeuten, um nur einige Berufsgruppen zu nennen, und auch ein Rabbiner kümmern sich um die Patienten.

Eine der Grundthesen im Sinai-Zentrum lautet, daß nicht die Frage nach Gesundheit oder Krankheit an erster Stelle steht. Man fragt zuerst danach: „Wie kommt es, daß sich jemand so und nicht anders verhält?“ Es geht also nicht um das Verstehen einer Krankheit, sondern um die Solidarität mit den Klienten. Hinzu kommt die jüdisch-religiöse Identität der Klinik. Jüdische Menschen mit psychischen Problemen sollen die ihnen vertraute Umgebung finden, die sie in ihrer momentanen Lage noch stärker als sonst brauchen. Jüdisch-religiöse Identität heißt auch, daß die Speisegesetze eingehalten werden, also kein Schweinefleisch gegessen wird und Milch- und Fleischprodukte getrennt zubereitet werden.



HET SINAI-ZENTRUM SPÄTFOLGEN

Das „Sinai-Zentrum“, die einzige jüdisch-orthodoxe Klinik in West-Europa, hat sich auf die Behandlung von psychischen Schäden im Krieg Verfolgter und Mißhandelter spezialisiert.

Uri Hart, Krankenschwester und Journalistin, berichtet über die Klinik

Es bedeutet, daß am Schabbat kein Strom benutzt wird, also auch nicht telefoniert werden kann. Natürlich wird in der hauseigenen Synagoge ein Gottesdienst angeboten.

Nicht zuletzt dadurch, daß die jüdischen Patienten zumeist von Glaubensgenossen behandelt werden, können sie sich einer besseren Einfühlung in ihre Probleme sicher sein. Deutsche, nicht-jüdische Fachleute wenden sich in der Regel nur zögernd dem Thema zu. Man kann sogar von Einfühlungsverweigerung sprechen. Dieser Abwehrmechanismus hinterläßt seine Spuren auch deutlich in der Terminologie: „Flüchtlingsneurose“, noch euphemistischer „Repatriierungsneurose“ hießen die Schlagwörter für Kriegs- und Verfolgungssyndrome, als ob es sich um simple Anpassungsprobleme handle. Oft fühlten sich die Antragsteller, die eine Wiedergutmachung nach dem Opferentschädigungsgesetz forderten, einer Untersuchung ausgesetzt, die sie als Fortsetzung von Verfolgung und Selektion empfanden und die häufig sogar zu einer Retraumatisierung führte.

Im Sinai-Zentrum wird durch sachkundige, verständnisvolle Begleitung versucht, daß die Opfer, zu denen auch „Zigeuner“, Homosexuelle und Zwangsarbeiter gehören, sich nun wiederholt als Opfer fühlen. Das Gefühl von Scham und „Anderssein“ soll vermindert werden. Viele Klienten haben ein sogenanntes Überlebenssyndrom, das heißt, sie fühlen sich schuldig, überlebt zu haben. Sie leiden an Depressionen, phobischen Zuständen, Alpträumen, Gedächtnisstörungen. Viele neigen dazu, sich zu isolieren, viele sind unfähig, das Geschehen zu verbalisieren.

Zum Angebot der Klinik gehören stützende und beratende kurzfristige Interventionen, aber auch langfristige Behandlungen, Analysen und Psychotherapien, die helfen sollen, die brüchige Ich-Struktur der Patienten wiederherzustellen. Da sich die Erlebnisse auch körperlich auswirken, werden Bewegungs- und Physiotherapien angeboten. Auch Musik-, Kreativ- und Spieltherapie gibt es in der Sinai-Klinik.

Ein weiterer Vorteil, durch den sich die Behandlung auszeichnet, liegt in der niederländischen psychiatrischen Versorgungsstruktur. Private Initiative

und öffentliche Bemühungen gehen ineinander über. Die Behörde schafft die notwendigen gesetzlichen, verwaltungstechnischen und finanziellen Bedingungen, die Gestaltung liegt in der Hand der weltlichen und religiösen Organisationen.

Wichtig für die Patienten ist die Überschaubarkeit des Sinai-Zentrums. Es ist keine große, anonyme Klinik. Daß Menschlichkeit an erster Stelle steht, macht sich schon durch Kleinigkeiten bemerkbar. So haben die verschiedenen Abteilungen hebräische Namen wie „Hadas“ (Myrthe) oder „Tamar“ (Palme), die den Patienten helfen sollen, sich nicht wie in einer Anstalt zu fühlen, sondern wie in einer Heimstätte. Deshalb gibt es auch eine Vielzahl von Angeboten wie gemeinsame Bootsfahrten, einwöchige Ausflüge, der Besuch kultureller Veranstaltungen.

Noch ein außergewöhnliches Element in der Sinai-Klinik: der Patientenrat. Er soll Bindeglied sein zwischen Patienten, Personal und nach außen hin der Patientenbewegung der Niederlande. Der Rat wird von den Patienten gewählt und besteht auch nur aus Patienten.

„Flüchtlingsneurose“, noch euphemistischer „Repatriierungsneurose“ hießen die Schlagwörter für Kriegs- und Verfolgungssyndrome, als ob es sich um simple Anpassungsprobleme handle

Mit dem ihm zur Verfügung stehenden Budget von rund 1400 Mark gibt er auch eine Patientenbrochure heraus: „Zwangsjacken und andere fiese Dinge wie Elektroschock sind hier unbekannt. Ein paar Isolierzellen gibt's zwar, aber da muß schon sehr wild zugehen, bis da jemand eingeschlossen wird. Der Nachdruck liegt hier bei Reden, Mitdenken, Mitfühlen, Mitarbeiten. Du sollst nicht das Gefühl haben, daß du jeck bist und deshalb in einem Jeckenhaus.“

Die Tür im Sinai-Zentrum soll allen Menschen offenstehen. Das zentrale Anliegen ist, daß jüdische Menschen nicht isoliert, nicht abgeschoben werden. Die traumatische Erfahrung des Faschismus, der Massenverfolgung und des Völkermords sind noch lebendig und wirken weiter. Wahlerfolge rechtsgerichteter Parteien in Hessen und Berlin, aber auch linker Antizionismus machen deutschen Juden Angst. Professor Gerhard Baader, Medizinhistoriker aus Berlin: „Es ist wieder so weit. Das „Aus-dem-Koffer-Leben-Gefühl“ ist wieder da. Die Linken sollen nicht glauben, daß Auschwitz durch die von ihnen kritisierte israelische Politik wettgemacht wird.“ □

Anzeige:

WECHSELWIRKUNG

7.- DM. Jg. II, 2. Quartal, Mai 89

A 8904 F Nr. 41

WECHSELWIRKUNG

TECHNIK NATURWISSENSCHAFT
GESELLSCHAFT



**Einleiten: Maßnahmen statt Dreck
Deponie Nordsee**

Uranabbau in der DDR □ Wissenschaftsladen □ Stadtverkehr
□ Immunologische Verhütung □ Fraunhofer Gesellschaft

Nr. 41, Mai 1989

Schwerpunkt:

Einleiten – Maßnahmen statt Dreck: Deponie Nordsee * Meereskiller vor Gericht – Nordsee-Tribunal * Thesen zu einer langfristigen Umweltpolitik * Lehren aus dem Robbensterben * Bleibende Werte: Schwermetalle und chlorierte Kohlenwasserstoffe * Die gesellschaftliche Relevanz der Umwelttoxikologie * Chemiepolitik: Versuch einer Standortbestimmung

Weitere Themen:

Pechblende: Uranabbau in der DDR * Zwischenbilanz nach sechs Jahren Wissenschaftsladen Gießen * Immunologische Verhütungsmittel * Menschengerechter Stadtverkehr? * Fraunhofer-Gesellschaft Probeheft für DM 4,- in Briefmarken bestellen!

**Bestellungen an WECHSELWIRKUNG
Gnonsenaustr. 2, 1000 Berlin 61
DM 7,- Einzelheft (+ Versandkosten)
DM 28,- Abonnement für 4 Hefte (Incl. Versandkosten); erscheint vierteljährlich**

Gründung der
DGVP.
In der Mitte der
Vorsitzende
Rolf Kegel

Foto: Giesen

SCHULTERSCHLUSS

100 000 Mitglieder und mehr will die am 12. Mai gegründete „Gesellschaft für Volksheilkunde, Patientenschutz und biologische Medizin“ in kürzester Zeit organisieren, um den Erhalt der Naturheilkunde politisch durchzusetzen. Im Schulterschuß mit Anwendern und Herstellern. Gibt es den auch, wenn es um den Patientenschutz geht? dg sprach mit Rolf Kegel, dem Gründer und ersten Vorsitzenden der Gesellschaft

dg: Könnten Sie uns den Namen der „Gesellschaft für Volksheilkunde, Patientenschutz und biologische Medizin“ näher erklären. Ist die Bezeichnung „Volksheilkunde“ nicht etwas anrüchig?

Kegel: Auf den Namen bin ich zwangsläufig gekommen, weil alle Vorschläge von uns beim Registeramt der Stadt Bonn, die etwas mit „Natur“, „Naturmedizin“, oder ähnlichem zu tun hatten, bereits besetzt waren. Sicherlich wird, wer will, Assoziationen zur Vergangenheit anstellen können, aber wenn es um den Bestand der Volksheilkunde im guten Sinne geht, der wird sich an dem Namen nicht stören.

dg: Wie sind Sie überhaupt auf die Idee gekommen, eine solche Gesellschaft zu gründen?

Kegel: Während der Auseinandersetzungen um das GRG haben mich Tausende von Briefen erreicht. Häufig wurde gefragt, wo man sich hinwenden könne, es gäbe viele Verbände in Bonn, aber auf die Patienten höre wohl keiner. Es gibt zwar Interessenverbände für Patienten, die irgendwo in der Provinz arbeiten. Aber wenn ich etwas bewegen will in der gesundheitspolitischen Landschaft, kann ich das nur hier in Bonn vor Ort. Und auch dann nur, wenn ich gute persönliche Kontakte zu allen Fraktionen und den gesundheitspolitischen Sprechern habe.

dg: Wodurch wird die Naturheilkunde im GRG gefährdet?

Kegel: Naturheilkundliche Anwendungen und Arzneimittel, die bis zum 31. 12. von Ersatzkassen und zum Teil von AOKs übernommen wurden, werden nicht mehr bezahlt. In Paragraph 34 steht, daß sie von der GKV über-

nommen werden können. Wir wollen, daß daraus eine Mußbestimmung wird. Und Reha-Kliniken, die nach dem biologischen Prinzip arbeiten, werden nicht mehr belegt. Wir müssen den Abgeordneten klar machen, was für ein Gesetz sie da verabschiedet haben. Und das mit der ganzen Wucht der Mitgliederzahl.

dg: Das heißt, Ihre Gesellschaft setzt sich dafür ein, daß die natürlichen Heilmethoden und -mittel von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden sollen?

Kegel: Das kommt darauf an. Wenn es zum Beispiel darum geht, die Kneippische Anwendung bei der Gruppentherapie aus der Erstattungspflicht heraus zu nehmen, wie es vorgesehen ist, kann ich für alle Mitglieder sagen, das ist eine Sauerei. Ziel kann es aber nicht sein, dafür zu kämpfen, daß alle Naturheilmittel durch die Kassen erstattet werden. Das geht schon deshalb nicht, weil die Gesellschaft Ansprechpartner und Verbündeter beispielsweise der Heilpraktiker ist. Und die nun alles wollen, nur nicht, daß ihre Behandlung von den Kassen erstattet wird.

dg: Da kann man böse vermuten, daß sie nicht kontrolliert werden wollen.

Kegel: Sie wollen ihre Selbständigkeit haben und nicht abhängig sein. Das ist doch legitim.

dg: Es widerspricht aber allen Grundsätzen von Patientenschutz, wenn ein Berufsstand mit Kranken machen kann, was er will.

Kegel: Wir richten uns daran aus, was die Bevölkerung will, und in der Bundesrepublik besuchen 12 Millionen Menschen Jahr für Jahr einen Heil-

praktiker. Da kann ich mich nicht hinstellen und sagen: „Ihr seid bekloppt, Ihr macht das verkehrt“.

dg: Die Nachfrage kann doch nicht das Kriterium für einen Patientenverband sein, sondern daß bestimmte Therapieformen und Arzneimittel nützlich und unschädlich sind. Arzneimittel, egal welcher Art, sind doch kein Konsumgut, also eines, das konsumiert werden soll.

Kegel: Für mich ist entscheidend, was der einzelne Bürger will. Wenn jemand in der Krebsbehandlung seine letzte Chance in biologischen Verfahren sieht, kann ich nicht hingehen und einen Nachweis fordern, daß die Therapie einen Erfolg bringt. Denn die chemische Therapie hat ja auch keinen Erfolg. Wer bin ich, daß ich kranke Menschen bevormunde? Wenn sie meinen, Arzneimittel konsumieren zu müssen, dann müssen sie es tun und auch die Konsequenzen daraus ziehen.

dg: Aber den Medikamentenkonsum allein der Nachfrage zu überlassen, ist doch Irrwitz. Dann wären die Patienten völlig hilflos irgendwelchen wilden Versprechungen von Herstellern und Anwendern ausgeliefert. Wenn man aber als Patientenverband zu der Auffassung gelangt, daß eine bestimmte Behandlung gut ist, muß man doch für eine Erstattung durch die GKV eintreten. Wenn sich die Heilpraktiker dagegen wehren, heißt das doch, daß man große Teile der Bevölkerung von der Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden ausnimmt, weil sie es nicht selbst bezahlen können.

Kegel: Das stimmt so nicht. Die Heilpraktiker können nach ihrem Ehrenkodex die Honorare nach der sozialen Lage der Klienten bestimmen. Ich habe noch niemand erlebt, bei dem es um existentielle Dinge ging, der aus finanziellen Gründen eine Heilpraktikerbehandlung abgebrochen hat. Und es gibt viele Möglichkeiten, das Problem zu umgehen. Zum Beispiel, daß man sich die vom Heilpraktiker verordneten Präparate vom Hausarzt verschreiben läßt.

dg: Dann ist man also auf die Gnade des Arztes und die Gnade des Heilpraktikers angewiesen.

Kegel: So fing eigentlich der Heilberuf an. Bei Hippokrates heißt es, daß diejenigen, die nichts haben auch nichts bezahlen und diejenigen, die viel haben, viel bezahlen.

dg: Auf heute übertragen heißt das, wer viel Geld hat, bleibt gesund, wer arm ist, stirbt früher.

Kegel: Das stimmt nur insofern, weil Arbeitsbedingungen, Bildung, Wissen über Gesundheit und Gesundheitsbewußtsein etwas mit Geld zu tun haben. Das gilt aber nicht für die Gesundheitsversorgung. Ich kann eine Million auf

dem Konto haben und lande beim falschen Arzt, oder ich habe nichts und gerate an den richtigen. Oder ich habe wenig Geld und pumpe es mir bei meinen Verwandten und gehe zu einem guten Heilpraktiker.

dg: Daß die gesundheitliche Versorgung einigermaßen gleich ist, liegt daran, daß es eine gesetzliche Krankenversicherung gibt, zu der der größte Teil der Bevölkerung Zugang hat. Und die Gesellschaft für Volksheilkunde, Patientenschutz und biologische Medizin sagt, „Biologische Medizin ist eine gute Sache“. Dann muß sie doch wollen, daß die GKV zahlt.

Kegel: Aber die Heilpraktiker fallen nicht unter die biologische Medizin. Der Heilpraktiker sieht sich und wird so gesehen als etwas außerhalb des Systems. Wenn deshalb Menschen nicht zum Heilpraktiker gehen können, weil sie kein Geld haben, kann ich das nicht ändern, ob ich es gut finde oder nicht. Wir müssen erst einmal dafür kämpfen, daß diese Therapieformen überhaupt bestehen bleiben. Wenn ich etwas für die Patienten erreichen will, kann ich das nur im Schulterschuß zumindest mit den Anwendern, sprich Heilpraktikern, Naturheilärzten und auch mit den Herstellern von naturheilkundlichen Mitteln.

dg: Es gibt doch einen klaren Interessengegensatz zwischen Herstellern und Patienten. Die Hersteller haben nur dann ein Interesse daran, den Nachweis zu erbringen, daß ihre Präparate nützlich, unbedenklich und preiswert sind, wenn die Verbraucher Druck ausüben, indem sie Präparate, die dies nicht nachweisen können, nicht mehr kaufen.

Kegel: Das ist ein Plädoyer für die Pharmaindustrie. Ihre Firmen sind jederzeit in der Lage, den Wirksamkeitsnachweis zu liefern und auch durch Gutachten die Unbedenklichkeit nachzuweisen. Das ist ja die Krux für natürliche Heilmittel und -methoden, daß hundert Jahre altes Erfahrungswissen beim BGA nicht berücksichtigt und der naturwissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit eingefordert wird. Ich denke, die Ansprüche an naturheilkundliche Arznei dürfen nicht gemessen werden an den Ansprüchen für chemische Präparate.

dg: Auch wenn man für andere Bewertungskriterien eintritt, ändert das zunächst doch nichts an den Interessengegensätzen zwischen Patientinnen und Patienten und den Herstellern. Wie soll denn verhindert werden, daß die Mitglieder zum billigen Werbeträger für die Hersteller werden?

Kegel: Weder die Hersteller noch die Anwender sind Mitglied, mit Ausnahme der Heilpraktiker und der Ärzte für Naturheilverfahren als Einzelpersonen. Wir werden einen Fachbeirat gründen, und alle, die sich auf dem Gebiet bew-

gen, haben die Möglichkeit, darin mitzuarbeiten und den Vorstand zu beraten. Ich denke, die Gesellschaft soll eine politische Kraft sein und nicht eine weitere Verbraucherinitiative. Es nutzt nichts, wenn ich über die Gesundheitspolitik schimpfe und mit den maßgeblichen politischen Parteien und ihren Vertretern nicht ins Gespräch komme.

dg: Welchen Kriterien sollen denn die Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen unterliegen, um als Arzneimittel zu gelten? Man muß doch im Interesse des Patientenschutzes Kriterien haben, an denen sich entscheidet, ob es sich um Arzneimittel handelt oder um bloßen Mist.

„Wer bin ich, daß ich kranke Menschen bevormunde. Wenn sie meinen, Arzneimittel konsumieren zu müssen, dann müssen sie es tun und auch die Konsequenzen daraus ziehen.“

Kegel: Aber die Gesellschaft kann keine Arzneimittelkommission sein. Allerdings gibt der von uns gegründete wissenschaftliche Beirat Handreichungen, wie das Arzneimittelgesetz in der anstehenden vierten Novelle geändert werden muß, um einen Bestand von Naturheilmitteln zu gewährleisten. Die Naturheilmittel müssen nach ihrem eigenen Kriteriengedäude bewertet werden. Aber selbst wenn wir schon dahinkämen, daß Nutzen und Risiko von Naturheilmitteln und chemischen Präparaten gleich bewertet würden, wäre einiges erreicht. In sofern nach den gleichen Kriterien, daß nicht wie zur Zeit das Risiko höher bewertet wird wie bei den chemischen Präparaten, nur weil es sich um ein Naturheilmittel handelt.

dg: Die Änderung des Arzneimittelgesetzes reicht alleine doch nicht aus. Was will ihre Gesellschaft außerdem bewirken?

Kegel: Unsere Gesellschaft kann gegenüber den Herstellern einfordern, daß sie ihre Unterlagen ordentlich dokumentieren, damit die Präparate genehmigt und erstattet werden können. Auch bei teuren Therapien kann es im Einzelfall eine Forderung der Organisation sein, jemanden aufzufordern, seine Therapie preiswürdig anzubieten. Es geht nicht darum, den Schulterschuß mit Herstellern und Anwendern in allen Bereichen zu suchen. Das wird für uns sicher noch ein Lernprozess sein, denn wir sind die ersten, die das versuchen, weil andere Verbände gescheitert sind, die eine Zusammenarbeit mit Herstellern und Anwendern abgelehnt haben.

dg: Danke für das Gespräch.

Kontakt: DGVP, Postfach 12 05 10, 5300 Bonn 1

**um – Ungewohnt scharfe Töne
bekam die Bundesärztekammer
vom Berufsverband der Internisten
zu hören. Man fühlte sich bei der
Verabschiedung der neuen Weiter-
bildungsrichtlinien für die Innere
Medizin übergangen**

Der 90. Deutsche Ärztetag beschloß 1988 eine neue Weiterbildungsordnung für Ärzte. Diese legt den Rahmen der Anforderungen fest, die zum Führen einer bestimmten Arztbezeichnung erfüllt werden müssen. Die speziellen Belange werden für jede Fachdisziplin in zusätzlichen „Richtlinien zur Weiterbildung“ festgelegt, die von jeder Landesärztekammer beschlossen werden müssen. Einen entsprechenden Entwurf für die Innere Medizin erarbeiteten die Professoren Sewering, Präsident der Bundesärztekammer von 1973 bis 1978, und Kanzow.

Im Unterschied zu den operativen Fächern sehen die Weiterbildungsrichtlinien für Internisten bislang keine Mindestzahlen für Untersuchungen, diagnostische oder therapeutische Eingriffe vor. Gefordert werden „Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen“ in den jeweiligen diagnostischen und therapeutischen Methoden. Dieses Prinzip hat sich über Jahre bewährt, läßt es doch dem in der Weiterbildung befind-

lichen Arzt und dem für die Weiterbildung Verantwortlichen ohne den Zwang zur Erfüllung von Mindestzahlen freie Hand für die Weiterbildung und erlaubt eine frühzeitige Schwerpunktsetzung. Das in sechs Jahren klinischer Weiterbildung erworbene Wissen muß dann nochmals vor dem Prüfungsausschuß der Ärztekammer dargelegt werden.

Der Entwurf von Sewering und Kanzow fordert nun, erstmals die Erfüllung bestimmter Mindestzahlen für die Zulassung zu dieser Prüfung. Sie sind willkürlich gewählt und orientieren sich im wesentlichen an den Anforderungen, die die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Kassenzulassung bestimmter Untersuchungen fordern. So wird vom internistischen Assistenzarzt die Durchführung von 75 hohen Darmspiegelungen gefordert, eine Zahl, die eine durchschnittliche Innere Abteilung insgesamt meist nicht in einem Jahr erreicht. Andererseits wird die Auswertung von 500 Elektrokardiogrammen gefordert. Diese Zahl dürfte und sollte von jedem zukünftigen Internisten um ein Vielfaches übertroffen werden. Erstaunlich auch, daß – wie zur Kassenzulassung – die Teilnahme an den für teures Geld zu besuchenden Ultraschallkursen der Ärztekammern empfohlen wird, in der Regel für den Lerneffekt wenig ergiebige Großveranstaltungen.

Diese neuen Richtlinien wurden von der Bundesärztekammer als Vorlage für die einzelnen Landesärztekammern beschlossen. Der in Wiesbaden ansässige Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) fühlte sich hierbei schlicht übergangen und übte heftige Kritik: Die Initiatoren hätten „Quantität mit Qualität verwechselt“ und „eine Entwicklung zum vermehrten Einsatz

theoretischer diagnostischer Verfahren begünstigt“. Stattdessen forderte der Berufsverband, „daß die Weiterbildungsordnung nicht die Methodik in den Mittelpunkt stellt, sondern den Patienten.“ Ungewohnte Töne für einen Berufsverband, der bislang unter anderem durch umfangreiche Tips und Schulungen zum cleveren Umgang mit dem kassenärztlichen Abrechnungsmodus EBM (einheitlicher Bewertungsmaßstab) auffiel und noch Tips über „das richtige Verhalten bei Steuerfahndungen“ erteilte.

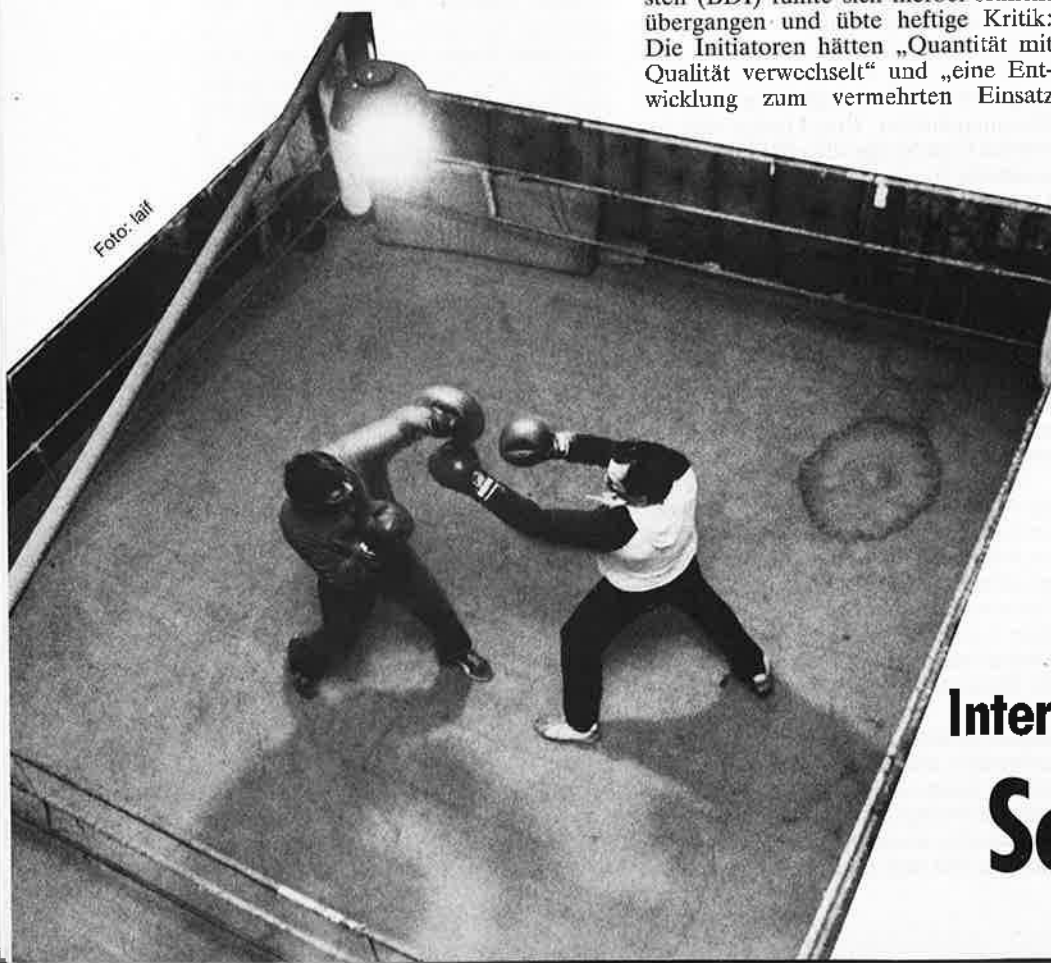
Damit nicht genug. Von dem Hannoveraner Juristen Professor Schwerdtfeger ließ der Verband ein Rechtsgutachten über die Unzulässigkeit der Mindestzahlen in der Weiterbildungsordnung erstellen und erwog auf dessen Grundlage eine Klage gegen die Bundesärztekammer. Das Gutachten basierte auf formalrechtlichen und satzungsmäßigen Vorbehalten und ging auch speziell auf eine mögliche Ausnahme der Endoskopie (Spiegelungen von Körperhöhlorganen) aus der Regelweiterbildung ein. Diese Maßnahme, die von einigen Gastroenterologen gefordert wurde, sei kein verfassungsrechtlich zulässiges Mittel. Im übrigen fehle dem Vorstand der Bundesärztekammer die Kompetenz.

So angeschossen, holzte dieser durch Dr. P. Knuth, Mitglied des Ausschusses „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer (BÄK), zurück. Die Art der Diskussion sei nicht geeignet, eine vertrauensvolle Basis für die Arbeit der Bundesärztekammer mit dem Berufsverband zu bewahren. Interessant ist aber vor allem seine Darstellung, daß 1986 durchaus Gespräche zwischen BÄK und Internisten stattgefunden und daß insbesondere auch die Gastroenterologen im Verband für die Einführung der Mindestzahlen plädiert hätten. Professor Wildmeister vom Verband versuchte zu glätten: Dem Anwurf Knuth's entnahm er, „daß die berechtigten Anliegen des Berufsverbandes Deutscher Internisten endlich anerkannt werden“. Von Klageandrohung kein Wort mehr.

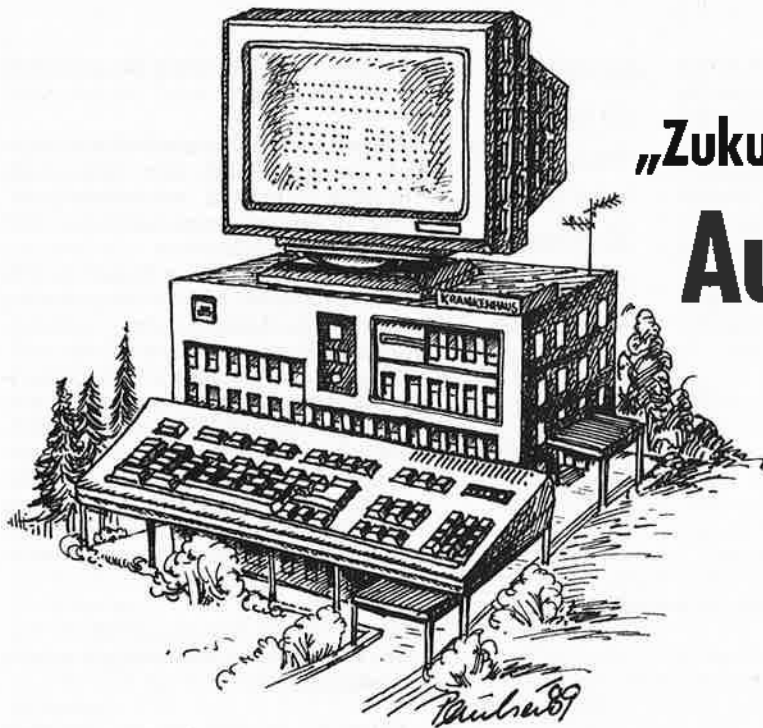
Bleibt die Frage: Wozu das ganze Theater? Wollte der BDI-Vorstand wirklich die Expansion unnötiger Eingriffe zu Lasten des Patienten vermeiden? Oder ging es ihm vornehmlich darum, der Gastroenterologen-Fraktion um den Ludwigshafener Professor Riemann die Zähne zu zeigen? Das letztere ist zu befürchten. □

**Internistenweiterbildung:
Schaukampf**

Foto: laif



Kongreß „Zukunft des Krankenhauses“ Aufgewärmtes



Über Zukunftstechniken im Krankenhaus sollte auf einem Kongreß des Gesundheitsministeriums von NRW diskutiert werden. Alte, unge löste Probleme brannten mehr auf den Nägeln

Anfang Juni führte das nordrheinwestfälische Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales eine Fachtagung zur zukünftigen Entwicklung des Krankenhauses durch. 50 Referenten wurden für die 150 gemeldeten Teilnehmer aufgebeten, um die Rolle und die Folgen der neuen Informations- und Kommunikationstechniken im Krankenhaus zu diskutieren.

Typisch war das Eröffnungsreferat der Vertreterin der Krankenpflege zum Technologiethema, der nur einfiel, daß es in den Krankenhäusern oftmals an Fahrstühlen mangelt, und die ansonsten keinen Unterschied zwischen handschriftlichen und elektronischen Aufzeichnungen sah. Im wesentlichen hatte deshalb Ministerialdirektor Affeld vom Arbeitsministerium in seinem selbstkritischen Schlußwort recht. Es schien, als hätten die Diskussionen an beiden Kongreßtagen das Tagungsthema verfehlt. Anstatt das Für und Wider der sogenannten Zukunftstechniken zu erörtern, wozu zumindest ein Teil der Referate genügend Anregungen boten, wurden alte Probleme der stationären Versorgung aufgewärmt. Das lag wohl daran, daß Pflegesätze, Pflegenotstand, Krankenhausfinanzierung und so weiter den Teilnehmern verständlicherweise stärker auf den Nägeln brannten.

Darüber hinaus spielten aber auch andere Gründe eine Rolle. Das Thema der neuen Technologien kann nicht, und das ist auch als Kongreßergebnis zu verstehen, losgelöst von den besonderen Aufgaben, Problemen und der Situation des Krankenhauses betrachtet werden. Da sich nur wenige Teilnehmer mit neuen Technologien inhaltlich auskannten, ist es auch nicht verwunderlich, daß technikbezogene Fragen in der Diskussion nur oberflächlich gestreift wurden. Immerhin sah Affeld sein Ministerium in der Pflicht, einen Beitrag zur Verringerung der technischen Wissensdefizite zu leisten.

Die Grundsatzfrage zum Krankenhaus der Zukunft wurde deutlich: Steht eine marktorientierte Krankenhausversorgung und ökonomische Krankenhausbetriebsführung im Gegensatz zu Humanität und Qualität der Patientenversorgung, oder läßt sich beides unter einen Hut bringen? Auch für den Einsatz neuer Informations- und Kommunikationstechniken stellt sich dieses Problem, denn es muß definiert werden, welchen Zwecken sie dienen sollen. In den Redebeiträgen sprach man sich mehrheitlich für den Versuch aus, Ökonomie und Humanität miteinander zu vereinbaren, räumte aber für den Konfliktfall dem Wohl des Patienten Vorrang ein. Ökonomistische Auffassungen, nach denen das Krankenhaus nach innen und nach außen genauso zu führen ist, wie jedes andere freie Unternehmen auch, waren kaum zu hören. Die Frage ist allerdings, welche Orientierung in der Krankenhauspraxis das Sagen haben wird.

Überraschenderweise bestand die einhellige Einschätzung, daß das Sammeln von Leistungsdaten im Krankenhaus faktisch nicht dem oft proklamierten Ziel dient, die Krankenhäuser bei den Pflegesatzverhandlungen in ihrer Position zu unterstützen. Die EDV-Systeme werden in diesem Zusammen-

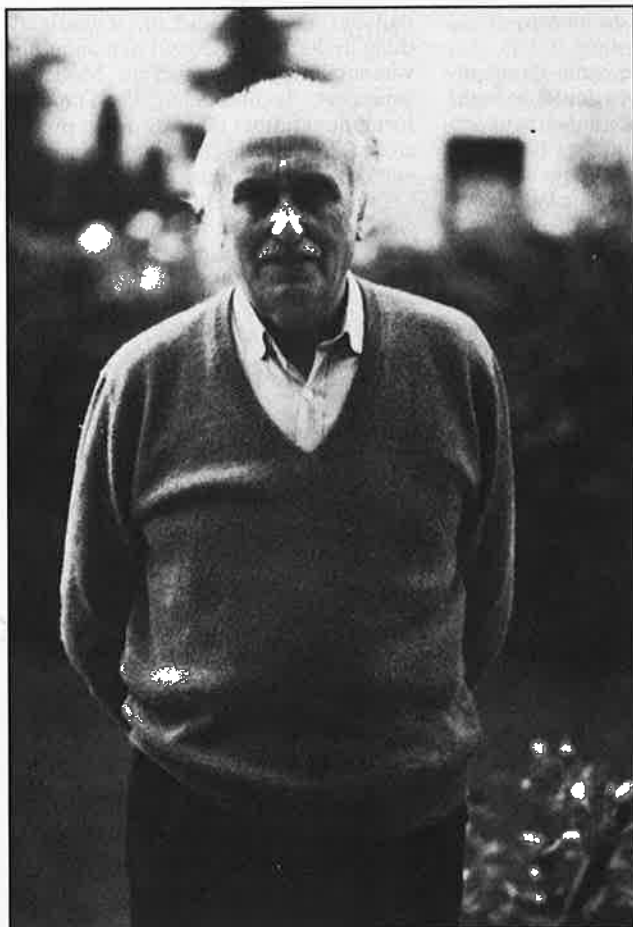
hang oft als ein Instrument zur Herstellung von mehr Transparenz eingesetzt. Kein Verwaltungsleiter und kein Vertreter der Krankenkassen widersprach der vorgetragenen Erfahrung, daß die Leistungsdaten der Krankenhäuser bei den Pflegesatzverhandlungen keine bestimmende Rolle spielen. Die Krankenkassen orientieren sich bei Pflegesatzerhöhungen primär an den Veränderungen der Grundlohnsumme. Je höhere Preise zukünftig für Krankenhausleistungen vereinbart und gezahlt werden, desto weniger interessiert die Krankenkassen deren Entstehungskosten. Auch ein Autokäufer vergleicht die Preise und nicht die Produktions- und Arbeitsbedingungen beim Herstellerunternehmen. Die Transparenz des Leistungsgeschehens bekäme dann im Krankenhaus, wie bei jedem anderen Unternehmen, verstärkt den Sinn, die Kosten zu drücken, um am Markt bestehen zu können.

Zum Einsatz von EDV in der Medizin brachte Dr. Matthiesen vom Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke ein, daß der Denkstil und die Theoriebildung in der Schulmedizin sich an naturwissenschaftlich-technischen Modellen orientiert. Technologien, die Dateninformationen über den Patienten produzieren, sammeln und verfügbar machen, stoßen insofern bei der Medizin auf breite Akzeptanz. Matthiesen warnte aber davor Informationsgewinnung mit Erkenntnisbildung zu verwechseln. Ärztliches Handeln sei auch keine technische Leistung wie bei einem Ingenieur, sondern persönlich-individuelle Hilfeleistung für einen Patienten.

Schutz von Patientendaten und Mitbestimmung der Krankenhausbeschäftigten wurden im Vergleich zu den ökonomischen Fragen vom größten Teil der Tagungsteilnehmer nur oberflächlich gestreift. Die Veranstaltungsplanung schien eine wesentlich intensivere Auseinandersetzung mit diesen sozialen Fragen der Einführung neuer Technologien beabsichtigt zu haben. Gemeinhin hieß es, Datenschutz und Mitbestimmung müßten gewährleistet sein. Wie dies aber auch technisch konkret aussehen könnte, blieb über weite Strecken offen. Vielleicht hat diese Herangehensweise Methode: Mitbestimmung und Datenschutz ja – sie dürfen nur nicht stören.

CHILE

"ÖFFENTLICHE ANKLAGE"



Andreas Fach
Ist Mitglied des
VdÄÄ und ar-
beitet als Inter-
nist in einem
hessischen
Krankenhaus

Fach: Welches sind die Ziele der Arbeit von CINTRAS?

Vidal: Die Arbeit von CINTRAS konzentriert sich auf eine umfassende psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung von derzeitigen und ehemaligen politischen Gefangenen und deren betroffenen Familien. Ein weiteres Ziel ist die Vervollkommenung von psychotherapeutischen Behandlungskonzepten, die bei der Unterdrückung, unter denen Patienten und Therapeuten leben, anwendbar sind. Ein weiteres Ziel von CINTRAS ist die öffentliche Anklage jedweder Menschenrechtsverletzung in Chile. Dies erfolgt in Zusammenarbeit mit den anderen Menschenrechtsorganisationen, den fortschrittlichen Parteien und Gewerkschaften.

Fach: Folter ist eine unvorstellbare Tortur. Welche psychischen Folgen wurden beobachtet?

Vidal: Es ist sehr schwer, auf diese Frage eine einfache Antwort zu geben, da jeder Patient aufgrund seiner individuellen Erfahrungen eine eigene Antwort auf diese Frage gibt. Es gibt sehr viele verschiedene Arten der Folter und verschiedene Grade der Grausamkeit, mit der die Folter praktiziert wird. Dabei spielt nicht nur die körperliche Grausamkeit, sondern eine ganze Reihe psychischer Veränderungen eine große Rolle. Es ist keine Ausnahme, daß Gefangene auch sexuell gefoltert werden. Wir wissen auch von Vergewaltigungen, bei denen Tiere verwendet wurden. Diese Grausamkeiten und Erniedrigungen führen bei den Opfern zu großer Angst, Wut und dem Gefühl des Ausgeliefertseins. Die Gefangenen werden gezwungen, Geständnisse für Delikte zu unterschreiben, die sie niemals begangen haben. Sie werden gezwungen, Angehörige, Freunde und Kollegen zu denunzieren. Der Betroffene bekommt dadurch Schuldgefühle und empfindet sich selbst als schändlich. Die Opfer der Folter reagieren häufig mit Abwehr und Verdrängung auf die erlittenen Qualen, dieses Verhalten überwiegt auch nach der Freilassung. Neben spezifischen Symptomen wie Klaustrophobie durch die oft tagelange Isolation in schallisolierten Räumen, sexuellen Störungen wie Frigidität und Impotenz kommt es häufig zu Spätfolgen der Folter in Form von Persönlichkeitsveränderungen. Dazu gehört eine allgemeine Interesselosigkeit, Störungen der zwischenmenschlichen Kommunikation, insbesondere innerhalb der Familien der Opfer.

Fach: Wie kann CINTRAS diese Folgen behandeln?

Vidal: Es ist wichtig, die Patienten so weit zu bringen, daß sie alles erzählen können, was sie erlebt haben: die Gedanken, Gefühle und Ängste während der Folter, ob sie an ihrer politischen Meinung gezweifelt haben. Für die Verarbeitung ist wichtig, daß dies alles nicht nur dem Arzt, sondern auch anderen

Die Hilfsorganisation CINTRAS in Santiago de Chile hilft Opfern von Folter und Repression durch eine psychotherapeutische Behandlung und Familientherapie. Seit 1987 wird die Klinik von CINTRAS durch den Psychiater Dr. Mario Vidal geleitet. Andreas Fach sprach für dg mit Dr. Vidal

Personen im persönlichen Umfeld erzählt werden kann.

Fach: Verdrängen politische Gefangene ihre politischen Auffassungen nach diesen Erfahrungen, oder schaffen sie es, sich weiter zu engagieren?

Vidal: Hier gibt es sehr unterschiedliche Reaktionen. Ziel der Folter ist die Einschüchterung politisch Andersdenkender, die Entfremdung der Person von ihrer politischen Arbeit. Nahezu alle Patienten von CINTRAS werden von befreundeten politischen oder sozialen Organisationen geschickt. Meistens sind diese Leute weiterhin politisch aktiv, sonst wüßten diese Organisationen nichts von ihrem Schicksal. Die Erfahrungen von CINTRAS sind daher vermutlich nicht repräsentativ für die ganze Bevölkerung.

Fach: Welches sind die Möglichkeiten von CINTRAS, bei diesen Problemen zu helfen?

Vidal: Patienten, die zu CINTRAS kommen, können wir eine Kurztherapie über circa sechs Monate anbieten mit jeweils einer Sitzung pro Woche, also etwa 20 Sitzungen. Ziel der Therapie ist, eine normale Kommunikation mit anderen Menschen zurückzuerlangen. Wir wollen den Menschen befähigen, wieder ein selbstbestimmtes Leben zu führen, dazu muß er sich von seinen Traumata befreien. Neben dem psychischen Problem bestehen aber häufig auch physische Erkrankungen, zum Beispiel des Bewegungsapparates, die von unserer Krankengymnastin betreut werden. Die Familien politischer Gefangener und auch der Rückkehrer aus dem Exil erhalten Unterstützung von unserer Sozialarbeiterin. In Zusammenarbeit mit den Psychologen organisiert sie die Wiedereingliederung dieser Menschen in Arbeit und Gesellschaft. Dies ist aufgrund der derzeitigen schlechten Arbeits- und Lebensbedingungen in Chile notwendig. Im Rahmen einer Gruppentherapie organisieren wir einen psychologisch supervisierten Gedankenaustausch zwischen Rückkehrern aus dem Exil und Menschen, die nicht in das Exil gegangen sind. Mit der Beschäftigungstherapie behandeln wir psychisch kranke Menschen und bauen derzeit eine berufliche Bildung in handwerklichen Berufen auf, um eine selbstständige Arbeit zu ermöglichen. Dies ist notwendig, weil viele ehemalige politische Gefangene auf schwarzen Listen der Betriebe stehen und deshalb keine Arbeit erhalten.

Fach: Wieviele Patienten konnte CINTRAS bisher betreuen, und woher kommen diese Patienten?

Vidal: 1986 haben wir 60 Patienten behandeln können, 1987 waren es 80. Im Jahr 1989 haben wir 240 neue Fälle projiziert, weitere 180 Patienten, die bereits 1988 zu uns gekommen sind, werden in diesem Jahr weiter betreut. Dabei besteht eine enge Abstimmung

„Wir werden aufgrund der Aufmerksamkeit der internationalen Öffentlichkeit toleriert. Aber es hat immer wieder brutale Übergriffe gegeben“

massiven Druck von Organisationen wie der UNO, dem Roten Kreuz, der Kirche auf die Regierung möglich.

Fach: Wie kann CINTRAS in einem Land mit einer repressiven Militärdiktatur arbeiten?

Vidal: CINTRAS ist eine medizinische Einrichtung, die offiziell registriert ist und Steuern zahlen muß, obwohl sie keinerlei Gewinninteressen verfolgt. In den letzten drei Jahren wurden wir, wie die anderen Hilfsorganisationen, aufgrund der Aufmerksamkeit der internationalen Öffentlichkeit toleriert, unsere Arbeit wurde nicht eingeschränkt. Wir wissen aber, daß unser Telefon abgehört und unser Haus durch den Geheimdienst beobachtet wird. In der Vergangenheit sind allerdings immer wieder brutale Übergriffe der Militärdiktatur erfolgt, so auf Jose Manuel Parrada, Mitglied des Solidaritätsvikariats, der mit zwei anderen Chilenen ermordet wurde.

Fach: Welche Aktivitäten entwickelt CINTRAS im Rahmen der politischen Opposition?

Vidal: Ein ganz wesentliches Ziel der Arbeit von CINTRAS ist die Anklage von Menschenrechtsverletzungen und der Kampf für Demokratie in unserem Land. Daher sind die Patienten für uns keine klinischen Fälle, vielmehr müssen wir in der derzeitigen politischen und sozialen Situation in Chile mit ihnen gegen die Repression kämpfen. Auch nach einer möglichen Demokratisierung Chiles werden viele Probleme bleiben. Dies zeigt das Beispiel von Argentinien und Uruguay. Viele politische Gefangene werden nach ihrer Freilassung unsere Aufmerksamkeit erfordern, so wie viele Angehörige „Verschwundener“ erst nach vielen Jahren zu CINTRAS kamen.

Kontaktadresse: Juan Beltran, Arbeitsgruppe CINTRAS, Am Warthum 39, 6457 Maintal 2

Unterstützung für CINTRAS über medico international in Frankfurt, Spendenkonto 6 999-5 08.
Stichwort: CINTRAS, Postgiroamt Köln, BLZ 370 100 50

und Koordination zwischen den verschiedenen im Bereich Salud mental tätigen Organisationen. Dies gilt auch für die Behandlung von Patienten in den Gefängnissen. Eine offizielle Erlaubnis dafür wird nur in den seltensten Fällen gegeben. Eine menschlichere Behandlung politischer Gefangener war und ist nur durch

Anzeige:

EL SALVADOR

ARENA des Todes

„Matanza“, das große Schlachten, so hieß der Feldzug der salvadorianischen Militärdiktatur (1932) gegen die aufständischen Bauern, der nur wenige Wochen dauerte und unter Aufsicht der vor der Küste stationierten britischen und US-amerikanischen Kanonenboote

35 000 TOTE

hinterließ. — „Warum sollten wir eingreifen“, so der damals kommandierende US-Offizier, „die Regierung hatte doch die Entwicklung fest im Griff.“

70 000 TOTE

sind das vorläufige Endergebnis der christdemokratischen Regierung Napoleon Duarte. Ermordet durch »Todesschwadronen«, bei Flächenbombardements und Massakern der Streitkräfte im Rahmen des US-gestützten Krieges, der von 1979 bis heute andauert.

Mit der rechtsextremen ARENA-Partei haben sich im März die Hintermänner der Todesschwadronen (Armee & Großgrundbesitzer) durch unrepräsentative »Wahlen« selbst an die Macht gebracht. Orlando de Sola, vom »Miami-Clan« der ARENA, redet jetzt vom »totalen Krieg«, der schnell und effektiv zum Ziel kam.

100 000 TOTE

seien innerhalb von sechs Monaten möglich. Das schreckliche Ausmaß dieses staatlich lizenzierten Tötens läßt sich somit jetzt erahnen. Laut wird innerhalb der TODOS-ARENA auch schon darüber nachgedacht, daß zur vollständigen »Ausradierung« der politischen Opposition

200 000 TOTE

notwendig seien: Mitarbeiter von Gewerkschaften, Flüchtlingskommissionen, Genossenschaften, Anwaltskanzleien, Krankenhäusern, Universitäten und Menschenrechtsorganisationen.

Mit den »Wahlen für den Krieg« und der Ablehnung der Friedensvorschläge der Opposition wurden dafür jetzt die Weichen gestellt. Geheime Abkommen zwischen der salvadorianischen Armee und der nicaraguanischen Contra lassen das Schlimmste befürchten: nachdem sie ihr blutiges Geschäft in Nicaragua erledigt haben, sollen Tausende von Contrasoldaten die Armee El Salvadors verstärken.

Nur die weltweite und entschlossene Teilnahme auf Seiten der geschundenen Bevölkerung El Salvadors, die in ihrer Mehrheit demonstrativ den »Wahlen« vom März 89 ferngeblieben war, kann den drohenden Massenmord verhindern.

GLEICHZEITIG RUFT MEDICO ZU SPENDEN AUF, DIE DRINGEND BENÖTIGT WERDEN, UM IN EL SALVADOR LANDESWEIT EINE MEDIZINISCHE NOTVERSORGUNGSSTRUKTUR AUFZUBAUEN.

SPENDENKONTO NR. 1800 ODER POSTGIRO SPARKASSE FRANKFURT 69 99-508 KÖLN STICHWORT »EL SALVADOR«

medico international, Obermainanlage 7 6000 Frankfurt 1, Tel. 069-4990041 / 2

Dieser Aufruf kann als Plakat sowie in Form von Handzetteln zum Verteilen auch in größeren Auflagen bei medico abgerufen werden.

Die Bundesregierung ist aufgefordert, die Entwicklungshilfe für den ARENA-STAAT sofort zu stoppen! Ihre Aufrechterhaltung dient der Ermunterung derjenigen, die die salvadorianische Todespirale fortzusetzen gedenken.

APPEL AN DIE BUNDESREGIERUNG

STOPP DER ENTWICKLUNGSHILFE FÜR EL SALVADOR
Kostenlose Unterschriftenlisten können in größeren Mengen zum Verteilen bei uns bestellt werden.

Medizin im Nationalsozialismus

22.5.43.	1.	Fussstachel	3.00. bezahlt.
27.5.43.	3.	Calanca	0.50. bezahlt.
27.5.43.	3.	Falus.	0.50. bezahlt.
8.6.43.	1.	Gespt. Schädel Lindemann	10.00. bezahlt.
9.6.43.	1.	Handstachel	5.00. bezahlt.
14.7.43.	1.	Winkelstücke in Kopf u. Hals	50.00. bezahlt.
24.6.43.	1.	Stachel. Linsen. Vales	40.00. bezahlt.
7.7.43.	1.	" Kieferkugel	40.00. bezahlt.
7.7.43.	1.	Handstachel	5.00. bezahlt.
29.6.43.	30.	Schädel a. 5.00 =	150.00. bezahlt.
	1.	Stachel f. Gehörten	40.00.
28.7.43.	5.	Schädel	25.00. bezahlt.
28.7.43.	4.	raute Gelenk. Zuck.	947.00.
			→ 50.00.
28.8.43.	1.	Schädel Hudenlin (Klauer)	997.00.
28.8.43.	1.	" Hudenlin	5.00. bezahlt.

Schon 1987 wollte die Bundesärztekammer einen Schlußstrich unter die Vergangenheit ziehen. Jetzt diskutierten unter der Schirmherrschaft ihres Präsidenten, Karsten Vilmar, internationale Wissenschaftler über die medizinische Lebenswirklichkeit im Nationalsozialismus. Ein Bericht von Thomas Ruprecht

Entdämonisierung

Unter dem Titel „Gesundheitsreform und Vernichtung“ fand vom 13. bis 15. Mai in West-Berlin ein internationales wissenschaftliches Symposium zur Medizin in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus statt. Vertieft werden sollte die Ausstellung „Der Wert des Menschen“, die zum Ärztetag zusammengestellt worden war. Vorbereitung und Durchführung lagen in den Händen von Christian Pross und Götz Aly, beide bekannt durch ihre langjährigen Forschungen und kritischen Beiträge, die oft genug wider den Stachel des standespolitischen und medizinhistorischen Establishments löckten. Eingeladen hatten Ellis Huber und die Berliner Ärztekammer, die Schirmherrschaft trug – man höre und staune – die Bundesärztekammer (BÄK) und ihr Präsident Karsten Vilmar.

Es war – um es gleich vorwegzunehmen – eine denkwürdige Veranstaltung, in mehrfacher Hinsicht. Pünktlich zum 40. Geburtstag der Republik wurde zum einen ein selbstkritisch-nachdenklicher Akzent gesetzt gegen den vergeßlichen Rummel aus „patriotischen“ Reden, demokratischem Eigenlob und jenem „Aus-dem-Schatten-der-Geschichte-treten-wollen“. „Medicine – our problem“ hätte das Motto auch heißen können, in Anlehnung an die Tagung „Germany – our problem“

des Hamburger Instituts für Sozialgeschichte Mitte Juni.

Zum anderen war das Symposium ein Markstein in der standespolitischen Auseinandersetzung mit der faschistischen Vergangenheit. Zwar verweigerten immer noch fünf Landesärztekammern – Bayern, Hessen, Saarland, Rheinland-Pfalz, Westfalen-Lippe – die finanzielle Unterstützung – in eklatantem Widerspruch zu Beschlüssen der BÄK. Auch der Tagungsort war bezeichnend: Nicht wie geplant im Kongreßzentrum als Teil des Fortbildungsprogramms nach dem Ärztetag konnte das Symposium durchgeführt werden, sondern gegenüber in einem etwas abgelegenen Raum. Und schließlich gab es die Eröffnungsansprache Vilmars, der sich ganz im Stil seines berühmt-berüchtigten „Interviews“ im Deutschen Ärzteblatt vom April 1987 abermals mit der fremden Mitscherlichen Feder schmückte und ausgerechnet den Nachkriegs-Standespolitikern attestierte, die Aufarbeitung der NS-Vergangenheit initiiert zu haben, indem sie die Mittel für „Medizin ohne Menschlichkeit“ bereitstellten.

Was er freilich nicht erwähnte, ein anwesender Augen- und Ohrenzeuge aber glaubhaft schilderte, war, daß Alt-Nazi Haedenkamp als Hauptgeschäfts-

fürher der Bundesärztekammer damals zwar jene 10000 Exemplare aus dem BÄK-Säckel finanzierte, gleichzeitig aber weit mehr an privaten Spenden sammelte, um die Auflage postwendend aufkaufen und einstampfen zu lassen. Ganz zu schweigen von den internen Auseinandersetzungen um die lobenswerte jüngste Artikelserie im Deutschen Ärzteblatt, dem Kampf vieler Autoren um unentschärfted Widergabe ihrer Texte oder dem Schweigen der Redaktion zu jener antisemitischen Leserbrief-Hetze.

Dennoch – allen Halbherzigkeiten, Widerständen und Uneinsichtigkeiten zum Trotz kann es sich die BÄK nicht mehr leisten, der Auseinandersetzung jegliches Forum zu verweigern und kritische Positionen auszugrenzen. Darüber hinaus ist noch etwas, bisher kaum möglich Scheinendes, gelungen: Eine wissenschaftliche Begegnung auf internationaler Ebene zwischen jenen lange verfeimten Außenseitern der Medizingeschichte und den etablierten Fachkolleginnen und Kollegen, die sich inzwischen ebenso verdienstvoll mit der Materie beschäftigen.

Von den 22 Vorträgen, sieben davon aus dem Ausland (Polen, Israel, USA, Kanada), können hier nur einige persönliche Eindrücke geschildert werden, ein Kongreßband mit allen Vorträgen ist in Vorbereitung.

Erkenntnisleitendes Interesse der Beiträge und der über weite Strecken spannenden Diskussionen war es, jene gebetsmühlenartigen Verurteilungen und Dämonisierungen der NS-Vergangenheit endgültig zu verlassen und ein möglichst differenziertes Bild der (medizinischen) Lebenswirklichkeit im Nationalsozialismus nachzuzeichnen. Schwerpunkte waren einerseits das politische und gesellschaftliche Umfeld damaliger Ärzte (Antisemitismus, Rassenhygienebewegung, die „Krise der Medizin“ in den zwanziger und dreißiger Jahren), andererseits die naturwissenschaftliche Praxis (von Erblehre und Eugenik bis zu den Menschenversuchen im KZ) und der medizinische Alltag im Konflikt zwischen nationalsozialistischem Anspruch und Wirklichkeit. Der ärztliche Widerstand wurde am Beispiel von Julius Moses und anderer sozialpolitisch engagierter Ärzte, die sich nicht zuletzt der Militarisierung des Gesundheitswesens widersetzten, thematisiert. Zur Sprache kamen ebenso die Kontinuitäten nach 1945, wie die „Operation Paperclip“ des CIA zur Rekrutierung ehemaliger Nazi-Wissenschaftler.

Als Gesamteindruck bleibt die Erkenntnis, wie kühl und streng rational im Machtbereich Hitlers die Verwertung der Menschen nach ökonomischen und politischen Kriterien gefordert und vor allem mit Hilfe der Medizin organisiert wurde. Die produzierten Werte sollten möglichst vollständig den Großmachtinteressen Deutschlands zukom-

men, die Ausgaben für alle Reproduktionsleistungen minimiert werden. Umverteilung und Fortschritte zugunsten der „Wertvollen“, Vernichtung und „Kompostierung“ der „Wertlosen“. Das bestimmte den Alltag des Nationalsozialismus, nicht jene hinreichend bekannten „Buhmänner“ wie Mengele, Rascher, Hirt oder Voss, auch wenn zu viele zuviel von deren Untaten wußten und – schwiegen. Es war viel eher jene Modernisierung, die auch heute immer wieder gerne als Argument ins Feld geführt wird – eine Modernisierung allerdings auf Kosten all derjenigen, die den Interessen der Mehrheit und des Staates nicht gefügig zu machen waren.

Daß es dabei Reibungsverluste gab und oft – bei aller bereits praktizierten Unmenschlichkeit – immer noch ein eklatanter Widerspruch klappte zwischen gesundheitspolitischem Anspruch und Wirklichkeit, wurde vor allem deutlich bei den Vorträgen von Fridolf Kudlien, Kiel, über „Die ärztliche 'Normal'-tätigkeit im 'Dritten Reich'“ und Ulrich Knödler, Stuttgart, über „Der Kranke und sein Kontrollleur – Der vertrauensärztliche Dienst im Krieg“. Demnach gab es tatsächlich weitverbreitete Kritik an der „neumodischen“ Gesundheitspolitik und entsprechende Non-Kooperation zum Beispiel bei der Meldepflicht für „Erbkranke“ nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“.

Die oft – auch von Vilmor – angeführte Behauptung jedoch, das sei „altmodisches“ Festhalten am hippokrati-

schen Ethos gewesen, wurde zurechtgerückt: Viele Patienten mieden nämlich schon bald die Praxen besonders linientreuer Ärzte, aus Angst vor Denunziation und behördlich verordnetem Bruch der ärztlichen Schweigepflicht. Folge: Verdienstausschlag. Nicht Hippokrates, sondern der schnöde Mammon war hier also ausschlaggebend. Obwohl circa 45 Prozent aller Ärzte Parteigenossen waren, ließ deren konsequente Umsetzung der „neuen“ Gesundheitspolitik gegenüber der „Normal“-Bevölkerung sehr zu wünschen übrig. Das jedoch ermöglichte nicht nur die Fortsetzung der Vernichtungspolitik gegenüber „anerkannten“ Minderheiten, sondern stabilisierte insgesamt das System, das sonst unter Umständen frühzeitig an seiner extensiven Ausgrenzungspolitik gescheitert wäre.

Beschlossen wurde die Tagung mit einem eindringlichen Appell des Chirurgieprofessors Joseph Bogusz aus Krakau, Mitinitiator und -herausgeber der „Auschwitz-Hefte“, für das „nil nocere“ als unumstößlichen Grundsatz ärztlichen Handelns. „Was uns heute als Widersprüchlichkeit des Nationalsozialismus erscheint“, heißt es auf einer Tafel der Ausstellung „Der Wert des Menschen“, „bedingte einst seinen Erfolg: Die Verschränkung von Massenmord und Modernisierung. Die Vernichtung der einen erlaubte soziale Garantien für die anderen.“

Genau darin liegt die Brisanz der Aufarbeitung jener Zeit. Das Denkschema „Förderung der 'Produktiven', Vernachlässigung der 'Unproduktiven'“ ist nach wie vor höchst virulent, ob bei der sogenannten „Gesundheitsreform“ oder bei „praktischen Medizinethikern“ wie dem Australier Peter Singer, der zum Beispiel Behinderten das Lebensrecht abspricht. Zwar hat es nicht mehr jenen systematisch massenvernichtenden Charakter, menschliches Leid und Elend produziert es dennoch genug. „Erinnerung ist das Geheimnis der Erlösung“. □

Die bereits in Berlin gezeigte Ausstellung „Der Wert des Menschen“ soll ab sofort auf Wanderschaft gehen und kann bei der Ärztekammer Berlin angefordert werden. Dazu gibt es einen gleichnamigen Katalog, der alle Ausstellungstafeln sowie längere Aufsätze und Originalquellen zu einzelnen Aspekten enthält: Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer (Hrsg.), Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918–1945, Berlin 1989, Edition Hentrich, 352 Seiten, 32,80 Mark.

Daß die nationalsozialistische Gesundheitspolitik nicht voll durchschlagen konnte, hatte nichts mit dem Festhalten am hippokratischen Ethos zu tun. Aus Angst vor Denunziation und behördlich verordnetem Bruch der Schweigepflicht blieben linientreuen Ärzten die Patienten aus

28.7.43.	1. Stadel f. Gekörten	40.00
28.7.43.	5. Stadel	25.00 - bezahlt
28.7.43.	4. Stadel f. Gekörten. Frau.	94.00
		50.00
28.8.43.	1. Stadel f. Gekörten (Krause)	99.00
28.8.43.	1. Stadel f. Gekörten	5.00 - bezahlt

Irmgard Nippert, Die Geburt eines behinderten Kindes. Belastung und Bewältigung aus der Sicht betroffener Mütter und ihrer Familien, Stuttgart 1988. Ferdinand Enke Verlag, 32 Mark

In der sozialwissenschaftlichen Studie von Irmgard Nippert steht die Perspektive von Müttern behinderter Kinder im Vordergrund. Sie will durch ihre Untersuchung die vorurteilsbelastete, sich auch wissenschaftlich niederschlagende Sichtweise in Frage stellen, die die Auswirkungen einer irreversiblen Behinderung auf das Leben von Frauen und ihren Familien ausschließlich negativ bewerten. Bisher vorliegende Studien blenden nach Ansicht der Autorin die äußeren sozialen Schwierigkeiten und Umstände, mit denen die Mütter/Eltern sich auseinanderzusetzen hätten, weitgehend aus. Statt dessen würden die auftretenden Probleme, insbesondere beim Umgang mit professionellen Therapeuten, individualisiert, indem den betroffenen Frauen ihre angeblich bestehende Unfähigkeit, psychisch mit der Behinderung des Kindes umzugehen, angelastet werde.

Nippert hat unter den 942 Frauen beziehungsweise Familien, die sich vom 21. Mai 1984 bis zum 31. Mai 1985 am Institut für Humangenetik der Universität Münster wegen ihres Kindes beraten ließen, 130 ausgewählt. Mit 114 Frauen konnte die Autorin Interviews führen, die hohe Rate von 88,4 Prozent zeigt das Interesse der Frauen, sich zu ihrer Situation zu äußern. Von den Interviewten Frauen waren 93,9 Prozent verheiratet, lediglich 20,2 Prozent waren berufstätig.

Zutage tritt in den Interviews ein bestimmtes „Karrieremuster“ der Mütter: Alle Frauen waren bei der Nachricht, ein behindertes Kind geboren zu haben, geschockt, unabhängig, ob sie diese Information gleich nach der Geburt erhielten oder erst in den ersten Lebensmonaten des Kindes. Es folgt die belastendste Zeit der „anomischen Phase“, so Nippert, in der die Mütter/Eltern mit Gefühlen der Hilf- und Machtlosigkeit, Einsamkeit und Isoliertheit, Fremdheit, Perspektiv- und Orientierungslo-

sigkeit auf die fremde Lebenssituation reagierten, da ihre normalen Bewältigungsmuster und lebenspraktischen Erfahrungen beim Umgang mit den Problemen nun nicht mehr ausreichten und versagten. Als übereinstimmende Bewältigungsstrategie gegen diesen erfahrenen Kontrollverlust sieht Nippert das Bedürfnis der Mütter beziehungsweise Eltern, sich durch verschiedene Quellen – Ärzte, Literatur, andere Betroffene – zu informieren, um sich dadurch neu orientieren zu können.

Auffällig dabei ist, daß gerade Mediziner sich als wenig geeignet erwiesen haben. So kritisieren 85,1 Prozent der interviewten Frauen Zeitmangel, Unverständlichkeit der Fachsprache, wenig Einfühlungsvermögen und Arroganz der Ärztinnen und Ärzte. Allerdings könnten sich die Betroffenen, so Nippert, allmählich aufgrund des Umgangs mit ihrem Kind und der sich daraus entwickelnden eigenen Normsetzung gegen die „professionelle Dominanz“ mit ihrem „Erfahrungswissen“ zur Wehr setzen.

Neben der durch schlechte Erfahrungen eingeleiteten Infragestellung der traditionell hierarchisch organisierten Arzt-Patient-Beziehung trägt besonders die sich daraus ergebende Eigeninitiative als Reaktion auf bestehende soziale und therapeutische Versorgungsmängel zu einer neuartigen, positiven Selbsteinschätzung der meisten Frauen bei. 60,2 Prozent schätzen sich selbstbewußter als vor der Geburt des Kindes ein, während nur 14,3 Prozent sich verunsichert fühlen. Diese vorwiegend positive Selbstdefinition erklärt Nippert aus der Entwicklung von Problemlösungs- und Handlungskompetenzen der Frauen im Umgang mit ihrem Kind und der dadurch einsetzenden „Etablierung einer normalisierten Alltags- und Lebensperspektive“. Erleichternd kommt sicher hinzu, daß 77,2 Prozent der Frauen auf die Unterstützung von Eltern, Freunden und Nachbarn zurückgreifen können, 66,3 Prozent haben die Möglichkeit, ihr Kind von jemand anderem betreuen zu lassen. In einigen Ehen ließen sich partnerschaftliche Regelungen bei den Betreuungs- und Pflegemaßnahmen feststellen.

Folgt man den Ergebnissen von Nippert, so können Mütter behinderter Kinder kaum als eine „sozial, psychisch und physisch besonders benachteiligte Gruppe“ angesehen werden. Einem solchen Bild der offen thematisierten Überlastung und empfundenen Benachteiligung entsprechen bei Nippert weniger als zehn Prozent der Frauen, denen von ihren Ehemännern und ihrem sozialen Umfeld die alleinige Zuständigkeit für die Pflege und Betreuung des Kindes aufgebürdet wird. Nicht nur dieses Resultat überrascht und läßt einige Fragen offen.

Ist es nicht merkwürdig, daß der Aufbruch geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung gerade durch ein behindertes Kind forciert werden soll? Warum läßt das von der Autorin favorisierte Partnerschaftskonzept in der Familie es zu, daß lediglich 20,2 Prozent der befragten Mütter erwerbstätig waren? Und warum vernachlässigt Nippert dieses Resultat über den geringen Anteil erwerbstätiger Mütter in der Untersuchungspopulation, der „mit größter Wahrscheinlichkeit auf die zu erbringende Pflege- und Betreuungsleistung der Frauen für ihr krankes Kind zurückzuführen“ ist? Statt dessen richtet sie ihr Augenmerk auf die ehrenamtliche Arbeit von Frauen. Die aufgrund unzureichender medizinisch-therapeutischer Versorgungs- und Betreuungsangebote zwangsläufig produzierte Aktivität der Mütter wird von Nippert zu unkritisch hingenommen und nahezu euphorisch idealisiert.

Nippert selbst kommt schließlich zu dem Ergebnis, daß viele Frauen „frustriert über den Mangel an für sie akzeptablen therapeutischen und sozialen Ressourcen für ihr Kind“ seien und einen tiefgreifenden Lernprozeß durchmachen müßten. Dieses Eingeständnis eben nicht freiwilliger Eigeninitiative wird aber nicht kritisch hinterfragt. Nach meinem Verständnis sozialwissenschaftlicher Forschung sollte es aber darum gehen, wenn Mütter „aus der Not eine Tugend“ machen müssen, diese individuellen Problemlösungsstrategien von strukturellen Unzulänglichkeiten nicht auch noch als „Lösung“ zu propagieren. Denn dadurch wird sowohl den sozialen Unzulänglichkeiten als auch einem Bild der selbstlosen Mutter Vorschub geleistet.

Manuela Beetz

Dorothee Lehmann, Dagmar. Der Reife- und Lernprozeß einer Mutter und ihres mongoloiden Kindes, das heute ein selbstbewußter und lebensfroher Mensch ist, Bern, München, Wien 1988. Scherz-Verlag, 32 Mark.

Dorothee Lehmann berichtet in ihrem Buch „Dagmar“ über ihr Leben und das ihrer Familie mit der mittlerweile erwachsenen „mongoloiden“ Tochter Dagmar. Die Mutter erzählt lebendig, eindrucksvoll und oft mit viel Humor den mühsamen gegenseitigen Lern- und Reifeprozess, den sie gemeinsam mit ihrem Kind durchlebte: Oftmals in Form kleiner Episoden schildert sie ihre Erfahrungen mit der anstrengenden und leidvollen, aber auch erfolgreichen und befriedigenden Annäherung an das Wesen ihrer Tochter, das den Rahmen des „Normalen“ sprengt. Differenziert zeigt die Mutter diesen wechselhaften, ambivalenten Entwicklungsgang mit seinen vielfältigen Problemen sowie auch seine ermutigenden Erfolge auf.

Offen berichtet sie über die Verzweiflung und das insbesondere zu Anfang erfahrene Leid: Die anfängliche Realitätsverleugnung der Behinderung, der Schock bei der Konfrontation mit der unabänderlichen Wahrheit, die verzweifelte Suche nach Information, die unrealistische Hoffnung auf Heilung beziehungsweise „Normalität“, Organisationsschwierigkeiten bei der Wahrnehmung von Betreuungsangeboten, schwere lebensbedrohliche Krankheiten des Kindes, verletzende Feindseligkeit und Ablehnung durch die Umgebung, der Abbruch der Ausbildung und die Aufgabe der Berufstätigkeit, eine jahrelange depressive Erkrankung durch die ständige Überforderung.

Aber sie kann auch von der verständnisvollen und liebevollen Unterstützung durch die Familie, Bekannte, Freunde und Ärzte erzählen, von der gezielten und kompetenten Förderung ihrer Tochter durch verschiedene therapeutische Einrichtungen und Projekte und insbesondere von der Lust am Leben, die ihre Tochter hat.

Manuela Beetz

**Hildegard Demmer,
Harte Jahre – Schöne
Stunden. Perspektiven
ganzheitlicher Bela-
stungsanalyse am Bei-
spiel teilzeitarbeiten-
der Frauen, Berlin
1989. Edition Sigma,
264 Seiten, 36 Mark**

Immer wieder wurde in den letzten Jahren von sozialwissenschaftlicher Seite Kritik an den Schwächen empirischer und theoretischer Konzepte in der Belastungsforschung geübt. Die vorliegende Untersuchung – als Dissertation 1988 verfaßt – will einen Beitrag zum Abbau der Defizite leisten. Eine bislang von der Forschung vernachlässigte Gruppe wurde von Hildegard Demmer untersucht: Am Beispiel von 23 Teilzeitarbeiterinnen im Paketumschlag der Bundespost nimmt die Autorin eine Analyse des erwerbs- und gesellschaftlich-familiären Belastungsgeschehens vor. Diese ganzheitliche Belastungsanalyse zeigt deutlich auf, daß besonders bei der Untersuchung der Belastungen von Frauen die Einbeziehung des gesellschaftlich-familiären Bereichs von Bedeutung ist. Von daher ist auch das gerne als Vorbild verwendete und im Kern naturwissenschaftlich-mechanische Belastungs-/Beanspruchungskonzept in der Arbeitswissenschaft und Arbeitsmedizin zu kritisieren.

Zu den untersuchten Faktoren der Belastung zählen bei Demmer im Erwerbsbereich gegenständliche Belastungsmomente wie Unfallrisiken, Arbeitsumgebung, Arbeitsintensität, Arbeitszeit und Führungsstil, aber auch Fragen der Arbeitsplatzsicherheit und der Entlohnung. Einbezogen werden in ihre Belastungsanalyse gesellschaftliche Rahmenbedingungen und soziale Unterstützung. Die Untersuchung zeigt, daß sich die Belastungen ganz unterschiedlich je nach aktuellem und biographischem Erfahrungsuntergrund verarbeiten lassen.

Die Familiensituation der Befragten ist für arbeitende Frauen typisch. Fast alle hatten Kinder unter 15 Jahren zu versorgen und lebten mit einem Partner zusammen. An ihrem Arbeitsplatz sind sie extremen Belastungen ausgesetzt, „die Pakete sind einfach zu schwer“, so eine der befragten Frauen. Mit wenig Personal und

hoher Arbeitsintensität lassen sich bestehende Schutzvorschriften kaum einhalten. Die Folge der Überlastung sind gesundheitliche Beschwerden: „Ja, mit dem Rücken, das hab ich jetzt auch schon zweimal gehabt ..., ob das vielleicht auch von der Arbeit hier kommt, könnte sein, dieses Eintönige, dieses Bücken hier immer.“

Für die meisten der befragten Frauen ist die Arbeit in der Spätschicht die einzige Möglichkeit, Familie und Beruf zu vereinen. Es fehlen entsprechende Hilfen für die Mütter, die Möglichkeiten der Kinderbetreuung sind schlecht. Dasselbe Bild ergibt sich, wenn man sieht, wie die Befragten ihre Überstunden einteilen. Sie werden vorwiegend nach der Spätschicht, als Nachtschicht oder am Samstag abgeleistet. Familie und Beruf zu vereinbaren, fordert von den Frauen eine strikte Organisation, um die Doppelbelastung einigermaßen auffangen zu können. Zwar wurden einige der befragten Frauen durch ihre Partner entlastet, allerdings nur in geringem Maß: „So belastet wie ich, ist der mein Leben nicht.“

Spätschichtarbeiterinnen müssen oft auf vormals mögliche Freizeitaktivitäten verzichten, sie können nicht wie tagsüber Arbeitende den Feierabend nutzen. Durch die Belastung von Familie und Beruf arbeiten die Spätschichtlerinnen fast rund um die Uhr. Eine Belastung, die sich noch verstärken würde, wenn das Nachtarbeitsverbot für Frauen aufgehoben würde, wie es die Arbeitgeber fordern. Eine zusätzliche Belastung der späten Arbeitszeit ist nach Aussagen der befragten Frauen, daß sie nachts sexistischer Annäherung an Haltestellen ausgesetzt sind und Angst vor Überfällen haben.

Der finanzielle Anreiz der angelernten Schichtarbeit ist groß:

„Wenn ich von meinem erlernten Beruf ausgehe, da könnt' ich das nie verdienen“, erklärt eine der Befragten. Die Hälfte von ihnen hat eine abgeschlossene Berufsausbildung und ist unterqualifiziert beschäftigt. Zufrieden sind sie nicht mit der ausgeübten Tätigkeit, doch es bleiben wenig Möglichkeiten. Eine innerbetriebliche Weiterbildung ist meist schon aus Zeitgründen nicht drin: „14 Tage von zuhause weg, wo soll ich meine Kinder lassen?“ Eine der Befragten macht deutlich, warum dennoch die Berufstätigkeit für sie eine große Rolle spielt. „Vor allen Dingen bin ich hier erstmal unter Leuten, den ganzen Tag bist du zuhause, bis die Kinder aus der Schule kommen sowieso, ja und dann essen sie, und dann hauen sie wieder ab, ja, dann sitzt du wieder zuhause ganz alleine.“

Um ganzheitliche Lösungskonzepte umzusetzen, müssen noch einige Hindernisse überwunden werden. Die staatlichen Arbeitsschutznormen werden oft nicht befolgt, individuell-familiäre Lösungen in der Kinderbetreuung gefördert. Auch die überbetriebliche und betriebliche Interessenvertretung begrenzt sich häufig zu sehr auf die innerbetrieblichen Probleme, ohne ihre äußeren Einflußfaktoren einzubeziehen. Es ist das Verdienst von Hildegard Demmer, einen Schritt in die richtige Richtung getan zu haben und zum Vorteil der Betroffenen die Belastungen herausgearbeitet zu haben.

Verena Peykan

**Verena Peykan
ist Diplompsychologin und
promoviert zur Zeit über die
gesundheitliche Beeinträchtigung
nachtschichtarbeitender Frauen**

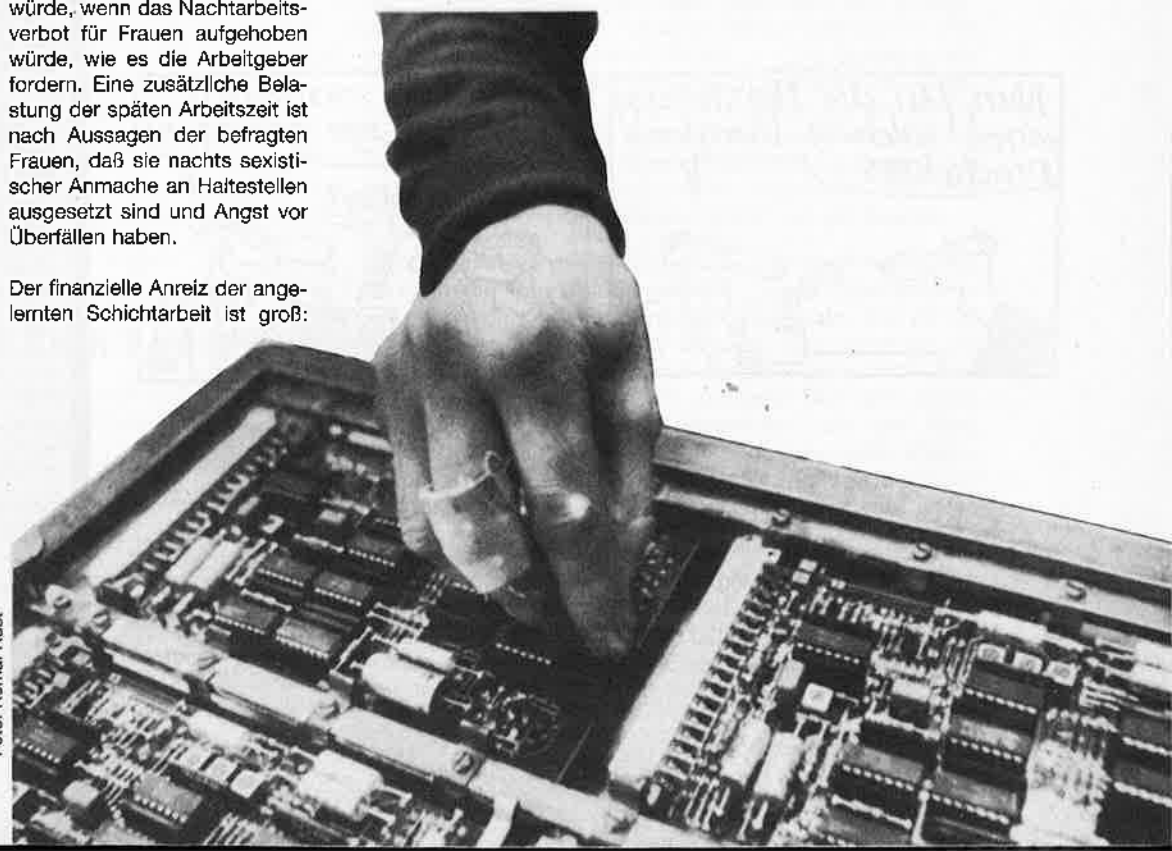


Foto: Kemal Kust



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 Skrobiles (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich Wulff (Hannover).

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

Anzeigenleitung: Pahl-Rugenstein Verlag, Kristina Steenbock, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 36 00 235.

Redaktion:

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

Ausbildung: Uschi Thaden (uth), **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 Pressgesetzes.

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. 0221/36 00 20, 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: 8 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 Septemberheft: 5. August 1989

Graphik: Renate Alf, Christian Paulsen

Titelblatt: Jaif, Verwandlung im Kleinsten, ud

Layout: Ursula Daalman, Joachim Neuschäfer

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

ISSN: 0932-5425

VIEL ZEIT UND WENIG ZEITUNG



DENKT AN DIE LEUTE IM KNAST SPENDET FREIABOS!

**Ein dg-Abo
kostet 57 DM!**

Jede Zeitungsspende ist steuerlich absetzbar!
Spenden Sie bitte auf das Konto:

Freiabonnement für Gefangene e.V. (gemeinnützig)
Berliner Volksbank, BLZ 100 900 00,
Konto-Nummer 26 011 604, Kennwort: dg

Wenn Sie eine andere Zeitung spenden wollen, nennen
Sie bitte entsprechend ein anderes Kennwort. Bitte Absender
nicht vergessen (für die Spenden-Quittung).

FREIABONNEMENT FÜR GEFANGENE E.V., DOMINICUSSTR. 3, 1000 BERLIN 62, TEL. 0 30/784 75 96

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Kennwort/Zeitung _____

KontoinhaberIn (Adresse) _____

Bank _____

Konto-Nummer _____

Bankleitzahl _____

Ich gestatte dem Verein Freiabonnement für Gefangene e.V., DM monatlich von meinem
Konto abzubuchen. Diese Erklärung wird ungültig, wenn ich sie schriftlich widerrufe.

Datum, Unterschrift _____

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Die Eiche juckt es nicht, wenn die Sau sich an ihr reibt, doch ist dg nun mal keine Eiche. Zwar ist der „Spiegel“ auch keine Sau, doch seine Ausgabe vom 5. Juni erinnerte uns an Schlamm Schlacht. Wir sind der Auffassung, daß die unter der Überschrift „Ewige Wahrheiten“ im Spiegel veröffentlichten Behauptungen eine Richtigstellung erfordern.

Da wurde in Zusammenhang mit den Auseinandersetzungen in der DKP den Erzeugnissen des Pahl-Rugenstein Verlags unterstellt, es dürfe nur jetzt nur noch „partei-
fromme Wissenschaft“ veröffentlicht werden, da sich in der DKP die Hardliner durchgesetzt und nun im Verlag eine großangelegte „Säuberungsaktion“ durchgeführt hätten. Ginge es nur darum, müßten wir uns hier nicht äußern. dg spricht da für sich selbst. Nähme man jedoch die weiteren Äußerungen des Hamburger Nachrichtenmagazins für voll, hieße dies nichts anderes, als daß wir Sie, unsere Leserinnen und Leser, über die Zukunft von dg schlichtweg belogen hätten. „Eingestellt wird das Demokratische Gesundheitswesen“, schreibt der Spiegel. Der Pahl-Rugenstein Verlag hat in einer Gegendarstellung, die dem Magazin zugeleitet wurde, richtiggestellt, daß das nicht den Tatsachen entspricht. Bei sauberer Recherche hätte der Schreiber des Artikels das aber auch vorher schon herausfinden können.

„Wir machen dem Dr.med. Mabuse, der anderen linken Zeitschrift im Gesundheitswesen, ein Angebot zur Zusammenarbeit“, hatten wir im Mai im Editorial mitgeteilt. Und genau so haben wir es auch gemacht. Der Dr.med. Mabuse hat uns daraufhin zu einer Sitzung beider Redaktionen nach Frankfurt für den August eingeladen. Für den „Spiegel“ scheint Zusammenarbeit ein Fremdwort zu sein: „Nun sollen die Abonnenten ... verkauft werden.“ Seien Sie versichert, wir werden in Zukunft weder Kühlschränke noch Menschen verkaufen.

Wie weit her es ist mit dem Bericht, läßt sich auch leicht an der Passage ablesen, die alles begründen soll: „Hauptgrund für die Finanznot bei allen Zeitschriften (die im PRV erscheinen, die Red.): die DDR hat, ... die Sperrung von Anzeigen und die Aufkündigung von Abonnements angedroht.“ Haben Sie schon einmal Anzeigen aus der DDR in dg gesehen? Wir nicht. Was unsere Abonnenten aus der DDR betrifft: Es hat seit langem keine Kündigungen gegeben, und sie wurden auch nicht „angedroht“. Die acht getreuen Einzelheftabonnenten halten uns die Stange.

Früher, schreibt der „Spiegel“, sei in Fällen finanziellen Drucks „der Mann mit dem Koffer“ – Inhalt: Geld aus Ost-Berlin“ gekommen. Einmal abgesehen davon, daß wir ihn nie gesehen haben, stellen wir uns ganz ernsthaft die Frage: Wenn alles stimmt, was der „Spiegel“ schreibt, die DDR die DKP bezahlt, DDR und/oder DKP den Verlag bezahlen und seine Linie bestimmen, und der Pahl-Rugenstein Verlag weisungsgetreu jetzt nur noch „Partei-frommes“ herausgibt, wieso eigentlich kommt dann der ominöse Mann mit dem Koffer nicht mehr? Und wieso kam er vorher?

Mit dieser kleinen Denksportaufgabe verabschieden wir uns von Ihnen bis zum September. Vielleicht lösen Sie sie im Urlaub. Wenn Sie uns dann bitte noch einen schwarzen Koffer mitbringen könnten? Einen gefüllten, versteht sich. Mit den besten Wünschen

Ihre dg-Redaktion dg⁵⁹

Psychosoziale Betreuung

PAHL-RUG . GOTTESW. 54 5000 KOELN
G 2961 E 394711 347

en

Das Handbuch bietet in 24 Einzelkapiteln Auskünfte und konkrete Hinweise für die psychosoziale Betreuung Betroffener. Inhaltliche Schwerpunkte sind die ärztliche, pflegerische und vor allem psychosoziale Versorgung der Infizierten und Erkrankten; aber auch gesundheitspolitische, rechtliche, ethische und seelsorgerische Aspekte.

Helmuth Zenz und Gabriele Manok
(Herausgeber)

AIDS-Handbuch für die psychosoziale Praxis

Mit einem Geleitwort von Rita Süßmuth



Verlag Hans Huber
Bern Stuttgart Toronto

Zenz, Helmuth / Manok, Gabriele (Hrsg.)

AIDS-Handbuch

für die psychosoziale Praxis. Mit einem Geleitwort von Rita Süßmuth. 1989, 260 Seiten, Abbildungen, Tabellen, kartoniert
Fr. 34.— / DM 39.80

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

V
4800 BIELEFELD 1

A
Dieter Bredt, Bundesanwalt
Manfred Bruns, Bundesanwalt
Dr. Martin Dannecker, Abteilung für Sexualwissenschaften im
Klinikum der Universität Frankfurt
Dr. phil. Siegfried R. Dunde, Dipl.-Psych., Dipl.-Theol., Vor-
stand der Deutschen AIDS-Stiftung «positiv leben», Bundesaus-
schuß AIDS im BDP, Mitarbeiter im BMJFFG
Justinus Fabritius, Leiter des STOP-AIDS-Projektes der AIDS-
Hilfe Köln e.V.
Dr. med. Hans Jäger, Arbeitsgruppe AIDS im Städtischen
Krankenhaus München-Schwabing
Bernadette Jäger-Collot, Dipl.-Psychologin
Gabriele Joanni, Psychosoziale Beratungsstelle der Drogenhilfe
Ulm/Alb-Donau e.V.
Edith Kellnhauser, Krankenschwester ASEd. und Leiterin der
Dokumentations-Abteilung DK 1 Düsseldorf
Dr. med. Winfried Kern, Sektion Infektionskrankheiten und
Innere Medizin III der Medizinischen Universitätsklinik und
Poliklinik Ulm
Dr. rer. nat. Gerhard Kongehl, Dipl.-Physiker, Datenschutz-
beauftragter
Dr. med. Gabi Manok, Ärztin, im Vorstand der AIDS-Hilfe Ulm
Dr. med. Hans Pohlmann, Wiss. Mitarbeiter der Abteilung
Hämostaseologie der Medizinischen Klinik Innenstadt der
Universität München
Dr. med. Eva Rozdzinski, Sektion Infektionskrankheiten und
Innere Medizin III der Med. Universitätsklinik Ulm
Barbara Schäfer, Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie
und Sozialordnung Baden-Württemberg
Prof. Dr. med. Wolfgang Schramm, Leiter der Abteilung für
Hämostaseologie der Medizinischen Klinik Innenstadt der
Universität München
Waltraud Schwendele, Dipl.-Sozialarbeiterin
Prof. Dr. med. Ernst Vanek, Leiter der Abteilung Infektions-
krankheiten der Med. Universitätsklinik Ulm
Dr. med. Heinrich Vornegut, prakt. Arzt, Sprecher des Arbeits-
kreises AIDS-Prävention
Birgit Wagener, ehem. AIDS-Betreuung e.V. Berlin
Prof. Dr. phil. Helmuth Zenz, Dipl.-Psychologe, Leiter der
Abteilung für Medizinische Psychologie der Universität Ulm

Aus dem Geleitwort von Rita Süßmuth:

«Trotz der Fülle an bereits publizierten Werken schließt das vorliegende 'AIDS-Handbuch für die psychosoziale Praxis' eine wichtige und lange übersehene Lücke. Psychologen, Sozialarbeiter, Mitarbeiter von Selbsthilfegruppen, Seelsorger und andere psychosoziale Helfer fragen längst nach einem umfassenden Vademecum für ihre konkrete Arbeit vor Ort und ihre Gespräche mit Betroffenen, Ratsuchenden und Geängstigten. Den beiden Herausgebern ist es gelungen, engagierte und kundige Fachfrauen und -männer zu gewinnen. Beim Lesen spürt man, wie sehr die Autorinnen und Autoren wissenschaftliche Akribie mit der Betroffenheit angesichts leidender und gefährdeter Menschen zu verschwistern vermochten.»



Verlag Hans Huber
Bern Stuttgart Toronto

Verlag Hans Huber GmbH, Postfach 50 11 67,
7000 Stuttgart 50, Telefon 0711-56 18 59