

dg

Demokratisches
Gesundheitswesen
Nr. 6 · Juni 1989
Einzelheft 5 Mark
G 2961 E



**PFLEGE-
NOTSTAND:**

**PFLEGE-
AUFSTAND**

**ÄRZTETAG:
HEIMSPIEL?**



**HEALTHY CITIES
99 LUFT-
BALLONS**



Sterbehilfe

MORD IM STRESS?



Lothar Evers ist Journalist und Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

S

o brauchen wir die Geschichte: Mordlustige Krankenschwestern im ehemaligen Wien, Mundpflege, „a schöne Leich“, sensational, bunt bebildert. Der Arbeitsplatz Krankenhaus auf Boulevardniveau. Brauchen wir die Geschichte wirklich so?

Wie abgestumpft sind wir eigentlich schon, daß es der Lainzer-Horror-Reportagen bedarf, uns aus unserer Alltagsroutine hochzurießen? War es nicht unsere Sensibilität, auf die wir uns immer soviel einbildeten?

Die Lainzer Ereignisse sind (vorläufiger) Höhepunkt des Euthanasie-Revivals, dem wir alle in den letzten fünf Jahren zugeschaut haben. Ostern 1984 hat es angefangen: Eröffnung der neuen Hackethal-Klinik am Chiemsee, Hackethal hat die Todeskandidatin – die Gesellschaft für Humanes Sterben das entscheidende Produktionsmittel des Tötungsgeschäfts: Zyankali. Fünf Jahre ist das erst her? Das ist schon fünf Jahre her!

„Erlösungstodhilfe“, „lebenswertes Leben“, „lebende Leichname“, Begriffe aus dem „Wörterbuch des Unmenschens“, in diesen fünf Jahren sind sie wieder aussprechbar geworden. „Verzweifelt oft, wenn da nur Unrecht war und keine Empörung.“ Wir fanden den Mann in der Wanne nicht sympathisch, Barschel, gescheiterter Exponent des gegnerischen Lagers. Mußten wir deshalb schweigen, als die DGHS zynisch das Copyright an der „Methode Badewanne“ reklamierte, als sie „Probieren geht über studieren“ und „Entscheidender Fortschritt in der Suizidforschung“ johlte? Klammheimliche Freude ja über den Tod dieses typischen Affektäters? Daß sich 2000 bis 3000 Menschen jährlich nach Anleitung der DGHS-Selbstmordbroschüre umbringen, hat DGHS-Präsident Atrott bei dieser Gelegenheit der „Zeit“ anvertraut. Und wir, die Sensiblen? Schlampig gelesen, oder war es wieder die anonyme, astronomisch hohe Zahl 2000 bis 3000, die uns schweigen ließ?

Genug gefragt, genug geklagt. In aller Kürze das Fazit: Mitleid war und ist noch immer die dezenteste Form der Abwertung und im Alltag vom Selbstmitleid nie zu trennen. Dieses Mitleid kann tödlich sein, das zeigt die Geschichte der Nazi-Psychiatrie bereits Jahre vor Lainz. Die Grenze zwischen Leben und Tod verschiebt sich in den letzten Jahren rasant. Wir waren und sind daran beteiligt. Mir scheint, wir werden die Debatte über die Abtreibung neu und anders führen müssen, jenseits des Strafrechts. Lange bevor man an Aktionen wie die Hackethals überhaupt zu denken wagte, sind in dieser Debatte Fötten zu Schmarotzern gestempelt worden. „Mein Bauch gehört mir!“ Eine Parole, nicht nur unpatriotisch, individualistisch und vereinsamend, sondern nahezu antisellschaftlich.

Zum Schluß noch zwei Briefe:

Lieber Ellis Huber,
liebe Fraktion Gesundheit,
Ihr weißt genau, wer von 1984 bis 1988 Vize-Präsidentin bei der Gesellschaft für Humanes Sterben war! Hannelore Burmeister, Mitglied Eurer „linken“ Fraktion. Qualifiziert das wirklich für den Posten als Leiterin der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung, beziehungsweise für die Mitarbeit in Eurer Ethik-Kommission, wenn man vier Jahre lang die Verantwortung für Suizidbroschüren und Zyankaliübergabe übernimmt? Wollt Ihr uns wirklich einmal mehr vorexzerieren, daß eine Krähe der anderen kein... und Aussitzen noch immer die wichtigste Voraussetzung für eine staatsmännische Karriere war?

Liebe gewerkschaftlich orientierte Krankenschwester in der Presse der letzten Wochen!

„Wenn das so weitergeht mit dem Pflegenotstand, werden solche Ereignisse wie in Wien öfter vorkommen, dann können wir für nichts mehr garantieren“, höre ich Dich sagen. Gut gesprochen, gewiß, aber wäre es nicht doch besser, wir würden den Mord an unseren Patienten etwas grundsätzlicher ausschließen?

Report

Healthy Cities
99 Luftballons 12

Standespolitik

Ärztetag
Heimspiel 18

Zähne
Ein Zipfel Freiheit 23

Pauschale oder Gehalt?
Thesen von Harald Abholz 30

Krankenpflege

„Wir wehren uns“
Der zweite Schritt 24

Arbeitsförderungsgesetz
Unzumutbar 27

Prävention

Berliner Kongress
„Gesundheitsförderung“
Mit dem Zeigefinger 28

Historisches

Lagerärzte bei Krupp
„Die letzte Instanz“ 32

Psychiatrie

Neuroleptika in der Psychiatrie
Toleranzprofis 34

Dokumente

Streichung des Paragraphen 218
Antrag der oppositionellen
Ärztinnen und Ärzte auf dem
Deutschen Ärztetag in Berlin 19

Das Urteil im Memminger Prozeß Stel-
lungnahme der Pro Familia 19

Primärprävention als Aufgabe
der Krankenkassen
Von Uwe Lenhardt
(Fortsetzung aus dg 5/89) 20

Rubriken

Echo 4
Trends 4
Glotze 10
Memo 10
Lesezeichen 36
Kölnstr. 198 39

**IN
HALT**

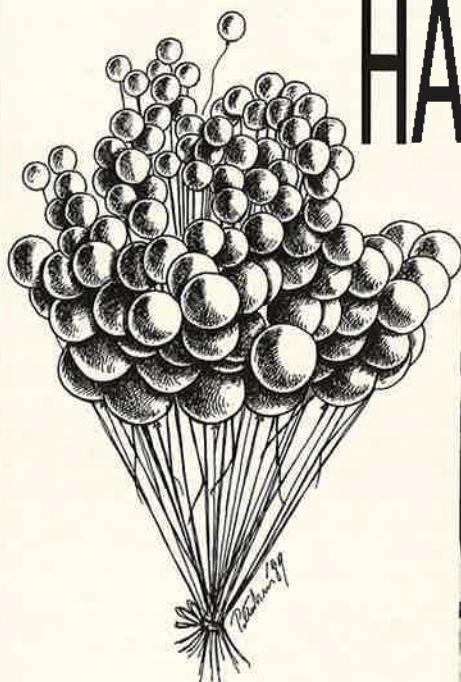


Foto: Otto

*Sind „Gesunde Städte“
mehr als eine schöne Illu-
sion? Der Report aus Bre-
men und München, die
sich dem WHO-Projekt
„Healthy Cities“ ange-
schlossen haben*

12 18

*92. Ärztetag im
rot-grünen Berlin.
Heimspiel für die
oppositionellen
Ärztinnen und Ärzte?
Winfried Beck kommen-
tiert das Spektakel*



Foto: yn

*„Wir wehren uns“ – aber wie? Unorganisierte
Schwestern und Pfleger, Angehörige des
DBfK und der Gewerkschaft ÖTV müssen
an einem Strang ziehen, meint Achim Teusch*

24



Foto: Döhrn

Reduktion

dg 12/88: „Der Natur auf der Spur, BGA stoppt Phytopharmaka“

Ein bißchen spät, aber es ging nicht anders. Hier ein paar Gedanken: Ich kann nicht verstehen, wie man den Menschen zu einem physikalisch-chemischen Prozeß reduzieren kann. Zum einen als Arzt, der es ja mit kranken Menschen, also mit Leben zu tun hat. Zum anderen als wissenschaftlich tätiger Mediziner, der wohl in den Grenzen seines Fachs befangen ist. Hat es denn Hippokrates und Paracelsus oder Einstein und Heisenberg nicht gegeben? Ist Descartes noch überall gegenwärtig?

Fazit: Es kann natürlich auch an der mangelnden Schulbildung liegen (das glaube ich aber nicht). Aber auf jeden Fall gilt: „Vorsicht, Arzt!“

JÜRGEN SEIPEL
Linden-Leihgestern

Paragraph 218: Ärztliche Dokumentation ändern

Um das Arzt-Patienten-Verhältnis zu schützen, das im Prozeß gegen Dr. Theissen in Memmingen grundsätzlich angegriffen worden sei, bestehe die Möglichkeit für Ärztinnen und Ärzte, ihre Dokumentationsweise an diese Gefahr anzupassen. Dies erklärte Ellis Huber, Präsident der Berliner Ärztekammer, in einem Interview gegenüber der „tageszeitung“. Es müsse so dokumentiert werden, daß betroffene Frauen nicht verfolgt werden könnten. Festgehalten werden müsse, daß die Sozialberatung stattgefunden habe, und die Indikationsentscheidung müsse so dokumentiert sein, daß sie für eine ärztliche Kollegin oder die Ärztin selbst wieder nachvollziehbar sei. „Für einen Richter jedoch muß sie nicht nachvollziehbar sein“, so Huber.

Datenschutz im Krankenhaus

Die Bremische Bürgerschaft hat im April ein Gesetz über den Schutz persönlicher Daten von Krankenhauspatienten verabschiedet. Damit sollen die Patienten über die vorherigen Regelungen und die Schweigepflicht hinaus datenschutzrechtlich geschützt werden. Unter anderem muß in Zukunft jede Bremer Klinik einen eigenen Datenschutzbeauftragten stellen.

Lehrstuhl Naturheilverfahren

Am 1. Oktober soll der bundesweit erste Lehrstuhl für Naturheilverfahren an der medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin eingerichtet werden. Berufen werden soll Dr. Malte Bühring aus Frankfurt. Wie der Vorsitzende des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte, Dr. Karlheinz Gebhardt, erklärte, habe die Landesregierung von Rheinland-Pfalz signalisiert, ebenfalls einen solchen Lehrstuhl als Stiftungslehrstuhl zu schaffen.

Schutzgemeinschaft für Ärzte ausländischer Abstammung

Mit dem Ziel, Gleichberechtigung gegenüber deutschen Kolleginnen und Kollegen zu erreichen, hat sich der „Verein der ausländischen und eingebürgerten Ärztinnen und Ärzte“ gegründet. Zur Zeit liegt der Schwerpunkt der Arbeit zwar in Nordrhein-Westfalen, der Verein möchte sich aber auf das gesamte Bundesgebiet ausweiten. Zu seinen Aufgaben soll die Organisation von Fortbildungen und die Beratung wegen ihrer Herkunft diskriminierter Mediziner gehören. Angestrebt werde die Zusammenarbeit mit anderen Verbänden, erfolgversprechend sei die Zusammenarbeit mit dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, wie der Vorsitzende Dr. Said Azzauí mitteilte. Interessenten erreichen den Verein der ausländischen und eingebürgerten Ärztinnen und Ärzte über Dr. Said Azzauí, Hagener Straße 428, 4600 Dortmund 50, oder über Abdo Fahridin, Fontanestraße 12, 4100 Duisburg 12.

Gesetz gegen BKK-Gründungen?

Gegen die zahlreichen Neugründungen von Betriebskrankenkassen will die Bundesregierung gegebenenfalls gesetzlich vorgehen. Dies kündigte der neue parlamentarische Staatssekretär im Bundesarbeitsministerium, Horst Seehofer (CSU), Ende April an. Seehofer erinnerte dabei alle Firmen an die Aufforderung, keine BKKs vor der Neuordnung der Krankenkassenstruktur 1991 zu gründen. Im Zweifelsfall sehe sich Bonn gezwungen, „die Rechtslage durch ein Vorschaltgesetz zu ändern, in dem schlicht und einfach festgelegt wird: Die Neugründung von Betriebskrankenkassen ist nicht möglich“, erklärte Seehofer.



Einladung zum Kaffeetrinken

Die Gewerkschaft ÖTV hat Bundesgesundheitsministerin Ursula Lehr zum Kaffeetrinken ins Krankenhaus eingeladen. Dort soll sie sich davon überzeugen, wie falsch sie mit ihren Bemerkungen zum Pflegenotstand gelegen habe. Lehr hatte vor dem Bundesfachausschuß Gesundheitspolitik der CDU geäußert, daß mehr Personal in den Kliniken nur dazu führe, daß die Schwestern in der Küche stehen und schwatzen. Nach massiven Protesten der Gewerkschaft, der Grünen und der SPD nahm Lehr ihre Äußerungen noch am gleichen Tag zurück. Es habe ihr völlig ferngelegen, „die großen Leistungen und die verantwortungsvolle und aufopferungsvolle Tätigkeit der vielen Pflegerinnen und Pfleger in irgendeiner Weise in Frage zu stellen.“

Urteile gegen Frauen-diskriminierung

Wenn ein Arbeitgeber Stellenbewerber wegen des Geschlechts ablehnt, kann ein Anspruch auf finanzielle Entschädigung geltend gemacht werden. Dies hat das Bundesarbeitsgericht (BAG) in Kassel am 14. März entschieden und einer Klägerin ein Monatsgehalt als Entschädigung zugesprochen. Sie war als Bewerberin für eine Stelle in einem Tierheim abgelehnt worden, weil die Tätigkeit dort im Nachtdienst für eine Frau gefährlich sei. Das BAG berief sich auf eine Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs vom April 1984. Danach seien Arbeitgeber grundsätzlich verpflichtet, im Falle einer Ablehnung wegen des Geschlechts, den sogenannten immateriellen Schaden zuersetzen, der über die entstehenden Porto- und Bewerbungskosten hinausgehe. (BAG-Urteil Aktenzeichen 8 AZR 447/87)

Unzulässig ist nach Auffassung des Europäischen Gerichtshofs auch die „mittelbare“ Diskriminierung von Frauen. Darauf berief sich das BAG ebenfalls am 14. März in einem Urteil zur betrieblichen Altersversorgung bei Teilzeitkräften. Wenn unter den Teilzeitkräften an einer Arbeits-

stelle in der Mehrzahl Frauen sind, sei ein Ausschluß von Teilzeitkräften von der betrieblichen Altersversorgung als Frauendiskriminierung anzusehen. (Aktenzeichen 3 AZR 490/87) fp

Ersatzpersonal während des Mutterschutzes

Der Kreisausschuß des Landkreises Hannover hat auf Initiative der Frauenbeauftragten Mechthild Schramm-Hack 100.000 Mark für Personalsatz während der Mutterschutzfrist bereitgestellt. Darauf kann bei den Kreiskrankenhäusern für schwangere Ärztinnen Ersatzpersonal eingestellt werden. Hinfällig dürfen damit dort die Vorbehalte von Krankenhausleitungen gegen die Einstellung von Ärztinnen sein. Ob mehr Ärztinnen eingestellt werden, bleibt abzuwarten.

Zum Schutz von Strahlen?

Im zweiten Anlauf hat der Bundesrat am 21. April der „Zweiten Verordnung zur Änderung der Strahlenschutzverordnung“ (dg berichtete in 4/89) zugestimmt, nachdem sie in der Sitzung vom 10. März keine Mehr-

Infos zu Philippsburg

Die Bürgerinitiative Philippsburg-Waghäusel gibt einen Informationsdienst über die Atomkraftwerke Philippsburg heraus. Themen waren und sind unter anderem die Gefährdung durch Tiefflüge, die Entsorgungsproblematik, die Komplikation als Notlösung für die Entsorgungsmisere. In diesem Jahr ist eine Ausgabe zum zehnjährigen Jubiläum des Sie-

dewasserreaktors in Philippsburg geplant. Der Informationsdienst kann gegen zwei Mark bezogen werden über Werner Aust, Egerlandstraße 1, 6838 Reilingen, Tel. (0 62 05) 13530.



heit gefunden hatte, weil nicht alle CDU-regierten Länder stimmberechtigt vertreten waren. In den nun verabschiedeten Entwurf wurden nur Änderungen aufgenommen, die bereits vorher vom Bundesrat beschlossen worden waren. Hinweggesetzt hat sich der Bundesrat mit seinem Beschuß über die Auffassungen seiner Ausschüsse, die empfohlen hatten, der Verordnung nicht zuzustimmen, weil damit der

veraltete Stand von Wissenschaft und Technik aus dem Jahr 1977/78 festgeschrieben werde. Der Umweltausschuß hatte empfohlen, die Zustimmung von einer Verschärfung der Strahlen-Grenzwerte gegenüber der Vorlage abhängig zu machen. In der jetzt verabschiedeten Form ist für Beschäftigte in Atomanlagen ein Jahrgrenzwert von fünf Rem sowie eine Lebenszeitdosis von 40 Rem festgelegt worden.

Arbeitgeber Kirche: Jesus Maria

In konfessionellen Krankenhäusern sind die Arbeitnehmerrechte per „Tendenzschutz“ eingeschränkt. In Duisburg kegelt die Kirche sogar die Mitarbeitervertreter, wenn sie ihre Rechte wahrnehmen

Im St.-Johannes-Hospital in Duisburg-Hamborn sind bei dem Anästhesisten Helmut Gröschl die Groschen gefallen. Er erfährt am eigenen Leib, auf was er sich 1984 eingelassen hat, als er sich von der Katholischen Kirche einen unbefristeten Arbeitsvertrag geben ließ.

Helmut Gröschl ist nicht nur Arzt, er wurde auch vor zwei Jahren zum Vorsitzenden der Mitarbeitervertretung gewählt. Seit dieser Zeit tat sich etwas: Da wurden mit Unterstützung der Gewerkschaft ÖTV tarifliche Eingruppierungen nach oben korrigiert, da wurde die 25prozentige Unterbesetzung im Labor öffentlich moniert, da wurden auch die Folgen des Personalmangels angekreidet. Zuletzt beauftragte die Mitarbeitervertretung ihren Vorsitzenden, die Krankenhausverwaltung zur Übergabe einer Mängelliste vor dem Krankenhauskuratorium zu bewegen. Das war dann wohl zu viel, jedenfalls für Verwaltungsleiter Johannes Dölkens, der prompt

zur Mitarbeitervertretung spazierte kam und die sofortige Abwahl ihres Vorsitzenden verlangte.

Als Begründung führte Dölkens an, der Kollege Gröschl habe die Tatsache, daß er in „eheähnlichen Verhältnissen“ lebe, und andere Schweinereien mehr dem Arbeitgeber Kirche bei der Einstellung unterschlagen. Pech für Dölkens. Er hätte nur mal in die Personalakte schauen brauchen. Dies Verhältnis holte er erst bei einer Schlichtung beim Bistum Essen nach: Dort stand schwarz auf weiß, daß Gröschl sowohl bei seiner Einstellung als auch danach der katholischen Arbeitgeberin seine persönlichen Verhältnisse offenlegte. Entgangen war Herrn Dölkens offensichtlich auch, daß Gröschl nicht der katholischen, sondern der evangelischen Kirche angehört, mithin die uneheliche Lebensgemeinschaft nicht unter die Rubrik Sünde fällt. Das störte anscheinend erst, als er sich als unbequem entpuppte.

Trotzdem mußte Gröschl sich jetzt einer Gesinnungsprüfung unterziehen. Da nützte ihm auch nichts, daß die evangelische Kirche, vertreten durch den zuständigen Pfarrer, den Superintendenten und andere Geistliche dem Arzt bestätigten, daß seine Lebensweise in Liebe und Treue gar nicht gegen die evangelische Kirchenlehre verstößt. Selbst ein höchst theologisches Gutachten des Professors Brakelmann von der Universität Bochum, das die christliche Lebensweise des Kollegen Gröschl nebst Lebensgefährtin und Kinder als in jeder Weise im Einklang mit der evangelischen Lehre erklärte, ließ die Schlichtungsstelle des Bistums ungerührt. Heide bleibt Heide. Und der darf zwar als Anästhesist weiterarbeiten, aber in der Mitarbeitervertretung soll er nichts mehr zu suchen haben. Dem Tendenzschutz sei es gedankt. Jesus Christus ist nicht für alle da – das muß wissen, wer als Arbeitgeberin die Kirche hat.

Gert Bergmann

dg 5



Foto: Döhne

Lebensmittel: Faulig, seifig, verdorben

Garantieren Haltbarkeitsdaten die Frische von Lebensmitteln? Das Münchner Fraunhofer-institut fand Überraschendes in den Verpackungen

Seit gut fünf Jahren gehört der Aufdruck „Mind. haltbar bis ...“ zur Kennzeichnungsvorschrift verpackter Lebensmittel. Eine Frischegarantie, die im Gegensatz zum vorher herrschenden Wirrwarr von Abpack- und Verbrauchsdaten eindeutige Klarheit schaffte. Ob die Frischegarantie aber auch hält, was sie verspricht, das fragen sich zunehmend mehr Käufer; denn wer gerät bei Brot mit zwei- bis dreiwöchiger Mindesthaltbarkeitsgarantie nicht ins Zweifeln.

Das Fazit einer Untersuchung des Fraunhoferinstitutes für Lebensmitteltechnologie und -verpackung in München gab kritischen Käuferinnen und Käufern jetzt Recht. Die Mehrzahl der untersuchten Proben wiesen zwar beim Kauf eine hohe bis mittlere Qualität auf. Zum Zeitpunkt der garantierten Mindesthaltbarkeit zeigten sich aber bei 96 Proben, die 38 verschiedene Lebensmittel umfaßten, in zwei Dritteln der Fälle deutliche Mängel. „Nicht mehr verzehrfähig“ hieß das abschließende Testurteil.

Hier nur einige Beispiele aus der Mängelliste, die einem schon den Appetit verderben können. So wiesen Teigwaren mit Füllung, in Folie verpackt, fleckige Verfärbungen auf. Sie rochen sauer und faulig. Vollkornbrot in Plastikbeuteln schmeckte am Tag des aufgedruckten Datums flach und stark muffig. Die Scheiben waren rissig und beim Geschmacks- und Kautest äußerst unappetitlich. Fleischsalat schmeckte, trotz vorgeschrifter kühler Lagerung, seifig und verdorben. Die Fleischteile hatten bereits einen säuerlichen Geschmack und zeigten graue Verfärbungen.

Erstaunt war das Untersuchungsteam über die nur geringen Kundensklamationen. Ein rascher Verzehr nach dem Kauf und Unwissenheit über Reklamationsmöglichkeiten mögen

die Hauptgründe dafür sein. Angesichts dieser Mängel sollte jeder, der eine systematische Vorratshaltung betreibt, Mindesthaltbarkeitsdaten nicht mehr ausschöpfen, sondern auf eine zügige Rotation in der Vorratskammer achten.

Laut Gesetzgeber ist das Mindesthaltbarkeitsdatum kein Verfallsdatum; das Lebensmittel soll also auch nach Ablauf der Frist noch voll genußfähig sein. Warum also diese gravierenden Mängel? Wesentlicher Grund ist die freie Entscheidung des Herstellers. Zwar existieren aufgrund zahlreicher Experimente genaue Empfehlungen seitens der Lebensmitteltechniker, wie lange ein Produkt haltbar ist. Exakte gesetzliche Verordnungen und Zeitbegrenzungen sind aber heute noch die Ausnahme und nicht die Regel. Herstellung, Transport, Zwischenlagerzeiten und die oft langen Wartezeiten im Verkaufsregal zwingen die Hersteller zur Ausschöpfung der längstmöglichen Frist. Der Kampf um die beste Plazierung im Regal fordert seinen Tribut an den Lebensmittelhandel, der natürlich mit lang haltbaren Produkten bessere Umsatzzahlen erzielen kann als mit Frischprodukten. Sie müssen mehrmals wöchentlich geordert, angeliefert, eingeräumt und kontrolliert werden. Dies bedeutet, mehr Personal und mehr Geld in die Distribution zu stecken, was sich in der Geschäftskasse dann als Minus bemerkbar macht.

Trotz ausgereifter Lebensmitteltechnik ist Verderbnis bei jedem Lebensmittel etwas völlig Normales. Die Konsequenz: Eine Herabsetzung überzogener Mindesthaltbarkeitsdaten zum Schutz des Verbrauchers. So lautet jedenfalls die Forderung des Fraunhoferinstituts, denn ein verdorber Magen nützt keinem und schadet nur dem Ruf verpackter Lebensmittel.

Angelika Gördes-Giesen

Bestrahlte Lebensmittel kennzeichnen

Die bayerische SPD hat eine rigorose Kennzeichnungspflicht für alle bestrahlten Lebensmittel aus dem Bereich der Europäischen Gemeinschaft gefordert. Zwar sei außer bei Gewürzen nach dem Lebensmittelgesetz eine Einfuhr von bestrahlten Lebensmitteln in die Bundesrepublik verboten, doch gebe es schon jetzt einen grauen Markt wegen der minimalen Kennzeichnungspflicht in anderen Ländern. Es bestehe zum Beispiel keine Kennzeichnungspflicht für Lebensmittel aus der Europäischen Gemeinschaft, wenn diesen bestrahlte Lebensmittel beigemischt würden, wie etwa bei Babynahrung.

„Umweltampeln“ belastend?

Sogenannte „Umweltampeln“, die die Autofahrer auffordern, ab einer bestimmten Mindestwartezeit den Motor auszuschalten, verdienen ihren Namen nicht. Zu diesem Ergebnis kommt das Bundesumweltamt in seiner Bewertung vorliegender Untersuchungen zur Einführung von „Umweltampeln“. Unter Umständen müsse sogar davon ausgegangen werden, daß bei Ampelstopp mit generellem Motorabstellen im Bereich der Kohlenwasserstoff- und Partikelemissionen zusätzliche Umweltbelastungen entstünden. In den vorliegenden Untersuchungen habe der Nachweis nicht erbracht werden können, daß bei einem Ampelstopp von 20 Sekunden durch Ausschalten des Motors reale Emissionsminderungen erreicht würden. Erst ab einer Motorabstellzeit von 50 bis 60 Sekunden könnten negative Effekte bei der Kohlenwasserstoffemission ausgeschlossen werden, so das Umweltbundesamt.

Needle-Sharing rückläufig

Das gemeinsame Benutzen von Spritzen durch Heroinabhängige hat in den letzten zwei Jahren deutlich nachgelassen. Zu diesem Ergebnis kommt eine repräsentative Untersuchung bei über 1000 Heroinabhängigen, die im Auftrag und in Zusammenarbeit mit dem Aids-Zentrum des Bundesgesund-

heitsamts (BGA) durchgeführt wird. Während ein großer Teil der Abhängigen, die vor zwei Jahren noch „Needle-Sharing“ praktiziert hätten, darauf mittlerweile verzichteten, habe ein kleiner Teil angegeben, die Spritzen erheblich seltener als früher oder nur noch mit bestimmten Partnern gemeinsam zu benutzen. Die Untersuchung widerlege das Vorurteil, Drogenabhängige seien so willenslos, daß sie weder auf die eige-

ne noch auf die Gesundheit anderer achteten, erklärte das BGA zu den Ergebnissen der Untersuchung.



Foto: Linie 4

HIV-Tests: Durch Hand- schuhe falsch negativ?

In Laboratorien gebräuchliche Latex-Einmalhandschuhe, die gepudert sind, können bei HIV-Tests zu falsch negativen Ergebnissen führen. Darauf haben jetzt Ärzte des Leyenburg-Hospitals, Den Haag, in der Februarausgabe der englischen Fachzeitschrift „Lancet“ hingewiesen. Nachdem ein positives Kontrollserum plötzlich negativ geworden war, hatten sie Tests mit gepuderten Handschuhen und einer Kontrollgruppe, in der die Handschuhe vorher mit Leitungswasser gewaschen wurden, durchgeführt. Die im Pulpa enthaltenen Maisstärkepartikel wurden dabei als Adsorbens für große Moleküle wie Immunoglobuline identifiziert. Diese können bei den üblichen Testverfahren unkontrolliert in die Probe gelangen und so die Aussagefähigkeit des Tests herabsetzen. Die Autoren empfehlen, vor der Untersuchung die Handschuhe zu waschen.

Medikamenten- konsum bei Schulkindern

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen hat jetzt die Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung veröffentlicht, in der rund 2000 Mütter zum Medikamentenkonsum ihrer Kinder befragt wurden. Danach erhielten 28,6 Prozent der in der Studie erfassten Kinder zwischen 6 und 14 Jahren in einem Zeitraum von vier Wochen Medikamente. 70 Prozent davon nahmen ein, 19 Prozent zwei und 11 Prozent drei oder mehr Arzneimittel. Unter den Kindern, die Medikamente bekamen, seien nur etwas weniger als die Hälfte im selben Zeitraum tatsächlich krank gewesen. Die eingenommenen Arzneimittel verteilten sich auf 32 Gruppen, die fünf häufigsten von ihnen, die mehr als 50 Prozent der Gesamtmenge ausmachten, waren Hustenmittel, Antiallergika, Schnupfenmittel, Analgetika/Analgetika und Mittel ge-



Foto: Döhrn

gen Bronchitis. Der Anteil der Kinder, die Psychopharmaka bekamen, sei mit 0,5 Prozent zwar deutlich niedriger als erwartet, erklärte einer der Autoren der Untersuchung, der Schulpädagoge Reinhard Voß, allerdings sei dies wohl nur die unterste Grenze dessen, was verabreicht und eingestanden

werde. Rund ein Viertel der Arzneimittel werde ohne Verordnung eines Arztes in Selbstmedikation vergeben. An erster Stelle stünden dabei Vitaminpräparate, gefolgt von Mitteln gegen Hauterkrankungen. An dritter Stelle lägen Schmerzmittel mit einem Anteil von zehn Prozent.

BUND: Hoechst-Boykott

Der Landesverband Hessen des „Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland“ (BUND) hat auf seiner Landesdelegiertenversammlung am 15. April zu einem Boykott von Produkten der Hoechst AG aufgerufen. Danach sollen die Verbraucher den Kauf von Produkten dieser Firma möglichst vermeiden, solange Hoechst weiter große Mengen von FCKW herstellt. Alle Ärztinnen und Ärzte sollen gebeten werden, Medikamente der Firma nach Möglichkeit nicht mehr zu verschreiben. Nachdem alle Appelle und Bitten erfolglos geblieben seien, habe man wegen der außergewöhnlichen Umweltgefahr keine andere Alternative mehr, begründet der BUND Hessen seinen Boykottaufruf.

Nach Angaben des BUND hat Hoechst als einer der beiden bundesdeutschen Hersteller von FCKWs 1988 etwa 80 000 der in der Bundesrepublik hergestellten 120 000 Tonnen dieser Stoffe produziert. Davon seien 10 000 Tonnen für Aerosole, je 30 000 Tonnen für Kältemittel und Schaumstoffe und 10 000 Tonnen für Reinigungsmittel erzeugt worden. Der damit erzielte Gewinn habe bei etwa 15 Millionen Mark gelegen, rund ein Prozent des Gesamtgewinns der Hoechst AG.

Demokratische Pharmazeuten gründen Verein

Am 8. und 9. April haben sich in Kauffungen bei Kassel 31 Pharmazeutinnen und Pharmazeuten aus der Bundesrepublik und Berlin getroffen, um Satzung und Programm des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) zu diskutieren. Nach Auskunft einer der Mitgründerinnen, Ursula Blöcker, ist zwar nicht in allen Punkten ein Kon-

sens gefunden worden und vieles müsse noch eingehender diskutiert werden, der Gründung selbst aber stehe nichts mehr im Wege. Die Gründungsveranstaltung werde am 17. und 18. Juni in Hamburg stattfinden.

Interessierte Kolleginnen und Kollegen können nähere Informationen über den Programmewurf, Veranstaltungsprogramm und Unterkunft erhalten bei: Dr. Gerd Dieckvoß, Sülldorfer Apotheke, Sülldorfer Landstr. 206, 2000 Hamburg 55.

Berlin: Alles beim Alten?

Gegen die Übernahme der CDU-Planung für das Rudolf-Virchow-Krankenhaus (RVK) durch den SPD-AL-Senat in Berlin hat der Bereich Gesundheit der Alternativen Liste protestiert. Im Konsenspapier von AL und SPD war vorher erklärt

worden, daß geprüft werden müsse, wie die Verlagerung des Klinikums Charlottenburg auf das Gelände des RVK rückgängig gemacht werden könne. Durch die Übernahme der alten Pläne sei die Aussage von SPD und AL für eine dezentrale medizinische Versorgung auf den Kopf gestellt worden, erklärte dazu Johannes Spatz, Gesundheitsstadtrat der AL.

Libanon

DRINGENDER HILFSAUFRUF

- 500 000 Menschen auf der Flucht
- 300 Tote / 3000 Verletzte
- Vernichtung aller medizinischen Einrichtungen
- Abzug fast aller aust. Hilfsorganisationen
- Meningitis- (Hirnhautentzündungs-) epidemie in mehreren Palästinenserlagern in Syrien und Nordlibanon

Medico stellt Impfstoff
für 20 000 Menschen zur Verfügung.

WIR BITTEN DRINGEND UM SPENDEN:

Postgiro Köln 6999-508 oder Frankfurter Sparkasse
Kto. 1800 Stichwort: 'Libanon',
Medico international, Obermainanlage 7,
6000 Frankfurt 1, Tel.: 069/499 00 41 - 2

Alzheimer: Genetisch bedingt?

In einer Studie mit sechs englischen Familien haben Wissenschaftler nachgewiesen, daß die Alzheimer-Krankheit mit einem genetischen Defekt des Chromosoms 21 einhergehe, meldete die Zeitschrift der Pharmazeutischen Industrie „Medikament und Meinung“. Demgegenüber erklärte der „Gen-Ethische-Informationsdienst“ (GiD) in seiner April-Ausgabe, daß der genetische Defekt bei an Alzheimer Erkrankten nur bei ganzen fünf Prozent auftrete. 95 Prozent der Erkrankung traten bei älteren Menschen ohne Gendefekt auf und ließen sich mit der Chromosom-21-Hypothese nicht erklären. In diesem Zusammenhang verwies der GiD auf einen Artikel in der englischen Fachzeitschrift „Lancet“, in dem eine englische Forschergruppe die Häufigkeit der Alzheimer-Krankheit mit einem Übermaß von Aluminium im Leitungswasser erklärt habe. Bei einem Vergleich der Häufigkeit der Alzheimer-Krankheit mit dem Aluminiumanteil im Trinkwasser sei festgestellt worden, daß Gebiete mit mehr als 0,01 Milligramm des Metalls pro Liter Trinkwasser zwei- bis fünfmal mehr Kranke aufwiesen als Gebiete mit niedrigeren Aluminiumwerten. Umstritten ist laut GiD die Wasseruntersuchung deshalb, weil sie nicht nachgeprüft werden könne, da die Namen der untersuchten Gebiete geheim gehalten würden. Außerdem sei noch nicht

geklärt, wieso das Trinkwasser zur Erkrankung führe, wenn 90 Prozent der täglichen Aluminium-Zufuhr aus der festen Nahrung aufgenommen würden.

Datei über Umweltgifte

Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Nordrhein-Westfalen soll dort ein „Noxen-Informations-System“ aufgebaut werden. Nach Angaben des Ministeriums ist dies bundesweit die erste EDV-Datei einer medizinischen Bewertung von chemischen Stoffen. Ziel sei es, alle verfügbaren medizinischen Erkenntnisse über chemische Substanzen gegliedert sofort verfügbar zu machen. Erfäßt werden sollen neben technischen Daten wie Wirkungsgrad, Erscheinungsform, Vorkommen und Verwendung, insbesondere Angaben über Grenzwerte, mögliche Gesundheitsschäden, Erste Hilfe sowie Diagnoseverfahren und Schutzmöglichkeiten. Bereits existierende Informationssysteme und Kenntnisse im Umweltbereich, wie zum Beispiel die Gefahrstoffdatenbank oder die Vergiftungszentrale, sollen in das „Noxen-Informations-System“ einfließen. Das dort gesammelte Informationsmaterial ermögliche auf der einen Seite erforderliche gesundheitliche Sofortmaßnahmen, könne aber auch für gesundheitspolitische Entscheidungen wie Maßnahmen zur Altlastsanierung, zur Reduzierung von Luftschadstoffen und zur Beseitigung von Wasserverunreinigungen genutzt werden.

Ägypten: Kein Nieren- handel

Um zu verhindern, daß ägyptische Organspender gegen Geld ihre Niere für einen Organhandel zur Verfügung stellen, haben die ägyptischen Ärzte beschlossen, keine Nierentransplantationen für Ausländer vorzunehmen. Ärzten, die gegen diese Anweisung des Ärzteverbandes verstößen, werde der Ausschluß aus dem Berufsverband angedroht, wodurch sie die Erlaubnis zur Berufsausübung verlieren.



Zeichnung: Paulsen

Akademischer Bojkott Südafrikas gefordert

Die Einhaltung des akademischen Boykotts Südafrikas hat der südafrikanische Ärzteverband NAMDA auf einer gemeinsamen Veranstaltung mit dem Vorstand des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte

(VdÄA) in Frankfurt von Medizinern eingefordert. Dies gelte auch für Medizinstudentinnen und -studenten. Gerade aus der Bundesrepublik leisteten immer noch viele von ihnen Dienst in Krankenhäusern für schwarze Südafrikaner.

Wirksam helfen könnten die Studentinnen und Studenten ohnehin nicht. Sie würden aus-

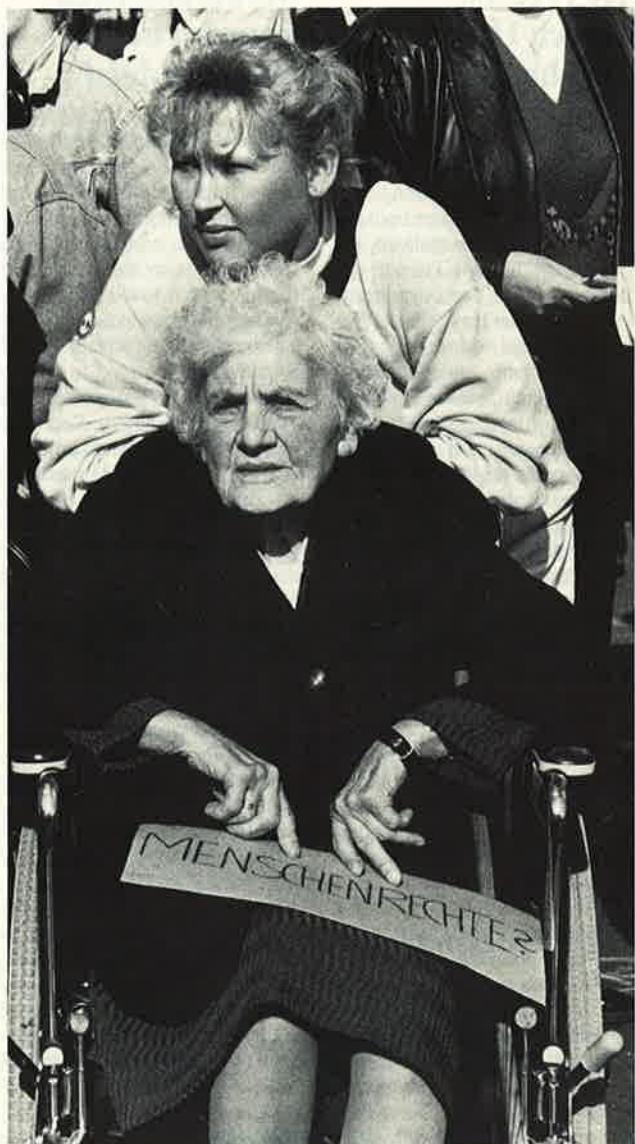


Foto: Meyborg

Patienten solidarisch

„Wird Zeit, daß ihr endlich etwas macht“, so ein Patient in Kamen, als ihn ein Pfleger um Verständnis für den Warnstreik bat. Wo sonst gemault wird, wenn im öffentlichen Dienst Aktionen stattfinden, ist diesmal alles ganz anders: Noch nie haben Warnstreiks so viel Unterstützung in der Öffentlichkeit erfahren.

Notfallkomitee

Damit Patientinnen und Patienten nicht unter einem Streik zu leiden haben, muß entschieden werden, wer ein Notfall ist und sofort behandelt werden muß. Im Krankenhaus Holweide in Köln fand man eine gute Lösung: Die Pflegedienstleitung und der Chef der Anästhesie erklärten sich mit den Warnstreikenden solidarisch und entschieden zusammen mit einem Gewerkschaftssekretär, wer ein Notfall ist.

Niederlande: Pflege im Aufstand

Nachdem in den Niederlanden Ende März der Tarifvertrag für rund 230 000 Angestellte der Krankenpflege ausgelaufen ist, haben mit Massendemonstrationen und Dienst nach Vorschrift die Tarifauseinandersetzungen begonnen. Wie die „Ärzte Zeitung“ berichtete, hatte die niederländische Regierung ein Angebot von einer Lohnerhöhung um 0,32 Prozent sowie eine Senkung des Rentenversicherungsbeitrags für Pflegekräfte um 0,33 Prozent vorgelegt. Die Gewerkschaften strebten zunächst eine Lohnerhöhung von 1,5 Prozent an. Auf einer Protestkundgebung der Initiativgruppe „Pfleger und Helfer im Aufstand“, die sich spontan gegründet hatte, erklärten 6000 Teilnehmer, daß beide Vorstellungen indiskutabel seien. Gefordert wurden vier Prozent mehr Lohn und ein weiterer Anteil von einem Prozent, der für weitere Arbeitsplätze, für Aus- und Fortbildung sowie für Kinderbetreuung verwendet werden sollen. Mittlerweile haben die Gewerkschaften diese Forderungen übernommen, so die „Ärzte Zeitung“.

Pausen-Aktion

Die Personalvertretung der Uniklinik Ulm hat die Beschäftigten zur Teilnahme an einer Pausenaktion aufgerufen, die auch für andere Krankenhäuser interessant sein kann. Auf einem Fragebogen sollen die Beschäftigten eintragen, wie lange ihre Pausen sind, ob und warum sie verkürzt wurden oder ob sie überhaupt keine Pause genommen haben. Grund für die Aktion sei die Vermutung, daß Pausen häufig nicht genommen würden. Da Pausen vom Arbeitgeber nicht bezahlt würden, bestrebe ein Anspruch auf Bezahlung, wenn in ihnen gearbeitet werde. In ihrer Aktion verweist die Personalvertretung auf ein Urteil des Bundesarbeitsgerichts, in dem eine Pause „als im voraus festliegende Unterbrechung der Arbeitszeit, in denen der Arbeitnehmer weder Arbeit zu leisten noch sich dafür bereit zu halten braucht“. Häufig würden Pausen gemacht, so die Personalvertretung, die keine seien. Zum Beispiel, wenn in der Pause im Pausenraum das Telefon klingele, Patienten rufen würden, wenn auf Station die Pause wegen der Visite unterbrochen werde oder ein Arzt in der Pause durch den Pieper gerufen werde.

schließlich in den überfüllten Krankenhäusern für schwarze Südafrikaner eingesetzt, für deren Behandlung die Qualifikation fehle, zu den Krankenhäusern für Weiße, in denen meist Krankheiten behandelt würden wie auch in Europa, hätten die Studenten keinen Zugang. Das Interesse, möglichst viel lernen zu wollen, dürfe nicht auf Kosten der schwarzen Patientin-



DBfK: ÖTV-Aktionen unterstützen

Der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) hat seine Mitglieder aufgerufen, die Aktionen der gewerkschaftlich organisierten Kollegen in den Tarifauseinandersetzungen zu unterstützen, weil auch in der Verhandlungsronde vom 8. Mai die Arbeitgeber kein verhandlungsfähiges Angebot vorgelegt hatten. Es werde versucht, die Pflegeberufe mit Almosen abzuspeisen, so der DBfK, es sei bislang nicht erkennbar, daß der Pflegenotstand ernst genommen werde. Der Pflegenotstand könne nur abgewendet werden, wenn es gelinge, neben den tariflichen Forderungen nach besserer Bezahlung auch umfassende Verbesserungen in der Personalbesetzung durchzusetzen.

Spannendes Rennen um die Gunst des Pflegepersonals

Im Rennen um die Gunst der Pflege: An der Spitze der Vorsitzende des Hartmannbunds, Horst Bourmer, mit seiner Forderung an die ÖTV, härter als bisher gegen die Krankenhausträger vorzugehen. Neben besserer Bezahlung müßten 60 000 zusätzliche Planstellen für Schwestern und Pfleger eingerichtet werden. – Weit abgeschlagen zwei Ärzte aus der Bonner Uniklinik. Schon bevor die ÖTV zu bundesweiten Aktionen aufgerufen hatte, verrichteten auf einer Station Schwestern Dienst nach Vorschrift. Die Ärzte hatten sich geweigert, den Frühstückstisch zu decken. – Ganz am Ende der Marburger Bund, der in den Vorschlägen der öffentlichen Arbeitgeber, Wechselschichtzulagen zu zahlen und nach sechs Dienstjahren den Aufstieg in eine höhere Vergütungsgruppe zuzulassen, schon so viel Zugeständnis entdeckte, daß Warnstreiks nicht mehr nötig wären.

Krankenschwestern und -pfleger sahen das etwas anders: Rund 50 000 sind am 11. und 12. Mai in den Warnstreik getreten. „Und zu guter Letzt reichten die Aufnahmescheine nicht aus“, so der Geschäftsführer der ÖTV in Minden. Denn streiken darf nur, wer gewerkschaftlich organisiert ist. Nicht-Organisierte können vom Arbeitgeber abgemahnt, mit Schadensersatzforderungen belegt oder sogar gekündigt werden. Der letzte Termin wäre eine Urabstimmung.



Foto: Scholz

„es sei denn, es handele sich um eine Reise im Dienst des Kampfes gegen die Apartheid“.

Wählerstimmen durch das GRG?

Die Bundesregierung geht davon aus, daß sich das Gesund-

heitsreformgesetz (GRG) auf künftige Wahlentscheidungen positiv für die Regierungsparteien auswirken werde. Die Bevölkerung sehe ein, daß ohne die Reform die gesetzliche Krankenversicherung unfinanziert geworden wäre, erklärte die Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion der Grünen zum GRG.

1. 6. Frankfurt

Seminar: „Sexualität im Alter oder „Darüber spricht man nicht““
Kontakt: FZBA der Arbeiterwohlfahrt, Gutleutstraße 319, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 27 10 60.

1. – 2. 6. Dortmund

Fachtagung: Das Krankenhaus der Zukunft.
Kontakt: MAGS Nordrhein-Westfalen, Herr Flocken, Tel. (0211) 6 80 01 19.

3. 6. München

Demonstration in Wackersdorf
Kontakt: Arni-WAA-Büro, Postfach 1145, 8460 Schwandorf, Tel. (094 31) 10 29.

5. – 9. 6. Schönhagen

Seminar: „Umweltgifte – Gestern Dioxin, heute Formaldehyd – und morgen?“
Kontakt: DGB-Bildungswerk, Besenbinderhof 60, 2000 Hamburg 1, Tel. (040) 2 85 82 49.

5. – 6. 6. Seevetal

Seminar: „Arbeit und körperlicher Verschleiß“
Kontakt: DGB-Bildungswerk, Besenbinderhof 60, 2000 Hamburg 1, Tel. (040) 2 85 82 49.

6. – 9. 6. Hannover

15. Deutscher Krankenhaustag und Interhospital
Kontakt: Deutsches Krankenhausinstitut, Kongresssekretariat, Tel. (0211) 45 48 80.

7. – 8. 6. Frankfurt

Seminar: Pflegeprozeß, Pflegeplanung, Pflegedokumentation
Kontakt: FZBA der Arbeiterwohlfahrt, Gutleutstraße 319, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 27 10 60.

8. – 11. 6. Bamberg

21. Wissenschaftlicher und berufspolitischer Kongreß des Deutschen Ärztinnenbundes
Kontakt: Dr. Jutta Schimmelmann, Dr.-Stahl-Straße 17, 8602 Burgebrach.

9. 6. Kiel

1. Fortbildungsveranstaltung der Initiative Psychiatrische Krankenpflege: „Umgang mit aggressiven Patienten“
Kontakt: Birgit Rau, Braunstraße 23, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 731 75; Anmeldungen an Landesseminar für Krankenpflege, Kronshagener Weg 130a, 2300 Kiel.

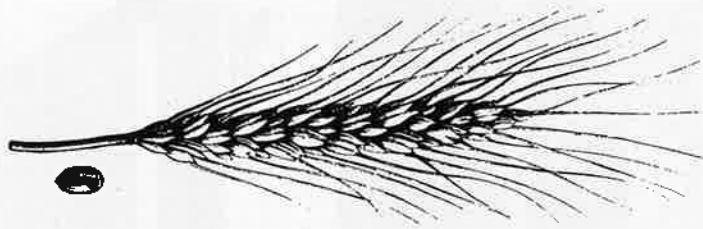
9. – 10. 6. Hamburg

III. Symposium „Kultur und psychosoziale Situation in Lateinamerika“
Kontakt: Horacio Riquelme, Universitätsklinik Eppendorf, Martinistraße 52, 2000 Hamburg 20.

<p>9. 6. Kiel</p> <p>1. Fortbildungsveranstaltung der Initiative Psychiatrische Krankenpflege: „Umgang mit aggressiven Patienten“ Kontakt: Birgit Rau, Braunstraße 23, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 731 75; Anmeldungen an Landesseminar für Krankenpflege, Kronshagener Weg 130a, 2300 Kiel.</p>	<p>9. – 11. 6. Mainz</p> <p>Gesundheitspolitischer Kongreß. Schwerpunkt: „Zusammenarbeit in der Medizin“ Kontakt: Organisationskomitee GPK, c/o Fachschaft Medizin Klinik, Langenbeckstraße 1, 6500 Mainz, Telefon (061 31) 17 25 37.</p>	<p>10. – 11. 6. Köln</p> <p>23. Tagung des Arbeitskreises Medizin-Psychologie der deutschen Sektion von amnesty international. Kontakt: Dr. med. D. Schmitz-Burchartz, Idastraße 65, 4270 Dorsten.</p>
<p>1. – 2. 6. Dortmund</p> <p>Fachtagung: Das Krankenhaus der Zukunft. Kontakt: MAGS Nordrhein-Westfalen, Herr Flocken, Tel. (0211) 6 80 01 19.</p>	<p>9. – 10. 6. Hamburg</p> <p>III. Symposium „Kultur und psychosoziale Situation in Lateinamerika“ Kontakt: Horacio Riquelme, Universitätsklinik Eppendorf, Martinistraße 52, 2000 Hamburg 20.</p>	<p>10. 6. Tag der Psychiatrie</p> <p>Aufgerufen hat der Arbeitskreis der ärztlichen Leiter psychiatrischer Krankenhäuser.</p>
<p>3. 6. München</p> <p>Demonstration in Wackersdorf Kontakt: Arni-WAA-Büro, Postfach 1145, 8460 Schwandorf, Tel. (094 31) 10 29.</p>		<p>10. 6. Tag der Psychiatrie</p> <p>Aufgerufen hat der Arbeitskreis der ärztlichen Leiter psychiatrischer Krankenhäuser.</p>
<p>5. – 9. 6. Schönhagen</p> <p>Seminar: „Umweltgifte – Gestern Dioxin, heute Formaldehyd – und morgen?“ Kontakt: DGB-Bildungswerk, Besenbinderhof 60, 2000 Hamburg 1, Tel. (040) 2 85 82 49.</p>	<p>11. 6. Darmstadt</p> <p>Seminar: „Psychisch krank im Alter: Wie begegne ich suizidgefährdeten Menschen?“ Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (061 51) 40 33 48.</p>	<p>12. – 16. 6. Darmstadt</p> <p>Seminar: „Psychisch krank im Alter: Wie begegne ich suizidgefährdeten Menschen?“ Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (061 51) 40 33 48.</p>
<p>5. – 6. 6. Seevetal</p> <p>Seminar: „Arbeit und körperlicher Verschleiß“ Kontakt: DGB-Bildungswerk, Besenbinderhof 60, 2000 Hamburg 1, Tel. (040) 2 85 82 49.</p>	<p>12. – 16. 6. Hamburg</p> <p>Internationaler Kongreß: „Gesundheit als Herausforderung – Zur neuen Rolle für die Krankenversicherung“ Kontakt: AOK-Hamburg, Kaiser-Wilhelm-Straße 93, 2000 Hamburg 36, Telefon (040) 34 10 50.</p>	<p>13. 6. Frankfurt</p> <p>Seminar: „Fixieren und Siedern – Ist das rechtens?“ Kontakt: FZBA der Arbeiterwohlfahrt, Gutleutstraße 319, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 27 10 60.</p>
<p>6. – 9. 6. Hannover</p> <p>15. Deutscher Krankenhaustag und Interhospital Kontakt: Deutsches Krankenhausinstitut, Kongresssekretariat, Tel. (0211) 45 48 80.</p>	<p>13. – 16. 6. Hamburg</p> <p>Internationaler Kongreß: „Gesundheit als Herausforderung – Zur neuen Rolle für die Krankenversicherung“ Kontakt: AOK-Hamburg, Kaiser-Wilhelm-Straße 93, 2000 Hamburg 36, Telefon (040) 34 10 50.</p>	<p>14. 6. Düsseldorf</p> <p>21. Deutscher Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Arbeitssicherheit, Kreuzstraße 45, 4000 Düsseldorf 1.</p>
<p>7. – 8. 6. Frankfurt</p> <p>Seminar: Pflegeprozeß, Pflegeplanung, Pflegedokumentation Kontakt: FZBA der Arbeiterwohlfahrt, Gutleutstraße 319, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 27 10 60.</p>	<p>15. 6. Bonn</p> <p>Mitgliederversammlung des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker Kontakt: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Thomas-Mann-Straße 49a, 5300 Bonn 1, Telefon (02 28) 63 26 46.</p>	<p>15. 6. Bonn</p> <p>Mitgliederversammlung des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker Kontakt: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Thomas-Mann-Straße 49a, 5300 Bonn 1, Telefon (02 28) 63 26 46.</p>
<p>8. – 11. 6. Bamberg</p> <p>21. Wissenschaftlicher und berufspolitischer Kongreß des Deutschen Ärztinnenbundes Kontakt: Dr. Jutta Schimmelmann, Dr.-Stahl-Straße 17, 8602 Burgebrach.</p>	<p>16. 6. Düsseldorf</p> <p>21. Deutscher Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Arbeitssicherheit, Kreuzstraße 45, 4000 Düsseldorf 1.</p>	<p>16. 6. Bonn</p> <p>Mitgliederversammlung des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker Kontakt: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Thomas-Mann-Straße 49a, 5300 Bonn 1, Telefon (02 28) 63 26 46.</p>
<p>10. 6. Kiel</p> <p>1. Fortbildungsveranstaltung der Initiative Psychiatrische Krankenpflege: „Umgang mit aggressiven Patienten“ Kontakt: Birgit Rau, Braunstraße 23, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 731 75; Anmeldungen an Landesseminar für Krankenpflege, Kronshagener Weg 130a, 2300 Kiel.</p>	<p>17. 6. Bonn</p> <p>Mitgliederversammlung des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker Kontakt: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Thomas-Mann-Straße 49a, 5300 Bonn 1, Telefon (02 28) 63 26 46.</p>	<p>17. 6. Bonn</p> <p>Mitgliederversammlung des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker Kontakt: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Thomas-Mann-Straße 49a, 5300 Bonn 1, Telefon (02 28) 63 26 46.</p>

1. 7. Solingen

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



17. - 18. 6.

Dortmund

Krebskolloquium: „Krebs und ionisierende Strahlen“
Kontakt: Anti-Atom-Büro, Am Oelpfad 25, 4600 Dortmund 30.

21. - 25. 6.

Berlin

1. Berliner Therapeutische Tage, Naturheilkunde Kongreß mit fachbegleitender Ausstellung
Kontakt: Interaktion für Erfahrungsheilkunde e.V. Berlin, Königsallee 24, 1000 Berlin 33, Tel. (030) 8256450.

22. - 23. 6.

Münsingen/Schweiz

Tagung: „Psychiatrie im Anspruch der Ethik“
Kontakt: Psychiatrische Klinik, Frau E. Ludwig, CH-3110 Münsingen.

25. - 30. 6.

Hopsten-Schale

Bildungsurlaubsseminar zum sexuellen Mißbrauch. Präventions- und Interventionsmöglichkeiten in Anlehnung an CAPP
Kontakt: Frauenbildungshaus Osteresch, Zum Osteresch 1, 4447 Hopsten-Schale, Telefon (05457) 15 13.

26. - 30. 6.

Darmstadt

Seminar: „Ich reiche den kleinen Finger - sie wollen die ganze Hand: Helfen als Beruf“
Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (061 51) 40 33 48.

30. 6. - 1. 7.

Marburg

Zweite Tagung „Psychologische Friedensforschung“
Kontakt: Prof. Dr. Gert Sommer, Universität Marburg, Fachbereich Psychologie, Gutenbergstraße 18, 3550 Marburg.

30. 6. - 2. 7.

Hopsten-Schale

Seminar: „Spurensuche. Verantwortung und Verantwortungslosigkeit von Frauen“
Kontakt: Frauenbildungshaus Osteresch, Zum Osteresch 1, 4447 Hopsten-Schale, Telefon (05457) 15 13.

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. (0 75 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.

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. (0 75 83) 40 51 08.

24. - 28. 7.

Bad Bevensen

Seminar: „Frauenarbeit - psychische und soziale Belastungen und Gesundheit“
Kontakt: DGB-Bildungswerk, Besenbinderhof 60, 2000 Hamburg 1, Tel. (040) 285 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.

Tschernobyl:

Strahlende Früchte

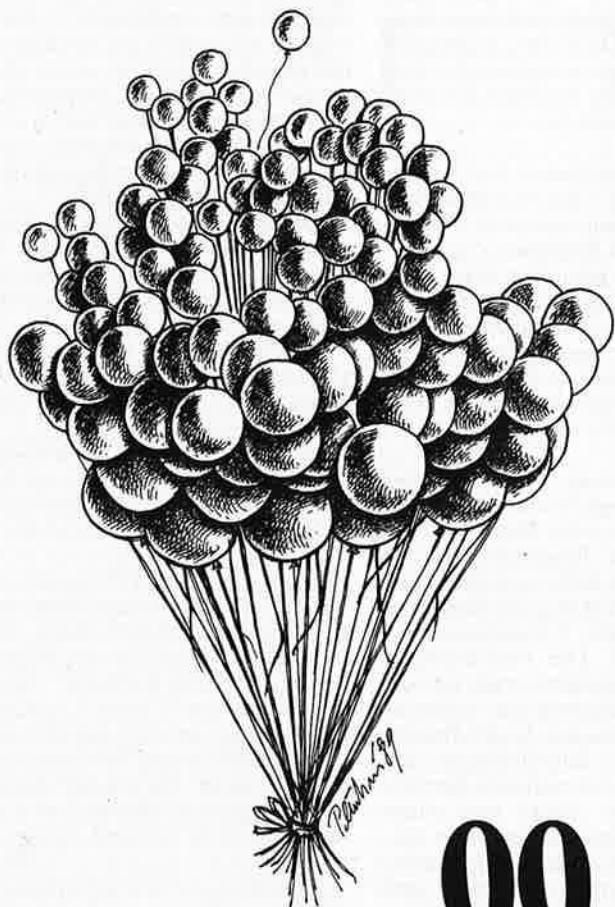
Produkt, Hersteller	Cs in bq/kg
Nudeln	
Vollkorn-Spaghetti, Birkel	6
Tortiglioni, Birkel	8
Cannelloni, Buitoni	37
Penne Lisco, Buitoni	5
Soja-Spiralen, Kattus	32
Miracoli, Kraft	6
Bandnudeln, Schüles Beste	4
Welloni, Schüles Beste	7-9
Getreide	
Weizengrieß Ährenstolz, Coop	6
Hartweizengrieß, Park Mühlen	11
Weizenvollkorntrieb, Bio-Kreis	3
Weizenkleie, Diele Diätetika	5
Vollkorn-Haferflocken, Koeln	5
Vollkorn-Knäckebrot, Wasa	< 2,7 und 15
Vollkorn-Knäckebrot, Lieken	9,1
Obst und Konfitüre	
Waldheidelbeeren, gezuckert, Odenwald GmbH	2,5
Birnen-Dicksaft, Lihn	27
Pflaumenmus, Eden	21
Wildpreiselbeer Brotaufstrich, Perlinger	58
Erdbeeren, Egle Edel-Frucht	11
Tee und Kräuter	
Schwarzer Tee, Siyah Cay Caykur, Türkei	545
Apfel-Hibiskus-Tee, Lebensbaum	8
Früchtetee, Certus	18
Salus Brust-Husten-Tee, Neuform	64
Kräuter der Provence, ASO Flora	26
Kümmel, ganz, Ostmann	18
Lorbeerblätter, Ubena	4
Thymian, gerebelt, Ubena	16
Einschätzung der Strahlenbelastung	
Bis zu 10 bq/kg strahlenarm	
10-30 bq/kg nicht für Schwangere, Stillende und Kleinkinder geeignet	
Über 30 bq/kg stark belastet, nur gelegentlicher Verzehr	
Quelle: Strahlentalex, Wilsnacker Straße 15, 1000 Berlin 21, Tel. (030) 3 94 89 60	
Naturheilkundlich-homöopathische Allgemeinarztpraxis am Rande einer mittelgroßen Stadt Bayerns, auch als Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft möglich, abzugeben. Gleiche Therapierichtung Voraussetzung. Interessenten wenden sich unter Chiffre 010689 an die dg-redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1.	



Luftballons sind schön, und sie lassen uns von einer besseren Welt träumen. Schon deshalb sind sie gut. So lange jedenfalls, wie mit Luftballons nicht vorgetäuscht wird, wir lebten bereits in der besten aller möglichen Welten.

Gunar Stempel hat sich in den ersten Städten der Bundesrepublik umgehört, die zu den Healthy Cities nach den Vorstellungen der Weltgesundheitsorganisation gehören wollen. Ist das Projekt „Gesunde Städte“ mehr als eine schöne Illusion?

HEALTHY CITIES



99

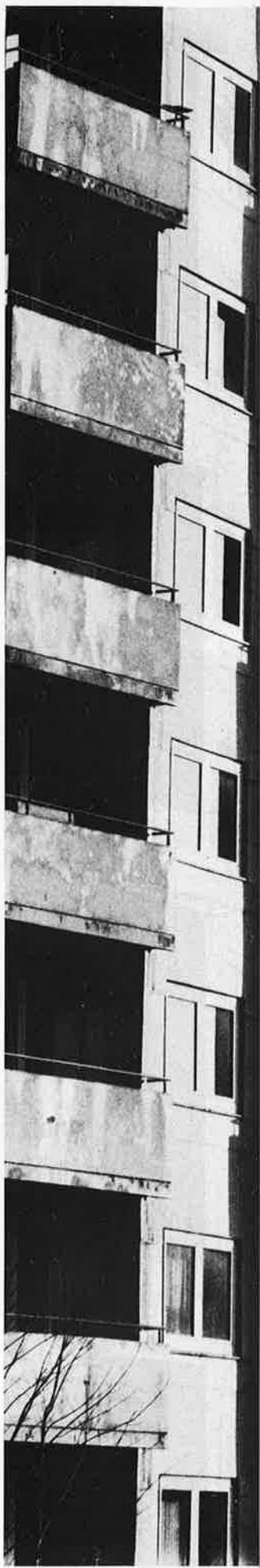
LUFTBALLONS

Selbsthilfegruppen in trauter Eintracht mit Verwaltungsbürokraten, alternative Gesundheitsinitiativen Arm in Arm mit Handel und Wirtschaft bei der Gestaltung des WHO-Projektes „Healthy Cities“? Ist das Projekt „Gesunde Städte“ wieder so eine Erfindung des WHO, die schon so „utopische“ Forderungen wie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ und die Definition der „Gesundheit als seelisches, körperliches und soziales Wohlbefinden“ hervorbrachte?

In der Tat haben alle drei Kopfgeburten etwas miteinander zu tun. 1978 hatte die WHO auf der berühmten Konferenz von Alma Ata beschlossen, der primären Gesundheitsversorgung mit dem Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ Rechnung zu tragen. Im Gegensatz zu der bei uns vorherrschenden krankheitsbezogenen Gesundheitspolitik wird hier der Schwerpunkt auf die Gesundheitsversorgung gelegt. Ein hiervon abgeleitetes Projekt der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist das „Gesunde Städte“-Projekt, welches im kommunalen Bereich gesundheitsfördernde Strukturen umsetzen soll.

Mit dem Begriff „Gesundheitsförderung“ will sich die WHO entfernen von dem Begriff der Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung. Gesundheitserziehung hat einen entmündigenden Beigeschmack, und bei Gesundheitsbildung schwingt die Vorstellung mit, daß Wissen allein schon zu gesundheitsförderndem Handeln führt. Diese neue Strategie war Ergebnis der weltweiten Konferenz von Ottawa im November 1986. Die dort beschlossene „Ottawa-Charta“ definiert Gesundheitsförderung als einen „Prozeß, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und ihre Umwelt ermöglicht und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen soll“. Erreicht werden soll dies hehre Ziel durch – und da wird es wieder ganz utopisch – „permanente Dialog mit allen Menschen und all den Gruppierungen, die sich anwaltlich für gesündere Lebens- und Arbeitsverhältnisse einsetzen, also Selbsthilfeinitiativen und sozialen und politischen Organisationen“. Gesundheitspolitische Aktivitäten müßten mit aktiver Beteiligung der Bevölkerung dezentralisiert werden. Der geeignete Ort für eine solche Gesundheitspolitik, so das Ergebnis der Konferenz, sei die Stadt, die Gemeinde. Der Ort, wo sich die Bürger halbwegs auskennen, wo sie unmittelbar die Belastungen des Lebensraums Stadt erfahren können und erleiden müssen und wo eine stärkere Identifikation mit Politik und Machern möglich sein soll.

Norbert Lettau (SPD), Senatsdirektor bei der Hamburger Gesundheitsbehörde und Initiator eines bundesdeutschen Netzwerkes von Städten, die nicht offiziell WHO-Projektstädte sind und dennoch gesundheitspolitische Schritte





Wer in Bremen ein spannendes „Altenprogramm“ erwartet hat, wird enttäuscht sein. Allgemeinplätze nehmen breiten Raum in dem Projektentwurf ein. Wem ist noch nicht aufgefallen, daß Ampelschaltzeiten für ältere Leute viel zu kurz sind?

in Richtung „Gesunde Städte“ gehen, dämpft die hochgespannten Erwartungen: „Man sollte keinen Illusionen nachjagen. „Gesunde Städte“ kann ein kleiner Trampelpfad zur Umorientierung sein.“ In Hamburg gibt es mittlerweile gemeinsame Diskussionen zwischen dem öffentlichen Nahverkehr, der Umwelt- und Sozialbehörde sowie der Gesundheitsbehörde, die er positiv bewertet: „Das stärkt uns, da die Gesundheitsbehörde bislang eher nur eine Art Juniorpartner anderer Bereiche war. Der Vorteil des „Gesunde Städte“-Projektes besteht darin, daß durch Öffentlichkeitsarbeit Druck erzeugt werden kann. Zur Zeit ist es so, daß wir ein Prozent unserer Mittel für Prävention aufbringen. Wenn es demnächst zwei Prozent wären, wäre das ein Erfolg.“ Das hört sich schon bescheidener an.

Sein dem ersten Aufruf im Jahre 1986 hat die WHO-Idee einer „Gesunden Stadt“ in den europäischen Städten und selbst in der Bundesrepublik erhebliche Resonanz gefunden. Mehr als zwei Dutzend europäische Städte sind in einem Euro-Netzwerk mit der WHO verbunden, von Barcelona (Spanien) bis Liverpool (Großbritannien), von Zagreb (Jugoslawien) bis Horsens (Dänemark), von Mailand (Italien) bis Stockholm (Schweden). 30 Städte sollen es demnächst in dem auf fünf Jahre angelegten Projekt sein. Von bundesdeutscher Seite sind drei Städte beteiligt: Bremen, Düsseldorf und München.

Am weitesten gediehen sind bislang die Planungen in München und Bremen. München hat sich den Schwerpunkt „Kinder in München – gesunde Kinder in einer gesunden Stadt“ gesetzt, während Bremen ein Handlungskonzept mit dem Leitthema „Alte Menschen in Bremen – Gesundheit im Alter“ entwickelte, welches bis zum Jahr 1992 umgesetzt werden soll, dem Ende des WHO-Projekts.

Die Projektleitung in Bremen ist beim Hauptgesundheitsamt angesiedelt und umfaßt zwei volle Stellen mit einem eigenen Etat. Projektleiter ist der Internist Thomas Hilbert (halbe Stelle). Ihm zur Seite stehen ein Soziologe (ganztags) und eine Verwaltungsangestellte (halbtags). Die Projektgruppe hat dabei mehr koordinierende und organisatorische Aufgaben und repräsentiert nicht das „Gesunde Stadt“-Projekt schlechthin. Die Empfehlungen des Leitthemas „Alte Menschen in Bremen – Gesundheit im Alter“ sind daher auch das Ergebnis eines intensiven Diskussionsprozesses mit Institutionen, Behördenvertretern, Gruppen und Einzelpersonen. Dazu gehörten Vertreter des Sozialamts wie auch Vertreter aus dem Bildungsbereich wie die Volkshochschule, Vertreter der christlichen Heimstiftung (größter Träger von Altenheimen in Bremen), Vertreter der „Grauen Panther“ oder des Vereins „Pro senectute“, der sich schwerpunktmaßig mit dem Komplex

„Wohnen im Alter“ beschäftigt, oder auch das Bremer Institut für Präventions- und Sozialforschung, das sich mit Ernährung im Alter befaßt.

Doch wer ein spannendes „Altenprogramm“ in Bremen erwartet hat, wird maßlos enttäuscht sein, weil zahlreiche Allgemeinplätze einen breiten Raum in dem Projektentwurf einnehmen. Wem sind zu kurz bemessene Ampelschaltzeiten an Fußgängerüberwegen für alte Menschen noch nicht aufgefallen? Oder wie soll man diese Binsenweisheit bewerten: „Besonders alleinstehende alte Menschen und ältere Frauen befinden sich am Rande einer materiell ausreichend gesicherten Existenz. Diese Tatsache hat insofern eine gesundheitspolitische Dimension, als bei materiellen Notlagen die Sorge um die Gesundheit zweitrangig werden muß und beispielsweise angemessene gesunde Ernährung nicht immer gewährleistet ist.“

Handlungsbedarf wird vor allem in folgenden Bereichen gesehen:

- Alten- und Pflegeheime (wenn erforderlich, wohnortnahm unter Berücksichtigung nicht nur baulicher, sondern auch hygienischer, pflegerischer und sozialer Voraussetzungen);
- ambulanter Bereich (häusliche Krankenpflege, unzureichende Finanzierung, kaum qualifizierte Nachbarschaftshilfe, ambulante Hauspflegerinnen meist unterhalb der Sozialversicherungsgrenze entlohnt, ambulante Rehabilitation unterentwickelt, zu wenig Kurzzeitpflegeeinrichtungen, strukturelle Mängel bei Altenbegegnungsstätten und Altentagesstätten);
- Medikalisierung des Alterns (Fehleinschätzung der Chancen und Grenzen medizinischer Behandlung, fehlende Weiterbildung bei Ärzten und Pflegepersonal);
- Wohnen im Alter (Schaffung von alten- und behindertengerechtem Wohnraum mit verschiedenen Generationen);
- Alter und Verkehr (Erhaltung der Mobilität im wesentlichen an Umbau zum behindertengerechten öffentlichen Personennahverkehr gebunden).

Das Neue an dem Programm ist der „intersektorale und ressortübergreifende Ansatz mit Einbeziehung der Betroffenen auf allen Ebenen, die gesundheitliche Bedürfnisse berühren“. So schön steht es auf dem Papier. Doch Knackpunkt dieser „neuen“ Art des Miteinanderumgehens von Behörden und Initiativen bleibt der unklare Status der zu beteiligenden Altenvertreter, da ihre Rechte nicht definiert sind.

„Insgesamt ist der Informationsfluß der Projektleitung zu den Initiativen nicht gerade berückend“, bemängelt Ulrike Kaufmann von den Grauen Panthern. „Zuvor hatten wir einen Entwurf des Papiers im September '88 erhalten; seitdem war bis zum Treffen in der letzten Woche Funkstille. Für uns war es aber auch eine richtige Erholung, mal einen solchen Gesamtplan

vorgelegt zu bekommen, denn wir sind tagtäglich fast nur mit den negativen Problemen der alten Menschen konfrontiert, denen wir in der Regel allein einzeln helfen müssen.“ Selbstbewußt fügt sich hinzu: „Früher haben die Behörden gesagt, wir seien gegen alles. Heute sehen sie, daß unsere schon älteren Vorstellungen von organisierter Nachbarschaftshilfe, Kleinststationen im Wohngebiet, Hausgemeinschaften etc. sogar Geld sparen. Jetzt verkaufen sie das als ihre Ideen.“

Angst, daß die „Grauen Panther“ ver einnahmt würden von den Behördenvertretern, habe sie nicht, dafür seien sie noch helle genug. Die Probleme der

PARAMETER EINER GESUNDEN STADT

1. Saubere, sichere, physische Lebensbedingungen hoher Qualität (einschließlich Wohnqualität).
2. Eine ökologisch gut ausgewogene Umwelt inmitten eines globalen Ökosystems, das sich auf lange Sicht selbst erhalten kann.
3. Starke, sich gegenseitig unterstützende und sich untereinander nicht ausbeutende Gemeinschaften/Nachbarschaften.
4. Ein hohes Maß an öffentlicher Teilhabe an und Kontrolle über die Entscheidungen, die das Leben, die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinflussen.
5. Die Gewährleistung der Grundbedürfnisse aller Bevölkerungsgruppen in bezug auf Wasser, Unterkunft, Einkommen, Sicherheit, Arbeit.
6. Zugang für alle zu einer breiten Vielfalt an Kenntnissen, Erfahrungen und Dienstleistungen mit der Möglichkeit zu mannigfaltigen Kontakten, Interaktionen und Kommunikation.
7. Eine vielfältige, vitale und innovative Stadt-Ökonomie.
8. Förderung der Verbundenheit mit der Vergangenheit, mit dem kulturellen und biologischen Erbe und mit anderen ethnischen Erfahrungen, Gruppen und Individuen.
9. Ein Stadtmodell und eine Regierungsform, die selber zu den oben genannten Parametern passen und diese positiv verstärken.
10. Ein optimales, für jedermann (und jederfrau) zugängliches Maß an öffentlicher Gesundheits- und Krankheitsversorgung.
11. Hoher Gesundheitszustand sowohl im Sinne eines hohen positiven Gesundheitsstatus (Wohlbefinden) als auch im Sinne eines niedrigen Krankheitsstandes.

Alten könnten nur die Alten selber lösen. Jetzt bekämen sie sogar von den Wohnungsbaugesellschaften ganze Wohnblocks angeboten, während sie früher ständig mit so kleinen Forderungen nach breiteren Toilettentüren angeklopft seien. Insbesondere interessiere die „Panther“ das Modell der sogenannten Wohnungsbörse, wo ältere Hausbewohner ihre Wohnung mit einer Erdgeschosswohnung im selben Haus tauschen und so in ihrer alten Umgebung bleiben können.

Es sei keine geeignete Form gefunden worden, die Basisinitiativen für das „Gesunde Stadt“-Projekt zu gewinnen, bemängelt auch Annelie Keil, Professorin für Sozialpädagogik an der Universität Bremen, die sich mit einem Forschungsprojekt an dem „Gesunde Stadt“-Programm beteiligt. Sie sehe darüber hinaus die Gefahr, daß Gesundheitsförderung als soziale Kontrolle missbraucht werden könne. Diese Schwierigkeit gesteht auch Thomas Hilbert zu: „Es ist gerade das Dilemma von Gesundheitsämtern, im Alltag mit Aufgaben konfrontiert zu sein, die mit Gesundheitsförderung wenig, mit Kontrolle und Verwaltung hingegen viel zu tun haben.“

In München kam die Idee zur Teilnahme an dem WHO-Projekt aus der Ecke der Selbsthilfeinitiativen. Sie stieß relativ schnell auf Resonanz auch auf offizieller Seite: Es gründete sich eine Projektgruppe, in der Bürgermeister Dr. Hahnzog ehrenamtliche Stadträte und Stadträtinnen aus allen Fraktionen, Vertreterinnen der Frauengleichstellungsstelle, der Verwaltung und der Selbsthilfeinitiativen sitzen. Dort plante man nun ein Aktionsprogramm für Kinder und Jugendliche, eine Zielgruppe, an der exemplarisch die Umorientierung der Gesundheitspolitik deutlich werden soll, da sie keine Lobby haben, da ihre Meinung in der Regel nicht gefragt wird, auch wenn sie durch Politik unmittelbar betroffen sind, da sie zwar eine Minderheit, aber gleichzeitig „Sympathieträger“ sind. Beginnen wollte man zunächst mit einer Analyse der Situation von Kindern und Jugendlichen in der Millionenstadt.

Im Herbst 1987 wurden in einer Sitzung der Projektgruppe die Selbsthilfeinitiativen gebeten, Konzepte zur Verbesserung der Situation der Kinder und Jugendlichen zu erarbeiten. Fünf Schwerpunktthemen, die in Arbeitskreisen erörtert werden sollten, wurden festgelegt: Gesundheit/Ernährung; Wohnumfeld/soziale Umwelt; Gesunde Umwelt; Arbeitswelt/Lernwelt; Kinderlobby/Freizeit/Sport/Kultur.

Die Rolle der Verwaltung beschränkt sich bei der Erarbeitung der Themen auf die Sicherstellung des rein Organisatorischen. Dies vor allem deshalb, da die Vertreterinnen und Vertreter der einzelnen Gruppen eine Be-

**Samuel Stutz
EMBRYO
HANDEL**



Zytglogge

**Medizyniker:
Es begann mit dem Kauf
von vier abgetriebenen
Embryonen und den Unter-
suchungen im patho-
logischen und gerichts-
medizinischen Institut...**

**Die Angst der Psychiater:
Psychisches Leiden ist keine
Krankheit.
Die Medizinalisierung ab-
weichenden Verhaltens
durch die Psychiatrie
ist ein Irrweg.**



**IRRSINN
PSYCHIATRIE**
Marc Rufer · Zytglogge



Ob der Münchener Pakt der Stadtverwaltung mit den Selbsthilfe- gruppen auf die Dauer halten wird, muß sich erst zeigen. Viele Vorbehalte der Initiativen konnten ausgeräumt werden, doch haben sie selbst ausreichend langen Atem für ein so großes Projekt?

schniedigung ihrer Aktivitäten befürchteten, wenn die Verwaltungen in den Meinungsbildungsprozeß bereits von Anfang an miteinbezogen würden. Dies vor dem Hintergrund der naheliegenden Vermutung, daß die Verwaltung nicht so sehr an der Aufhellung von Problemen, sondern eher an der Beibehaltung des Status quo interessiert sei. Im Verlauf der Arbeit konnte, zumindest in Teilbereichen, das individuell gezeigte Engagement von Verwaltungsangestellten dieses Meinungsbild ein wenig verändern.

Die Projektgruppe koordinierte die mit engagierter Hilfe der aus den Selbsthilfeinitiativenbereich geleisteten Vorarbeiten für die am 26. 2. 1988 im Alten Rathaussaal durchgeführte ganztägige öffentliche Veranstaltung „Kinder in München – gesunde Kinder in einer gesunden Stadt“. Die in diesem Rahmen gewonnenen Erkenntnisse über geeignete Maßnahmen, die die Situation der Kinder und Jugendlichen in der Landeshauptstadt München verbessern würden, wurden in ein Aktionsprogramm eingebracht.

Exemplarisch seien hier nur einige Ideen und Konzepte genannt:

- Die Einrichtung von Zukunftswerkstätten, womit nicht nur für Kinder und Jugendliche, sondern mit ihnen gemeinsam geplant werden soll.
- Berufung eines/einer Kinderschutzauftragten, der/die zusammen mit einem Kinderparlament die gesellschaftliche Situation der Kinder in allen Bereichen kritisch offenlegt und für Kinder und Jugendliche offensiv eintreten soll.
- Die Auswirkung von Umweltbelastung aller Art und die Wirkung von Umweltschutzmaßnahmen der Stadt auf die Situation und Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen soll aufgezeigt werden.
- In Münchener Stadtvierteln sollen Naturhäuser eingerichtet werden, die Kindern und Jugendlichen (und auch Erwachsenen) Erfahrungen im bewußten Umgang mit der Natur und Umwelt vermitteln sollen.
- Durch eine Wanderausstellung mit dem Thema „Schlechte Luft in Kinderzimmern“ sollen die möglichen Schadstoffquellen aufgezeigt werden, um Konsumverhalten zu verändern.
- Durch gezielte Aufklärung und Information für Kinder, Jugendliche, Eltern und Erziehungspersonal soll die Notwendigkeit und die Möglichkeit zu einer gesunden Ernährungsweise aufgezeigt werden.
- Zur Entlastung von der Pflege behinderter Kinder und Jugendlicher sollen Eltern die Möglichkeit erhalten, sich vorübergehend von der Pflege zu entlasten.

Wie dies Programm umgesetzt werden kann, ist allerdings noch dahingestellt. Schon allein die Frage, ob der Pakt zwischen der Stadt München und den Selbsthilfegruppen auf die Dauer halten wird, muß sich erst zeigen, auch wenn Elisabeth Dronne vom Selbsthilfenzentrum München ein gutes Gefühl hat. Schwierigkeiten sieht sie weniger in der bisherigen guten Partnerschaft mit der Stadt, sondern eher bei den Initiativen, die nicht gewohnt sein, kontinuierlich an solchen großen Projekten zu arbeiten.

Probleme sieht auch der Projektleiter, Rudolf Breitmeister von den Grünen, auf die Initiativen zukommen, die unter chronischem Geldmangel leiden. Er kennt nämlich den Beschuß der Vollversammlung des Stadtrats vom 25. Januar dieses Jahres, der da lautet: „Aufgrund der Stellungnahme der Stadtkammer zu diesem Beschuß wird nochmals betont, daß die Verfolgung der Idee des „Gesunde Städte“-Projekts allein für sich keiner zusätzlichen Mittel bedarf.“ Es gehe vielmehr darum, in die Verwaltung und in die Politik bei den schon existierenden Maßnahmen die dem Projekt zugrundeliegende Idee der Gesundheitsförderung miteinfließen zu lassen. Das „Miteinfleßenlassen“ läßt sich die Stadt entsprechend zwei lächerliche ABM-Maßnahmen kosten: eine für das Selbsthilfenzentrum, eine für den Projektbereich im Gesundheitsreferat.

Die überzogenen Erwartungen, die das Projekt „Gesunde Städte“ und die medienwirksame Aufmachung nach sich ziehen, werden notwendigerweise enttäuscht werden, wenn die konkrete Ausgestaltung bei dem stehenbleibt, was bisher entwickelt wurde. Healthy Cities ist kein Projekt, das in absehbarer Zeit vorzeigbare Ergebnisse produzieren wird oder seriöse statistische Daten liefert. Die Zauberformel „Dialog mit allen Menschen“ löst nicht gesundheitliche Probleme, sie beseitigt keine Ungleichheiten in den Städten, sie minimiert nicht die Umweltrisiken. Allerdings können Healthy Cities Lösungswege aufzeigen. Aber das ist vermutlich eher anstrengend als spektakulär.

Auch das verständliche Interesse wissenschaftlicher Institutionen an dem Projekt „Gesunde Städte“ muß eher kritisch eingeschätzt werden. Zwar ist die Einbeziehung von Forschungsinstituten und Universitäten wesentlicher Bestandteil, aber ein akademisches Projekt ist Healthy Cities nicht. Denn es soll ja um Gesundheitsförderung in der Kommune gehen, um aktive Bürgerbeteiligung, also letzten Endes darum, Healthy Cities zum Thema für die Bürgerinnen und Bürger der Städte zu machen und nicht nur zum Thema wissenschaftlicher Publikationen.

Der Bremer Thomas Hilbert sieht die Lage ziemlich düster: Da Handlungsspielräume für Politiker im allge-

meinen und Kommunalpolitiker insbesondere eng seien, ließen Projekte wie Healthy Cities Gefahr, zur „eigentlichen“ kommunalen Gesundheitspolitik umgedeutet zu werden. Das Projekt würde somit zum bequemen Alibi dafür, notwendige Konflikte und Auseinandersetzungen im Verteilungskampf um die materiellen Ressourcen im Gesundheitswesen zu umgehen. So wenig sich Gesundheitspolitik der Zukunft auf Gesundheitsökonomie reduzieren lassen darf, so wenig darf aber auch die Kostendämpfungspolitik und Kostenumverteilungspolitik zu Ungunsten der Kranken ausgeklammert werden.

Vor diesem Hintergrund erscheint es in der Tat als pures Wunschedenken, wenn so getan wird, als könne irgendeine Veränderung in den Städten stattfinden, ohne die Fehler im System der Gesundheitspolitik anzugehen. Die Dominanz des kurativen Teils im Gesundheitssystem nennt er da nur als ein Stichwort unter vielen möglichen. Realistisch ist da eher die Einschätzung, daß mit den Healthy Cities nur symbolische Gesundheitspolitik betrieben wird. Die vordergründige Begeisterung, mit der in Bremen medienwirksam auf die Beteiligung am Healthy-City-Programm verwiesen wird, belegt die Annahme. Wenn nicht die Manövriertunfähigkeit der Gesundheitspolitik in neue Beweglichkeit verwandelt

wird, wenn nicht die Handlungsspielräume kommunaler Gesundheitspolitik erweitert werden, sind Healthy Cities nichts als bunte Luftballons. Langfristig jedenfalls können es sich weder Bundes-, noch Landes-, noch Kommunalpolitiker leisten, auf eigene Konzepte in Sachen Gesundheitswesen zu verzichten und die Politik der Appelle weiter zu betreiben. Die Hilflosigkeit der Gesundheitspolitik läßt sich nur überwinden, wenn Gesundheit wieder als politikfähiges Feld, vergleichbar mit der Arbeitsmarkt- und Umweltpolitik, erkannt wird. Mit Zauberformeln jedenfalls nicht. □

Healthy Cities wird in absehbarer Zeit die Städte nicht zu gesunden Städten machen. Das Projekt beseitigt nicht die Ungleichheit und nicht die Umweltbelastung. Vielleicht kann es immerhin Lösungswege aufzeigen



Anzeige:

**Einladung zum internationalen AOK-/WHO-Kongreß
Hamburg, CCH, 13. - 16.6.89**

Gesundheit als Herausforderung. Zur neuen Rolle für die Krankenversicherung.

Die Weltgesundheitsorganisation, der AOK-Bundesverband und die AOK Hamburg laden Gesundheitspolitiker, Vertreter aller Krankenkassen, Wissenschaftler, Selbsthilfegruppen sowie alle Heilberufe zum Kongreß »Gesundheit als Herausforderung - Zur neuen Rolle für die Krankenversicherung« ein.

Die traditionellen Konzepte der Medizin und der Gesundheitspolitik tragen den veränderten Lebens- und Umweltbedingungen nicht mehr ausreichend Rechnung.

Der Kongreß will neue Wege und praktische Konzepte einer vorsorgeorientierten Politik der Gesundheitsförderung aufzeigen und diskutieren.

Internationale und nationale Referenten aus verschiedenen Bereichen beleuchten das breite Spektrum an lokalen, regionalen und betrieblichen Handlungsmöglichkeiten.

Teilnahmegebühren: 380,- DM (ermäßigte Gebühr - z. B. für Studenten - 190,- DM).
Tageskarten an der Tageskasse.

Informationen, Anmeldung: Kongreßbüro AOK/WHO
Kaiser-Wilhelm-Straße 93 · D-2000 Hamburg 36.
Telefon: (0 40) 3 41 05-26 31.
Telefax: (0 40) 3 41 05-22 74 · Teletex: 403 620 = AOK HH.



ÄRZTETAG:

HEIMSPIEL?

APARTHEID macht KRANK
deshalb:
MASA-ÄRZTE nicht
willkommen!

Aber der Wert des Menschen hörte 1945 nicht auf, bedroht zu sein. Da gab es eine Leserbriefkampagne im Deutschen Arzteblatt, die nur so von Antisemitismus strotzte, da hat bis heute der Präsident der bayerischen Landesärztekammer, Professor Sewering, keine Scham über seine SS-Vergangenheit gezeigt. Und als diese aktuellen Beziehungen zur Ausstellung von den oppositionellen Delegierten aufgenommen wurden, da verlor die rechte Mehrheit der Delegierten die Fassung, da fiel die demokratische Maske, da wurden die mahnenden Delegierten niedergeschrien.

Nichtbefassung war die Antwort des Ärztetags auf die Forderung, sich an den Appell der südafrikanischen Mehrheit zu halten und Kongresse in dem Apartheidsstaat zu meiden, sich für den wegen Kriegsdienstverweigerung in Kapstadt einsitzenden Ivan Toms einzusetzen, Professor Sewering nicht mehr zu internationalen Organen zu entsenden. Und als der Vorstand der Berliner Ärztekammer zusammen mit den oppositionellen Delegierten am Tag der Verurteilung des Kollegen Horst Theissen in Memmingen eine Presseerklärung herausgab, in der vor den Folgen des Urteils gewarnt wurde, da tobte die Versammlung noch einmal.

Zuvor waren reihenweise Anträge der Oppositionellen in den Papierkorb gewandert, war nicht einmal die Andeutung einer Diskussion zur Problematik des Hungerstreiks der RAF-Gefangenen möglich. Und zu den drei Schwerpunkten des Deutschen Ärztetags, Fortbildung, Datenschutz und Arbeitslosigkeit von Ärztinnen und Ärzten gab es ständische Entschlüsse: Niemand solle die Fortbildung überprüfen, Auflockerung der herrschenden

Ein grün-alternativer Kammerpräsident als Gastgeber des 92. Deutschen Ärztetags. Heimspiel für die oppositionellen Ärztinnen und Ärzte? Winfried Beck, erstmals Delegierter auf dem Ärztetag, berichtet

Foto: Otto

Winfried Beck
st Vorsitzender
des Vereins de-
mokratischer
Ärztinnen und
Ärzte

Gastgeber des 92. Deutschen Ärztetags in Berlin war der grün-alternative Kammerpräsident Ellis Huber in einer Stadt, die gerade eine rot-grüne Regierungsbildung abgeschlossen hatte. Für die stockkonservative Ärztetagsmehrheit ein schwerer Brocken. Und die Berliner hatten vorgearbeitet: Unmittelbar vor dem Ärztetag der Kongreß „Zukunftsauflage Gesundheitsförderung“, dann der „Andere Ärztetag“ gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärztinnen und Ärzte und den IPPNW-Delegierten veranstaltet, mit Beschlüssen, von deren Verabschiedung auf dem offiziellen Ärztetag die 28 oppositionellen Delegierten nur träumen konnten. Und schließlich ein 1. Mai mit Ellis Huber als Redner.

Szenenwechsel: Die Eröffnung des Deutschen Ärztetags im Reichstagsgebäude mit Ehrengästen zum Gruseln: Der Chef der Berliner Republikaner, der südafrikanische Botschaftsrat und ein Vertreter des südafrikanischen Ärzteverbandes MASA, nach jahrelanger Praxis, wie zu erfahren war. Dieses Mal wurden die Rassisten aber mit einem Transparent konfrontiert: „Apartheid macht krank – deshalb: MASA-Ärzte sind nicht willkommen“. Im Tagungsgebäude des Deutschen Ärztetags, dem ICC, wurden dann die Delegierten mit der Ausstellung „Der Wert des Menschen – Medizin in Deutschland 1918 bis 1945“ konfrontiert. Viele waren beeindruckt von den zum Teil neu entdeckten Dokumenten ärztlicher Verbrechen, andere unterdrückten erkennbar ihre Wut darüber, daß ein „Teutscher“ Ärztetag eine solch offene Auseinandersetzung nicht mehr verhindern kann. Sie nahmen es zähnknirschend hin, hofften, einen Schlußstrich ziehen zu können, um endlich wieder Lust zu bekommen für rechte Politik.

den Datenschutzregelung für den Forschungsbereich, drastische Einschränkung des Zugangs zu den Universitäten.

Sein eigentliches Ziel hatte der Ärztekammervorstand aber längst erreicht: Den Elf-Millionen-Haushalt zu verabschieden, eine Beitragserhöhung für die 170 000 berufstätigen Ärztinnen und Ärzte zu beschließen, damit der bürokratische Wasserkopf mit 45 Vorstands- und 89 Präsidiumsmitgliedern, 24 Ausschüssen, 18 ständigen Kommissionen und anderem mehr weiter unbremst Standespolitik der feinsten Art betreiben kann. So bleibt der Eindruck, daß der Deutsche Ärztetag nichts als eine Show für die Medien, demokratisches Theater mit dem für den Außenstehenden kaum als solchen erkennbaren Hauptakt Beitrags erhöhung gewesen ist.

Und dennoch: Es ist den Funktionären nicht gelungen, einen Schlußstrich unter die eigene Vergangenheit zu ziehen. Die Politisierung der Deutschen Ärztetage steht erst an ihrem Anfang, die ständig und stetig wachsende innerärztliche Opposition wird trotz aller Wahlbehinderungen ihren Einfluß verstärken können. Und einen Fortschritt gab es auch auf dem 92. Deutschen Ärztetag. Das gesamte mit Stimm- und Antragsrecht ausgestattete Präsidium wurde aufgelöst. Die selbstherrlichen Eingriffe der in diesem Gremium versammelten Verbandsfunktionäre war selbst den Delegierten des Deutschen Ärztetages zu weit gegangen. Und schließlich war die Aufnahme der IPPNW auch nicht mehr länger aufzuschieben. □

Streichung des Paragraphen 218

Entschließungsantrag der oppositionellen Ärztinnen und Ärzte auf dem 92. Deutschen Ärztetag in Berlin

Wir fordern die Streichung des § 218 StGB, denn strafrechtliche Sanktionen verhindern keine Schwangerschaftsabbrüche. Eine breite Sexualaufklärung einschließlich kostenloser Vergabe nicht gesundheitsschädlicher Verhütungsmittel, eine kinder- und familienfreundliche Politik, die vor allem Frauen bessere Arbeits- und Lebensbedingungen garantiert, ist zu gewährleisten. Nur so läßt sich die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche senken.

Begründung:

Der Gesetzgeber hat mit dem § 218a des Strafgesetzbuches ausdrücklich Ärztinnen und Ärzte beauftragt, über das Vorliegen einer Indikation zum Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden. Diese Entscheidung muß der „ärztlichen Erkenntnis“ folgen.

Die Feststellung der Indikation nach § 218a des Strafgesetzbuches ist der Feststellung einer ärztlichen Diagnose gleichwertig. Beides ist das Resultat fachlicher ärztlicher Beurteilung und entzieht sich damit der Überprüfung durch eine nichtärztliche Profession.

Wenn also Juristen sich anmaßen, die ärztliche Indikation zum Schwangerschaftsabbruch aus eigener Erkenntnis zu beurteilen, zerstören sie das unverzichtbare Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin.

Ärztliche Erkenntnis ist notwendig immer auch subjektiv und unterliegt einzig und allein dem fachlichen, ethischen und berufsrechtlichen Diskurs der Ärzte im Dialog mit den Patienten.

Die schriftliche Feststellung über das Vorliegen einer Indikation zum Schwangerschaftsabbruch muß aus ärztlicher Sicht keine inhaltliche Begründung enthalten. Es ist nicht einsichtig, wieso hier etwas anderes gelten soll, als es bei Überweisungen übliche Praxis ist. Für sich selbst allerdings muß der Arzt seine Entscheidungsfindung so dokumentieren, daß sie für ihn und eine ärztliche Begutachtung inhaltlich und zeitlich nachvollziehbar ist.

Bei der Beurteilung über das Vorliegen einer Indikation, besonders der Notlagenindikation, muß die Selbsteinschätzung der betroffenen Frau hören.

Unter Bezugnahme auf den Memminger Prozeß stellen die oppositionellen Ärztinnen und Ärzte auf dem 92. Ärztetag in Berlin mehrere Anträge zum Paragraphen 218. Wir dokumentieren den weitreichendsten, der von Erni Balluf, Delegierter aus Hessen, eingebracht wurde. Eine Befassung des Antrags wurde vom Ärztetag abgelehnt

her bewertet werden als allgemeine Positionen und Meinungen, die von einzelnen gesellschaftlichen Gruppen öffentlich propagiert werden.

Ausgehend vom Minderheitsvotum der Verfassungsgerichter von 1975 sind wir der Auffassung, daß das ungeborene Leben nicht strafrechtlich geschützt werden muß. Der internationale Vergleich zeigt, daß die Rate der Schwangerschaftsabbrüche parallel zur Geburtenrate läuft: Länder mit steigender Geburtenrate zeigen auch steigende Abbruchzahlen. Ein selbstverständlicher und tabufreier Umgang mit Sexualität, Schwangerschaft und auch dem Schwangerschaftsabbruch ist ein wesentlicher Beitrag zum Lebensschutz.

Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes sind unverzichtbarer Bestandteil ärztlicher Tätigkeit. Sensible persönliche Daten von Patienten brauchen Schutz. Die Dokumentation zur Indikationsfeststellung sollte die Gefahr einer unverhältnismäßigen Beschlagnahme von Patientenkarten durch die Strafverfolgungsbehörden berücksichtigen.

Ärzte und Ärztinnen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, müssen etwaige Zweifel an der Indikation durch kollegiale und fachliche Rücksprache mit dem feststellenden Arzt oder der feststellenden Ärztin klären oder durch eine eigene Beurteilung ausräumen.

Lehren aus den Memminger Prozessen:

In Memmingen wurden sensible persönliche Daten den Strafverfolgungsbehörden zugänglich. Die Schweigepflicht und das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes wurden durch eine Lücke in der Strafprozeßordnung durchbrochen. Die Beschlagnahme von Patientenkarten war aus unserer Sicht nicht verhältnismäßig. Erst recht gilt dies für eine durch den ursprünglichen Anlaß der Beschlagnahmung nicht gedeckte Verwertung der Kartei.

Aus unserer gesellschaftspolitischen Verantwortung heraus wenden wir uns entschieden gegen ein solches Vorgehen der Strafverfolgungsbehörden.

Beschlagnahmte Patientenkarten dürfen grundsätzlich nicht zum Zwecke der Strafverfolgung gegen Patienten verwendet werden. Strafverfahren gegen Patienten, die auf vertraulichen Aufzeichnungen ihres Arztes beruhen, sind ein illegitimer und ethisch verwerflicher Eingriff in die Freiheit ärztlicher Berufsausübung und in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin.

Wir wenden uns entschieden gegen die Mißachtung der Würde von Frauen in Not und dagegen, daß die Strafverfolgungsbehörden ärztliches Handeln kriminalisieren, welches allein ärztlicher Beaufpflicht und dem ärztlichen Gewissen untersteht.

Eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch ist dringend notwendig. Humane, medizinisch fachgerechte und die Würde der Frau achrende Möglichkeiten der Behandlung müssen bundesweit flächendeckend bereitstehen. Die Wahl zwischen ambulanter und stationärer Versorgung muß garantiert sein.

Der Arzt und Kollege Dr. Theissen ist aufgrund einer spezifischen regionalen Diskriminierungs- und Unterdrückungssituation von Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft in Konflikt mit dem Gesetz geraten. Sein Verhalten folgte ärztlich-ethischen Vorstellungen, die nachvollziehbar und verständlich sind. Diese ärztliche Einstellung und dieses ärztliche Handeln des Kollegen Dr. Theissen verdienen Solidarität und kollegialen Schutz.

Urteil im Memminger Prozeß Stellungnahme der Pro Familia

Urteil im Memminger Prozeß: Ein Mensch wird geopfert

Die Verurteilung von Dr. Horst Theissen im Memminger Abtreibungsprozeß zu zweieinhalb Jahren Gefängnis ohne Bewährung ist ein Akt politischer Justiz. Mit der Vernichtung Dr. Theissens sollen Frauen und Ärzteschaft eingeschüchtert und soll nachträglich der 1976 geänderte Paragraph 218 StGB mit der Notlagenindikation „korrigiert“ werden.

Schon der Prozeß hatte Gegenkräfte mobilisiert. Das heutige Skandalurteil wird den Widerstand noch verstärken. Pro Familia appelliert an alle Frauen, Ärzte und sonstige Beteiligte am legalen Schwangerschaftsabbruch, sich nicht in vorausseilendem Gehorsam an diesem Urteil zu orientieren. Pro Familia wird sich in ihrer Arbeit – anders

als das Memminger Gericht – weiterhin nach dem Gesetzeswortlaut des Paragraphen 218 StGB und seiner Auslegung durch ein Urteil des Bundesgerichtshofes von 1985 richten.

Dr. Theissen, der bereits durch Untersuchungshaft, achtmonatiges Verfahren und die Aufgabe seiner Praxis schwer geschädigt ist, bedarf nach dem brutalen Richterspruch solidarischer Unterstützung.

In Memmingen sind politisch motivierte Schauprozesse geführt worden

Entgegen einem weit verbreiteten Mißverständnis ging es in Memmingen nur am Rande darum, daß Dr. Theissen Schwangerschaftsabbrüche ambulant vorgenommen hat, ohne hierfür eine Zulassung zu haben, und daß er in einer Reihe von

Fällen gesetzliche Verfahrensregeln übertraten hat.

Kern des achtmonatigen Prozesses war der Vorwurf, die Frauen und Dr. Theissen hätten für die Abbrüche keine vom Gesetz gedeckten Gründe gehabt. In jedem einzelnen Fall wurde die Notlagen-Indikation geprüft und verworfen; für die Memminger Staatsanwälte und Richter steht sie nur auf dem Papier.

Das Ziel ist Verunsicherung und Einschüchterung. Allen potentiell Betroffenen – Frauen, ihren Ärzten und Partnern – soll vorgeführt werden, daß auch sie mit Ermittlungen und Strafen überzogen werden könnten. Dies zu erreichen, kannte die Memminger Justiz keine Hemmungen:

- Man hat die gesetzlich geschützte Vertraulichkeit des Arzt-Patient-Verhältnisses rücksichtslos

durchbrochen durch Beschlagnahme der gesamten Patientenkartei und Auswertung aller Daten zu Strafverfolgungszwecken.

– Man hat die Angst der Frauen vor öffentlicher Zurschaustellung ihres Privat- und Intimlebens ausgenutzt in der zynischen Erwartung, daß hier mit geringem Widerstand zu rechnen ist: Zuerst wurden sie im Fließbandverfahren per Strafbefehl abgeurteilt. Dann erhielten sie Fragebögen zur Ausforschung ihres gesamten Lebens und dessen ihrer Angehörigen sowie die Aufforderung, Dr. Thielssen von seiner ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Ihnen wurde vorgespiegelt, sie könnten weiteren Behelligungen entgehen, wenn sie dem Gericht Belastungsmaterial lieferten. Bei der Eröffnung der Hauptverhandlung wurden die Namen aller Zeuginnen öffentlich verlesen. Erst dann wurde dann bei den Vernehmungen der Frauen die Öffentlichkeit ausgeschlossen. Die Behandlung durch Polizei und Gericht zeigte von erschreckender seelischer Rohheit und Verständnislosigkeit.

– Man hat den Prozeß auch dann noch fortgesetzt, als die moralische Legitimation des Gerichts für alle Öffentlichkeit längst dahin war. Einer der Richter, der die Frauen monatelang mit besonders bohrenden Fragen nach ihren finanziellen Verhältnissen drangsaliert hatte, mußte schließlich wegen Befangenheit ausgewechselt werden. Mit seiner Zustimmung und Hilfe war vor einigen Jahren, als er noch Staatsanwalt war, eine Schwangerschaft seiner Freundin abgebrochen worden.

Ein Mensch wird geopfert

Um des Abschreckungseffektes willen hat die Memminger Strafjustiz Dr. Theissens persönliche Integrität, seine wirtschaftliche Existenz und die seiner Familie zerstört. Die anerkannten fachlichen und menschlichen Qualitäten des Arztes Dr. Theissen fanden keinen Respekt. Er wurde unter seelischen Druck gesetzt, indem seine Patientinnen, die sich ihm in einer schwierigen Lage anvertraut hatten, in inquisitorischer Manier verhört wurden.

Gegenöffentlichkeit wurde mobilisiert

Nach anfänglichem Versagen der Öffentlichkeit ist mittlerweile, dank einiger engagierter Journalistinnen, die öffentliche Reaktion auf die Prozesse beinahe einhellig negativ. Alle haben begriffen, daß hier die Notlagenindikation und damit praktisch die Legalität des Schwangerschaftsabbruchs auf dem Spiel steht. Öffentliche Protestkampagnen von Frauen, Männern, Ärzten und zahlreichen Organisationen haben in den vergangenen Monaten demonstriert, daß die Bevölkerung eine Rückkehr zur totalen Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs nicht hinnehmen wird.

Die Memminger Urteile binden niemanden

Prozesse dieses Ausmaßes und mit dieser Härte geführt, sind gegenwärtig wohl nur in der bayerischen Provinz möglich. Pro Familia legt Wert auf die Klarstellung, daß die Memminger Urteile gegen Frauen und ihre Männer sowie das jetzt gegen Dr. Theissen gefallte Urteil keine Frau, keine Ärztin, keinen Arzt und keine Beratungsstelle binden.

Das Gericht folgte der Rechtsauffassung des Bayerischen Obersten Landesgerichtes; auch hier sollte mit Hilfe einer extrem einseitigen Auslegung des Verfassungsgerichtsurteils von 1975 die Änderung des § 218 von 1976 nachträglich „korrigiert“ werden. Festzuhalten ist jedoch: kein anderes Oberlandesgericht hat bis heute so geurteilt wie das bayerische.

Pro Familia hält den Wortlaut des Gesetzes für maßgeblich und sieht sich in dieser Auffassung durch ein Urteil des Bundesgerichtshofes (6. Zivilsenat) von 1985 bestätigt. Dieser räumt den Ärzten einen individuellen Beurteilungs-Spielraum ein, wenn sie eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch feststellen, über den kein Gericht sich im nachhinein zugunsten seiner eigenen Auffassung hinwegsetzen darf.

Einschüchterung darf nicht erfolgreich sein

Wir appellieren an alle Ärztinnen und Ärzte, sich nicht einschüchtern zu lassen, sondern die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch weiterhin selbstbewußt und nach eigener Erkenntnis zu beurteilen.

Wir appellieren an alle betroffenen Frauen und anderen an gesetzlichen Verfahren zum Schwangerschaftsabbruch Beteiligten, sich sofort und öffentlich zur Wehr zu setzen, wenn Polizei und Justiz in ihre Rechte eingreifen. Memmingen hat vor allem eines gezeigt: Schweigen aus Scham oder Angst vergrößert nur den Schaden.

Wir appellieren an die Öffentlichkeit, besonders an die Medien, solchen Übergriffen ihre Aufmerksamkeit zu widmen und die Betroffenen in ihrem Widerstand dagegen zu unterstützen.

Forderungen von Pro Familia

Durch Verlauf und Ergebnisse der Memminger Verfahren sieht Pro Familia sich in der Auffassung bestätigt, daß eine strafrechtsfreie Regelung des Schwangerschaftsabbruchs nötig ist. Kriminalisierung von abtreibenden Frauen und Ärzten dient nicht der Vermeidung von ungewollten Schwangerschaften, sondern ist Teil einer frau-

verachtenden Politik. Pro Familia hält folgende kurzfristige Veränderungen als Lehren aus den Memminger Prozessen für unabdingbar:

1. In allen Regionen der Bundesrepublik müssen Einrichtungen für ambulante Abbrüche zugelassen werden. Frauen, die sich keiner Zwangshospitalisierung aussetzen wollen, und ihre Ärzte dürfen nicht länger durch die Willkür einiger Landesregierungen in die Grauzone zwischen Legalität und Illegalität gedrängt werden. Ebenso muß endlich vermieden werden, daß jährlich zehntausende von Frauen aus der Bundesrepublik wegen Abtreibungen zwangsweise in andere Bundesländer oder ins Ausland reisen müssen.

2. In allen Regionen der Bundesrepublik muß es ein plurales Angebot von Beratung gemäß § 218 b StGB geben. Es ist unerträglich, daß Frauen deshalb auf Beratung verzichten – und damit auf die gesetzlich garantierte Straffreiheit des Schwangerschaftsabbruchs –, weil sie in konfessionellen oder staatlichen Beratungsstellen keine unvoreingenommenen Gespräche erwarten.

3. Der gesetzliche Schutz des Arzt-Patient-Verhältnisses muß dringend verbessert werden. Es muß verhindert werden, daß die Beschlagnahme von Patientenkarten wegen Rechtsverstößen des Arztes dazu benutzt wird, gegen die Patientinnen oder Patienten vorzugehen.

4. Die landesrechtlichen Vorschriften in Bayern und Baden-Württemberg, die den Zugang zum legalen Abbruch zusätzlich erschweren – durch Trennung von Indikationsfeststellung und Beratung –, müssen abgeschafft werden. Pläne für ein entsprechendes Bundesgesetz, das sogenannte Beratungsgesetz, gehören endlich in den Papierkorb.

Die Memminger Prozesse haben schlagend gezeigt, daß die Slogans der Verfechter solcher Regelungen („Hilfe statt Strafe“) pure Heuchelei sind. Genau solche Zusatzhürden haben sich für die verurteilten Frauen und Dr. Theissen als Fallstricke erwiesen: Es kam ausschließlich in solchen Fällen zu einer Verurteilung, in denen die Frauen sich dem aus ihrer Sicht unzumutbaren und bevormundenden „Hilfsangebot“ zusätzlicher Instanzen entzogen hatten.

Pro Familia erneuert die Bitte um Spenden für die Prozeßkosten, die Dr. Theissen zu tragen hat. Dies ist ein geringer Beitrag, den die solidarische Öffentlichkeit leisten kann.

Sonderkonto Dr. Theissen
Humanistische Union
Konto 1700 678 604
BLZ 700 101 11
BfG München

Primärprävention als Aufgabe der Krankenkassen?

Von Uwe Lenhardt

Fortsetzung aus dg 5/89

Maßnahmen der GKV auf dem Gebiet der Verhaltensprävention

Gemessen am finanziellen Aufwand muß der Umfang präventionsbezogener Aktivitäten der Krankenkassen als geradezu lächerlich gering erscheinen: Die in der amtlichen GKV-Statistik ausgewiesenen Mittel für „Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten“ (ohne Früherkennungsmaßnahmen) bewegen sich schon seit mindestens zehn Jahren mit kaum nennenswerten Schwankungen deutlich unterhalb eines Anteilswertes von einem Prozent der gesamten Leistungsausgaben der GKV. Zu-

letzt, im Jahr 1987, lagen sie bei etwa 0,7 Prozent. Hieran bleiben nach Abzug der im Grunde nicht dem primärpräventiven Bereich zuzuordnenden „Vorbeugenden Maßnahmen für Einzelpersonen“ (Vorsorgekuren u.ä.) ganze 0,16 Prozent für „Allgemeine Aufwendungen für Vorbeugung und Verhütung“ (einschließlich Soziale Dienste) übrig. Der weitaus größte Teil (67 Prozent) dieser Kosten wird von den Ortskrankenkassen getragen, die Angestelltenersatzkassen, auf die immerhin 30,6 Prozent aller Leistungsausgaben der GKV entfallen, kommen hier lediglich auf 17,6 Prozent, ein ähnliches Mißverhältnis besteht bei den Betriebskrankenkassen (Berechnungen nach: BMAS 1988).

Obwohl diese Daten für sich genommen schon gegen ein ausreichendes präventives Engagement der Krankenkassen zu sprechen scheinen, sollte man vermeiden, die vorherrschende ökonomisierende Sichtweise gesundheitspolitischer Probleme in der Weise zu reproduzieren, daß die Höhe der Ausgaben zum hauptsächlichen Bewertungskriterium primärpräventiver Maßnahmen gemacht wird. Entscheidend für die Beurteilung der Präventionspraxis hat vielmehr der Grad ihrer qualitativen Problemadäquanz zu tun. Welche Aussagen lassen sich nun diesbezüglich treffen?

Bei allen Kassenarten liegt der Präventionschwerpunkt eindeutig im Verhaltensbereich

(Rauchen, Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung usw.), d.h. auf Maßnahmen zur Beeinflussung des persönlichen Lebensstils (vgl. für die AOKen: Eberle 1985a; für die BKKen: Hauß 1985b). Hierbei versuchen die Kassen seit einiger Zeit, stärker dem Umstand Rechnung zu tragen, „daß die bloße Wissensvermittlung in den Strategien gesundheitlicher Aufklärung mit dem Ziel positiver Beeinflussung von Gesundheitsverhalten insbesondere bei den Angehörigen der Unterschicht nur wenig erfolgversprechend ist und daß grundsätzlich ein vermehrtes Wissen nicht automatisch eine Verhaltensänderung bewirkt“ (Enquête-Kommission 1988, S. 55). Es wird daher nicht mehr nur auf die traditionellen Methoden der Gesundheitsaufklärung und -erziehung zurückgegriffen, sondern mittlerweile auch ein breiteres Spektrum zielgruppenspezifischer Kurse und Beratungen auf der Grundlage verhaltenstherapeutischer Konzeptionen angeboten. Als Beispiele seien hier die Vorsorgeprogramme der AOK Mettmann (vgl. BMAS 1985, Bd. 1) sowie das Modellprojekt „Herz-Kreislauf-Prävention durch Betriebskrankenkassen“ (vgl. Wengle/Schmidt 1988) genannt. Auch was die Organisationsform verhaltenspräventiver Maßnahmen anbelangt, wurden in den vergangenen Jahren bemerkenswerte Fortschritte erzielt: So sind bei einer Reihe von Ortskrankenkassen die Vorsorgeaktivitäten in „Gesundheitszentren“ zusammengefaßt (vgl. Würster 1985), die z.T. über das eigene Kurs- und Beratungsangebot hinaus wichtige Funktionen, beispielsweise als Unterstützungs- und Koordinationsinstanz für die Arbeit von Selbsthilfegruppen, erfüllen (vgl. die Darstellung des Selbsthilfegruppen-Kooperationsmodells der AOK Mainz-Kinzig in: Wengle 1988). In einigen Fällen beteiligen sich die Krankenkassen neben anderen präventionspolitisch relevanten Akteuren an fest institutionalisierten regionalen Kooperationsprojekten wie dem von der AOK, der Kommune, dem Land Bayern, der Volkshochschule, der bayerischen Landesärztekammer und der Landesversicherungsanstalt getragenen „Gesundheitspark“ in München (vgl. hierzu: Eberle 1985b) oder der regionalen Gesundheitsvorsorge-Arbeitsgemeinschaft, zu der sich die AOK Unna mit anderen Kassen sowie mit dem Kreigesundheitsamt, der VHS, der Kreisapotheke und den Ärzten zusammengeschlossen hat (vgl. Eberle 1985a, S. 306). (...)

Gemessen an dem von den Kassen selbst formulierten Anspruch, daß Vorsorgeangebote „auf spezifische Belastungen, Lebenslagen, Morbiditäten und Zugangsbarrieren zu Gesundheitseinrichtungen“ abzustimmen seien (AOK-Bundesverband 1987, S. 105), muß die gegenwärtige Präventionspraxis der GKV-Träger – trotz aller erwähnten Fortschritte – aber als unbefriedigend erscheinen. Die Tatsache, daß sie nach wie vor „von Maßnahmen moralisierender Aufklärung beherrscht“ wird (Gesundheitspolitische Strukturkommission 1988, S. 76) ist dabei noch nicht einmal entscheidend – konzeptionelle Alternativen zu dieser Art von „Vorsorge“ sind von den Krankenkassen ja durchaus entwickelt und umgesetzt worden. Das zentrale Problem besteht vielmehr darin, daß sich auch differenziertere sozialtherapeutische Modelle der Verhaltensmodifikation grundsätzlich innerhalb der engen Grenzen bewegen, die ihnen als individuenzentrierten Ansätzen gezogen sind: Sie Intervenieren „nicht direkt in den Verursachungszusammenhang“ von Krankheit, „sondern in die Vermittlungskette“, wobei „die realen Verhaltensalternativen, die angeboten werden können, auf Kompensation oder Vermeidung angelegt (bleiben)“ (Göckenjan 1980, S. 170). Solche Konzepte unterliegen daher immer der „Gefahr einer Umthematisierung der gesundheitsrisikanten Arbeits- und Lebensbedingungen in Fragen des individuellen Lebensstils“ (Enquête-Kommission 1988, S. 68).

Ein Blick auf die konkreten Resultate verhaltensbezogener Vorsorgeprogramme zeigt, daß hier von einer auch nur annähernden Realisierung der

o. g. Präventionsziele nicht die Rede sein kann. Die in wissenschaftlichen Begleitstudien aufgeführten Teilnehmerzahlen und Erfolgsquoten vermögen lediglich bei oberflächlicher Betrachtung zu beeindrucken; im Grunde dokumentieren sie nur, wie groß die Diskrepanz zwischen den durch individuen- und verhaltenszentrierte Präventionsmaßnahmen zu erzielenden Wirkungen und den tatsächlichen präventionspolitischen Erfordernissen ist. Der volksgesundheitliche Ertrag dieser Art von Prävention muß schon deshalb minimal bleiben, weil sie einen breiten, ursachenbezogenen Zugriff auf die gesundheitlichen Problemlagen in der Bevölkerung konzeptionell gar nicht zuläßt. Für den einzelnen Teilnehmer können solche Vorsorgeangebote wie Raucherentwöhungs- oder Übergewichtskurse zwar durchaus positive gesundheitliche Effekte haben – auf diesen individuellen Nutzen wird denn auch vornehmlich Bezug genommen, wenn es um die inhaltliche Legitimation verhaltenspräventiver Maßnahmen der Krankenkassen geht (vgl. etwa: Eberle 1985a, S. 590) –, in gesamtgesellschaftlicher Perspektive betrachtet ähneln sie aber letztlich doch eher dem Versuch, mit dem Sieb Wasser zu schöpfen.

Von der relativ geringen Reichweite dieser Maßnahmen zeugt indes nicht nur deren allgemein niedrige (und vermutlich nur begrenzt steigerbare) Inanspruchnahme, sondern auch ihre ausgeprägte schichtspezifische Selektivität: In mehreren Analysen zur Teilnehmerstruktur von Gesundheitsvorsorgeangeboten konnte eine z.T. deutliche Unterrepräsentanz der unteren Sozialschichten nachgewiesen werden (vgl. Lembke 1985, S. 214 ff.; BMAS 1985, Bd. 1, S. 24 ff.; Forschungsverbund 1987, S. 127), was um so schwerer wiegt, als hier die Betroffenheit von Krankheitsrisiken besonders hoch ist. Trotz allen Bemühens um „Zielgruppenorientiertheit“ scheint sich also die ungleiche soziale Verteilung von Gesundheitsschancen in den Strukturen verhaltensbezogener Präventionsmaßnahmen zu reproduzieren. (...)

Vieles deutet also darauf hin, daß die dominierenden Formen personaler Prävention zumeist im Rahmen dessen verbleiben, was im vorangegangenen Abschnitt mit dem Begriff der „symbolischen Politik“ bezeichnet wurde. Eine den objektiven präventionspolitischen Notwendigkeiten entsprechende Problemlösungskapazität besitzen sie demnach nicht. Als gleichsam konzentrierter Ausdruck symbolischer (Präventions-)Politik kann das „Gesundheitskassen“-Konzept der AOKen gelten: Prävention wird hier begrifflich zur „immer bewußteren Gestaltung des persönlichen Lebensstils“ verdünnt, Gesundheit erscheint primär als „Produkt eines neuen Lebensgefühls“, das zu vermitteln sich die „neue Unternehmensphilosophie“ zum Ziel setzt (AOK-Bundesverband 1988a, S. 210). Worum es dabei in der Hauptsache gehen dürfte, sagt der AOK-Bundesverband erstaunlich offen: nämlich um die Sicherung „eines angemessenen Marktanteils mit guten Risikogruppen“ (ebd., S. 202), d.h. vor allem: jungen Mittelschichtangehörigen. Prävention gerät so zu einem vorwiegend wettbewerbsstrategischen Instrument, zu einem Marketingkonzept, welches die durch Ausgabensteigerungen und ungleiche Risikostrukturen angeschlagene Konkurrenzposition gegenüber anderen Kassen verbessern helfen soll. Die Profilierung der AOK als „Gesundheitskasse“ folgt damit „weniger der Einsicht in gesundheitspolitische Notwendigkeiten“ als vielmehr „dem Kostendruck aus dem kurativen Bereich und dem Konkurrenzdruck im gegliederten Krankenversicherungssystem“ (Gesundheitspolitische Strukturkommission 1988, S. 75). Nennenswerte präventive Effekte wird eine solche Strategie gewiß nicht zeitigen. Daß auch die von ihr erhofften ökonomischen Vorteile (höhere Attraktivität für „günstige“ Risikogruppen, infolgedessen geringere Ausgaben) Illusion bleiben müssen – denn letztlich entscheidet über die (ohnehin eingeschränkte) Kassenwahl nicht die „Unterneh-

mensphilosophie“, sondern der Beitragssatz! –, sei hier nur am Rande bemerkt.

Perspektiven jenseits symbolischer Präventionspolitik?

wie gezeigt, sind rein verhaltens- und individuenorientierte Vorsorgekonzepte kaum geeignet, den zentralen Erkrankungsrisiken in unserer Gesellschaft wirksam zu begegnen. Reale Präventionseffekte können nur von einer Strategie erwartet werden, die diesen verengten Bezugsrahmen sprengt und alle – objektiven wie subjektiven – gesundheitserlevanten Dimensionen der Lebensweise (nicht nur einzelne, als „Risiko“ definierte Verhaltenssegmente) einbezieht. Neben entsprechenden zentralstaatlichen und tarifpolitischen Regelungen würde dies die Schaffung einer integrierten betriebs- und gemeindebezogenen „Vorsorgeinfrastruktur“ (Gesundheitspolitische Strukturkommission 1988, S. 77) erfordern, welche aus politischen und sozialmedizinischen Gründen auch die „verantwortliche Teilhabe von Versicherten, Bürgern und interessierten Gruppen am ganzen Planungs- und Aktionsprozeß“ (ebd.) zu gewährleisten und in diesem Sinne die Handlungsfähigkeit der Betroffenen zu fördern hätte.

Selbstverständlich wären die Krankenkassen alleine mit der Umsetzung einer solchen Strategie überfordert. Prävention ist stets „als gesamtgesellschaftliche Problemstellung und damit als öffentliche Gemeinschaftsaufgabe“ (Enquête-Kommission 1988, S. 74) zu betrachten, deren Erfüllung nur möglich ist, wenn die bei verschiedenen Trägern angesiedelten Kompetenzen und Ressourcen im Rahmen institutionalisierter Kooperationszusammenhänge mit rechtlich gesicherten Einflußmöglichkeiten und Entscheidungsbefugnissen zusammengeführt werden. Denkbar sind z.B. regionale Arbeitsgemeinschaften oder „Gesundheitskonferenzen“, die nach Maßgabe klar definierter Ziele in einem öffentlichen und transparenten Prozeß regionale Gesundheitsprogramme erarbeiten und entsprechende Umsetzungsschritte festlegen (vgl. ebd., S. 75 ff.).

Unabdingbare Voraussetzung hierfür ist in jedem Falle eine umfassende und differenzierte Beobachtungsaufnahme der in der jeweiligen Population vorhandenen Gesundheitsprobleme. Hier liegt m.E. eines der wichtigsten zukünftigen Aufgabenfelder der GKV: Diese verfügt nämlich über einen enormen Fundus an Routinedaten, die – in geeigneter Weise aufbereitet – das Kernstück einer soziomedizinischen Berichterstattung darstellen könnten. Die Verwertbarkeit von Orts- und Betriebskrankenkassendaten für die Identifizierung gesundheitlicher Belastungsschwerpunkte in der Arbeitswelt wurde bereits in mehreren Forschungsprojekten unter Beweis gestellt (vgl. als Überblick: Müller u.a. 1985; Schröder/Thiele 1985). Die regionalisierten Daten der AOKen haben sich darüber hinaus auch für die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Umweltbelastungen und Morbidität als nützlich erwiesen (vgl. Die Ortskrankenkasse 20/1988, S. 596). Einen Schritt weiter als diese Studien geht ein neueres Vorhaben der Betriebskrankenkassen: Das Projekt „Krankenkassen- und Betriebsmedizindaten für den betrieblichen Gesundheitsschutz“ zielt auf die modellhafte Erstellung eines die verschiedenen arbeitsweltbezogenen Informationsstränge und Datenkreise integrierenden betrieblichen Gesundheitsberichts als Grundlage präventiver Maßnahmen sowie auf die verbesserte Kooperation zwischen den für die betriebliche Gesundheitsförderung maßgebenden Instanzen (BKK, Unternehmensleitung, Betriebsrat, Arbeitssicherheitsfachkräfte, Betriebsärzte) (vgl. die Projektbeschreibung bei: Schröder/Zoike 1987; erste Ergebnisse in: dies. 1989).

Solche epidemiologischen Berichtssysteme sind auch auf regionaler Ebene denkbar und wün-

schenwert. Als Informationsquelle kämen hier v. a. die Routinedaten der AOKen in Frage. Auch bei entsprechender Aufbereitung reichen diese allein jedoch nicht aus, um zu einem für die Konzipierung wirksamer Präventionsstrategien erforderlichen vollständigen Bild des Erkrankungsgeschehens zu gelangen – zumal in Regionen, wo die AOKen nur über einen relativ niedrigen „Marktanteil“ verfügen. In einem präventionspolitisch aussagekräftigen regionalen Gesundheitsbericht müßten also zusätzlich Informationen der anderen Kassen und Sozialversicherungsträger, der medizinischen und sozialen Versorgungseinrichtungen und nicht zuletzt der Versicherten selbst (etwa durch Erhebungen von Befindlichkeitsmitteilungen) Eingang finden (vgl. Enquete-Kommission 1988, S. 71f.). Zweifellos stößt die Zusammenführung dieser Informationsstränge gegenwärtig noch auf enorme rechtliche und organisatorische Barrieren (wobei der Hinweis gestattet sei, daß deren Überwindung im Rahmen einer Einheitsversicherung wesentlich leichter ließe). Doch auch unterhalb dieser Ebene der Problembehandlung kann die differenzierte Auswertung der Krankenkassen-Routinedaten nach sozialepidemiologischen Kriterien wichtige Funktionen erfüllen:

- In bestimmten Bereichen erlaubt sie eine „relativ präzise Beschreibung von Belastungs- und Erkrankungsschwerpunkten“ und erhöht damit die „Treffsicherheit jeder präventiven Maßnahme, wer immer sie letztlich durchführt“ (ebd., S. 72).
- Des weiteren sind positive kasseninterne Effekte in dem Sinne zu erwarten, daß durch „die beständige Konfrontation mit ihrem eigentlichen Aufgabenfeld, der Gesundheit der Versicherten, ... die Selbstverwaltungen und Geschäftsführungen ... dazu angeregt (werden), nach konkreten und zielbezogenen Möglichkeiten der Krankenverhütung und Gesundheitsförderung zu suchen“ (ebd.). Den präventionsbezogenen Aktivitäten der GKV könnte damit ein Gutteil ihrer Zufälligkeit genommen werden.
- „Durch die Verbreitung von Informationen über die gesundheitliche Lage der Versicherten und über deren soziale Ursachen“ kann die Kasse schließlich „auch dort gesundheitspolitischen Nutzen stiften, wo sie keine formelle und/oder operative Zuständigkeit hat“ (ebd.). Die mit entsprechenden gesundheitspolitischen Forderungen verknüpfte öffentliche Thematisierung der durch die Aufbereitung von GKD-Routinedaten gewonnenen epidemiologischen Erkenntnisse könnte die maßgeblichen Entscheidungsträger unter Handlungsdruck setzen und so die Einleitung notwendiger Schritte auf dem Gebiet der Prävention beschleunigen. Ein solcher Effekt dürfte sich um so eher einstellen, je stärker die o. g. Maßnahmen zur Mobilisierung der Versicherten für ihre gesundheitspolitischen Interessen genutzt werden. Dies setzt jedoch voraus, daß sich die systematische Auswertung der Kassendaten nicht unter der Hand in ein Instrument zur Versichertenkontrolle verwandelt (vgl. Hauß 1985a, S. 230f.).

Die vorhandenen Ansätze einer verhältnisbezogenen Präventionsarbeit der Krankenkassen zeigen, daß die GKV durchaus nicht zwangsläufig auf den Aktionsrahmen symbolischer Politik festgelegt ist. Trotz aller externen und internen Restriktionen scheint eine Orientierung des Kassenhandelns an den realen präventionspolitischen Erfordernissen zumindest ansatzweise möglich (ohne daß deshalb eine grundlegende Veränderung der restriktiveren Strukturen überflüssig wäre). Perspektivisch deutet sich damit eine neue Funktion der GKV als „Thematizierungs-, Koordinations- und Initiativinstanz für Prävention“ an (Enquete-Kommission 1988, S. 76). Es wird nicht zuletzt an den gewerkschaftlich organisierten Versichertenvertretern in der Selbstverwaltung liegen, die in diese Richtung weisenden Entwicklungen voranzutreiben. Bedingung hierfür ist die Bereitschaft zur

Kooperation, aber ggf. auch zum Konflikt mit anderen gesundheitspolitischen Akteuren.

Literatur

- Albrecht, M.: Leere Kassen – Wie geht's weiter mit der AOK? In: Demokratisches Gesundheitswesen 2/1989, S. 11–15.
- AOK-Bundesverband (1987): Thesen zur Gesundheitsvorsorge in der AOK-Gemeinschaft mit Erläuterungen. In: Die Ortskrankenkasse 4/1987, S. 104–107.
- Ders. (1988a): AOK – Die Gesundheitskasse. In: Die Ortskrankenkasse 7–8/1988, S. 201–204.
- Ders. (1988b): Prävention als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Die Ortskrankenkasse 20/1988, S. 589–590.
- Beske, F. (1988): Prävention als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Deutsches Ärzteblatt 31–32/1988, S. 1515–1518.
- Borgers, D. (1988): Lassen sich durch Prävention Kosten sparen? In: Grenzen der Prävention. Argument-Sonderband AS 178. Berlin (West) 1988, S. 50–62.
- Braun, B. (1985): Selbstverwaltung und Selbstverwalter als Präventionsanwälte? Probleme und Perspektiven. In: Rosenbrock/Hauß 1985, S. 177–188.
- Ders./Reiners, H./Teschke, U. (1983): Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Bedingungen und Chancen gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik als sozialpolitische Mitbestimmung. In: Soziale Sicherheit 10/1983, S. 316–324.
- Dies. (1984): Selbstverwaltung und Gesundheitspolitik. In: Wie teuer ist uns Gesundheit? Argument-Sonderband AS 113. Berlin (West) 1984, S. 147–159.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) 1985: Wissenschaftliche Vorbereitung und Begleitung des Modells Gesundheitsberatung in der gesetzlichen Krankenversicherung am Beispiel der AOK Mettmann. 2 Bde. Bonn 1985.
- Ders. (1987): Solidarität und Eigenverantwortung. Entscheidungen über Grundsätze der Strukturreform im Gesundheitswesen. In: Sozialpolitische Informationen vom 8. 12. 1987.
- Ders. (Hrsg.) (1988): Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1987. Statistischer und finanzieller Bericht. Bonn 1988.
- Däubler, W. (1984): Präventiver Gesundheitsschutz durch gesetzliche Krankenkassen – Rechtliche Rahmenbedingungen. WZB/IVG pre 84–205. Berlin (West) 1984.
- Deppe, H.-U. (1987): Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Frankfurt a. M. 1987.
- Deutscher Ärztetag (1987): Entschlüsse. In: Deutsches Ärzteblatt 23/1987, S. 1128–1134.
- Eberle, G. (1985a): Prävention und AOK. Diskussionsgrundlage für eine strategische Orientierung. In: Die Ortskrankenkasse 15–16/1985, S. 581–596.
- Dies. (1985b): Der Gesundheitspark in München – Modell einer gemeindebezogenen Gesundheitsversicherung. In: Die Ortskrankenkasse 15–16/1985, S. 611–618.
- Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ (1988): Zwischenbericht. Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Drucksache 11/3267 vom 7. 11. 1988.
- Forschungsbund Latenpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitselfhilfe (Hrsg.) (1987): Gesundheitselfhilfe und professionelle Dienstleistungen. Berlin usw. 1987.
- Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz – GRG) vom 20. 12. 1988. BGBI. I, S. 2477.
- Gesundheitspolitische Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand (1988): Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. Bd. II: Vorschläge zur Strukturreform. Köln 1988.
- Göckenjan, G. (1980): Politik und Verwaltung präventiver Gesundheitssicherung. In: Soziale Welt 2/1980, S. 156–175.
- Hauß, F. (1985a): Verpaßte Gesundheit – Herausbildung und Wirkungsweisen präventiver Maßnahmen der Kassen. In: Rosenbrock/Hauß 1985, S. 229–243.
- Ders. (1985b): Krankheitsverhütung durch Verhaltensbeeinflussung – Zu Präventionsmaßnahmen von Krankenkassen. WZB/IVG dp 85–205. Berlin (West) 1985.
- Labisch, A. (1984): Die Wiederaneignung der Gesundheit – Zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffes. In: Wie teuer ist uns Gesundheit? Argument-Sonderband AS 113. Berlin (West) 1984, S. 13.
- Leimke, P. (1985): Möglichkeiten präventiver Gesundheitssicherung für Bevölkerungsgruppen in benachteiligten Lebenslagen durch die gesetzlichen Krankenkassen. In: Rosenbrock/Hauß 1985, S. 211–228.
- Müller, R. u. a. (1985): Forschung mit Prozeßdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung als Informationsbasis und Impuls für eine präventive Gesundheitspolitik in der Arbeitswelt. In: Rosenbrock/Hauß 1985, S. 127–145.
- Priester, K. (1989): „Gute Besserung ...?“ „Gesundheits-Reformgesetz“ und Strukturreform im Gesundheitswesen. In: Jordan, J./Krause-Girth, C. (Hrsg.): Frankfurter Beiträge zur psychosozialen Medizin. Bd. 1. Frankfurt a. M. 1989, S. 60–85.
- Rosenbrock, R. (1985): Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch die gesetzliche Krankenversicherung – Ein Thema in einer Arena. In: Naschold, F. (Hrsg.): Arbeit und Politik. Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der sozialen Sicherung. Frankfurt a. M./New York 1985, S. 367–404.
- Ders./Hauß, F. (Hrsg.) (1985): Krankenkassen und Prävention. Berlin (West) 1985.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1987; 1988): Jahresgutachten 1987 und 1988. Medizinische und ökonomische Orientierung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden 1987 u. 1988.
- Schräder, W./Thiele, W. (Hrsg.) (1985): Krankheit und Arbeitswelt – Möglichkeiten der Analyse mit Daten der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin (West) 1985.
- Schröder, A./Zoike, E. (1987): Betriebliche Gesundheitsvorsorge – eine besondere Aufgabe der Betriebskrankenkassen. In: Die Betriebskrankenkasse 12/1987, S. 377–380.
- Dies. (1989): Betrieblicher Gesundheitsbericht und Gesundheitsförderung. In: Die Betriebskrankenkasse 1/1989, S. 30–37.
- Wengle, E. (1988): Realistische Präventionsarbeit – Erfahrungen der AOK Mainz-Kinzig bei der Umsetzung einer gemeindenahen Arbeitskonzeption. In: Die Ortskrankenkasse 20/1988, S. 591–595.
- Dies./Schmid, R. (1988): Prävention von Herz- und Kreislauferkrankungen durch Betriebskrankenkassen – Kurzbeschreibung des Modellprojekts und Stellungnahme zu den Projektfragenstellungen. In: Die Betriebskrankenkasse 5/1988, S. 123–127.
- Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des Deutschen Gewerkschaftsbundes (Hrsg.) (1977): Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaates. Köln 1977.
- Wurster, W. (1985): Gesundheitszentren als Zukunftsaufgabe. In: Die Ortskrankenkasse 15–16/1985, S. 601–606.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (1988): Gesundheitsberatung durch Ärzte. Ergebnisse eines Modellversuchs in Hamburg und in der Pfalz. Köln 1988.

Uwe Lenhardt ist Diplom-Politologe und arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Medizinische Soziologie am Klinikum der Universität Frankfurt

Ausgangssituation: Zeitgemäßer Zahnersatz war von 1975 bis Ende letzten Jahres eine Leistung, die in der Regel für alle sozialversicherten Menschen noch erschwinglich war. Diese Aussage stimmt selbst dann noch, wenn man weiß, daß auch in dieser Periode eine 20prozentige „Selbstbeteiligung“ üblich war. Durch das Blümische Gesundheitsreformgesetz ist nun die „Selbstbeteiligung“ verdoppelt worden, und für Ausnahmen wurden starre Härtefallregelungen eingeführt. Resultat ist, daß sich die große Gruppe von Menschen, die mit ihren Einkommen mehr oder weniger knapp über der ohnehin lächerlichen Härtefallgrenze liegen, nur noch minderwertigen oder gar keinen Zahnersatz mehr leisten kann.

Gemessen an dieser geradezu asozialen Bestimmung könnte man eine weitere glatt vergessen, die vordergründig für die Patienten relativ wenig negative Konsequenzen hat: Zahnersatzleistungen (und auch kieferorthopädische) wurden zu Kostenerstattungslistungen erklärt. Während früher die Krankenkassenzuschüsse über die Schaltstellen Zahnärzte – Kassenzahnärztliche Vereinigung – Krankenkasse abgerechnet wurden und die Patientinnen und Patienten lediglich eine Rechnung über ihren „Eigenanteil“ erhielten, sollen sie jetzt die Gesamtrechnung bekommen.

Nach einigen Irritationen, insbesondere hervorgerufen durch Zahnärzte, die die neue Situation forsch, aber gesetzeswidrig ausnutzen wollten, wurde vom Bundesarbeitsministerium klar gestellt, daß Zahnersatz und Kieferorthopädie nach wie vor Kassenleistungen bleiben. Festgeklopft wurde auch vom Ministerium, daß die Zahnärzte keine Vorschüsse verlangen dürfen und daß die Patienten nicht in Vorlage treten. Die Patienten können ihre Erstattungsansprüche an die Praxisinhaber abtreten, die diese dann weiter über die Kassenzahnärztliche Vereinigung und über die Krankenkassen abrechnen.

Damit war für die zahnärztlichen Funktionäre, die sich so bemüht hatten, die Kostenerstattung ins Gesetz zu bekommen, ausgerechnet das Instrument zur „Worthülse“ geworden, auf das sie all ihre raffgierige Hoffnung gesetzt hatten. Die Kostenerstattung sollte nämlich den ersehnten Einstieg in die Privatisierung der kassenzahnärztlichen Versorgung bringen. Daher verwundert auch nicht, daß das, was jetzt von der Kostenerstattung übrigbleibt, als ein „Zipfel Freiheit“ vehement verteidigt wird.

Wer außerhalb des zahnärztlichen Dunstkreises versteht will, wie irrational in diesem in seiner Gesamtheit reaktionären Berufsstand gedacht wird, muß sich vergegenwärtigen, wie die Entwicklung der letzten Jahre war: Von 1975 bis heute haben sich die niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte am Zahnersatzgeschäft di-

EIN ZIPFEL FREIHEIT

verse goldene Nasen verdient. Die Behandlungsergebnisse waren dabei in der Breite so schlecht, daß weder die Mundgesundheit der Patienten verbessert, noch – und das ist die logische Folge – die Nachfrage gedämpft wurde. Durch massenhafte vorzeitige Untanglichkeit und massenhafte vorzeitige Neuanfertigungen wurde der Zahnersatzsektor für die Gesetzliche Krankenversicherung zu einem dauerhaft überproportionalen und letztlich unfinanzierbaren Kostenfaktor.

Dieser Dynamik versuchten die Krankenkassen durch eine Dämpfung und ein Einfrieren der Punktwerte (zahnärztliche Leistungen werden als Einzelleistungen nach Punktwerten vergütet) zu begegnen. Eine Deckung der Gesamthonorare – wie bei den anderen Niedergelassenen – stand und steht im Raum.

Trotz vielfältiger Kompensationsmechanismen (Mengenausweitung, weiteres Absinken der Qualität, massenhaftes Delegieren zahnärztlicher Leistungen an „Hilfspersonal“) sanken die Einkommen. Wer sich in den Jahren des Booms Luxuspraxen, Abschreibungsgesellschaften, Bauherrenmodelle und andere schöne Dinge mehr an den Hals schaffte, hatte dies allerdings unter der Voraussetzung getan, daß die Umsätze steigen oder zumindest gleichbleiben. Pleiten nehmen seit einiger Zeit zu.

Um die Pfründen von 30 000 Praxisinhabern zu sichern, propagieren die zahnärztlichen Meinführer seit längerem eine weitgehende Privatisierung zahnärztlicher Leistungen. Die Macht von Gesetzgeber und Krankenkassen soll gebrochen, die „restriktiven“ Elemente (Honorare nach einnahmeeorientierter Ausgabenpolitik, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen) sollen umgangen werden. Der Honorartopf der Solidargemeinschaft ist den Zahnärzten zu klein geworden, er soll ersetzt werden durch das freie Abkassieren beim Patienten zu möglichst frei kalkulierten Preisen.

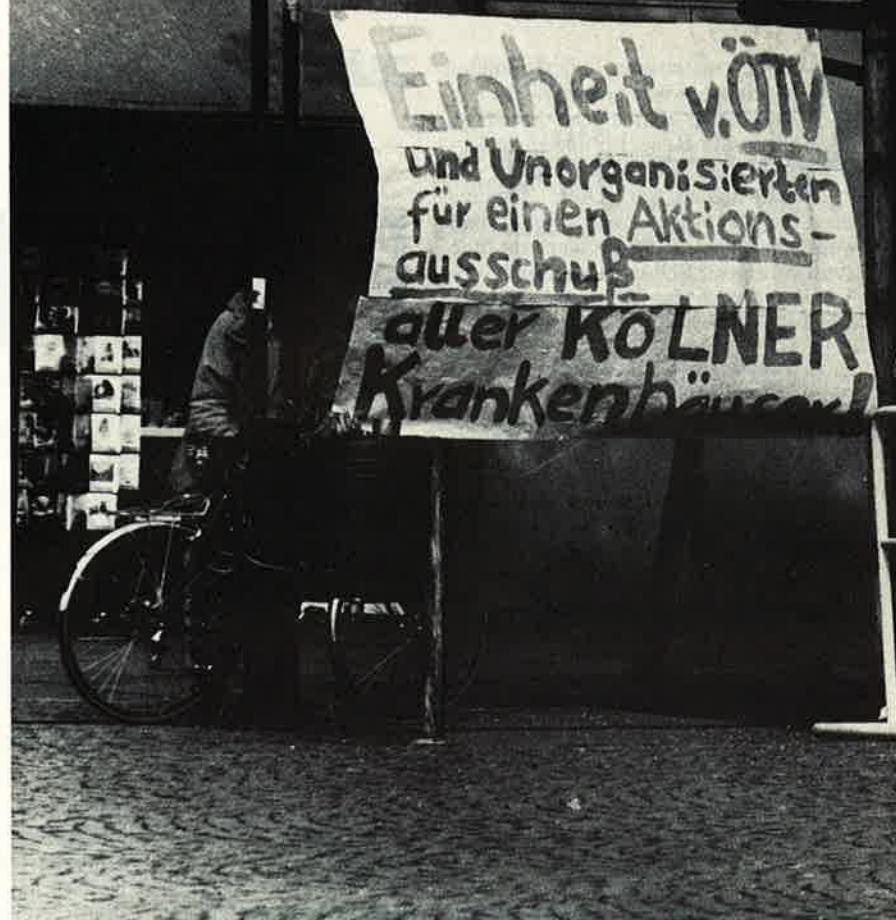
Und damit sind wir wieder bei der Einstiegsdroge Kostenerstattung. Auch wenn momentan ein bißchen Sand im Getriebe ist: Die Zahnärzte haben die Portemonnaies der Sozialversicherten im Visier und einen Zipfel „Freiheit“ zwischen den Zähnen. □

Relativ unbemerkt, auch von der gesundheitspolitischen Öffentlichkeit, tobte unter den Zahnärzten ein erbitterter Kampf um die sogenannte Kostenerstattung bei Zahnersatz. Was dies für die sozialversicherten Patienten bedeuten würde, erklärt Jochen Brückmann

Jochen Brückmann ist Mitglied der Vereinigung demokratische Zahnmedizin



Überall in der Bundesrepublik haben Schwestern und Pfleger gesagt, daß es jetzt reicht. Doch von Demonstrationen über Warnstreiks und Schwerpunktstreiks zur Beseitigung des Pflegenotstands ist es ein komplizierter Weg, auf dem sich Unabhängige, Gewerkschaft und Berufsverband noch ziemlich schwer tun, auch wenn es gute Zeichen gibt. Achim Teusch berichtet von der Initiative „Wir wehren uns“ und den bundesweiten Treffen der unorganisierten Pflegekräfte



PFLEGENOTSTAND

DER ZWEITE SCHRITT

Auch der Protest der Krankenschwestern und -pfleger hat schon eine Geschichte. Im Frühjahr war die Zeit der „persönlichen Berichte“:

„Jeder Sterbende hat unsre volle Anteilnahme, und wir erleben dies mehr oder weniger täglich. Wir können aber nicht mit jedem Leidenden mitleiden, nicht mit jedem Sterbenden mitsterben, sonst geben wir uns selbst auf. Wir müssen uns tagtäglich mit Verlust und Trauer auseinandersetzen, und ein jeder von uns hat seine eigene Art, damit fertig zu werden. Niemand scheint zu sehnen, daß Pflegekräfte auch Menschen mit familiären Verpflichtungen sind und private Probleme haben. Die Schwester hat immer ausgeglichen zu sein, immer freundlich, muß für alles und für jeden Verständnis haben. Unentschuldbar ist es für eine Schwester, frühmorgens das Patientenzimmer unausgeschlafen und mürrisch zu betreten.“

Diese Schilderung findet sich in einer Broschüre der „Arbeitsgruppe Krankenpflegekräfte im Städtischen Kran-

kenhaus Rosenheim“. Sie ist typisch für die vorherrschende Stimmung unter den Pflegenden in allen Teilen des Bundesgebiets, wie sie etwa zum Zeitpunkt der großen Kundgebung des Deutschen Berufsverbands für Krankenpflege zum Ausdruck kam. Der in Jahren, wenn nicht Jahrzehnten aufgestaute Leidensdruck wurde erstmals – außer auf kleinen Veranstaltungen und in Fachzeitungen – massenhaft in Worte gefaßt. Mit dem dazugehörigen Pathos, mit Wut und Verbitterung wurde geradezu herausgeschrien, lautstark und manchmal auch mit Anflügen von Wortradikalismus. Da flogen manche ab aus den machtpolitischen Realitäten im Land der „weißen Fabriken“ und der „schwarzen Minister“.

Eine „Bundesweite Versammlung“, zu der die Kölner Initiative „Wir wehren uns“ (WWU) aufgerufen hatte, stritt im März intensiv über Forderungen wie „Mindestens 1000 Mark mehr Lohn für alle!“ oder „Mindestens 60 000 Planstellen für Examinierte als Sofortmaßnahme!“. Riesenerwartungen hatte die Bewegung gegen den

Pflegenotstand bei vielen Betroffenen geweckt, die Hoffnung auf einen großen „Sprung nach vorn“ war groß.

Viele unabhängige Initiativen, die im Sommer und Herbst letzten Jahres wie Pilze aus dem Boden schossen, von Kiel bis Rosenheim, messen sich an den Aktionen der französischen Krankenschwestern und übertragen oft auch deren Forderungen und Vorgehensweise auf die Bundesrepublik: „An den untätigten Gewerkschaften vorbei gelang es einer praktisch unorganisierten und aus dem Boden gestampften Coordination, mehrere 10 000 Krankenschwestern und -pfleger und nach und nach zunehmende andere Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen auf die Straße und zum Streik zu bringen, und das, obwohl ihnen kaum Mittel zur Verfügung standen und ein ausgefeiltes politisches Konzept nicht vorhanden war. Es gab nur die generelle Unzufriedenheit mit den untragbaren Verhältnissen – wie bei uns.“ So informierte die WWU aus Köln über die französische Bewegung. Und das war nicht nur ein Bericht, sondern auch die Wider-



Foto: yn

Berufs unvergessen bleiben wird: Drei Wochen, in denen die minimale Versorgung gesichert blieb. Drei Wochen, in denen 80 Prozent des Berufs im Streik waren. Drei Wochen, in denen 80 Prozent der Bevölkerung die Bewegung unterstützt haben.“ Und wie schätzt Laurence die deutsche Bewegung ein? Solidarisch, aber realistisch: „Heute habt Ihr mit Eurer Mobilisierung einen ersten Schritt getan, um zu sagen: GENUG! Ich kann Euch nur ermutigen – auch wenn der Weg mit Hindernissen gesät ist. Der Wille zu handeln ist schon ein erster Schritt.“

„Ein erster Schritt“ war getan. Aber welche müssen folgen? Sie ergeben sich aus der Lage des Pflegepersonals und aus dem Stand seiner Bewegung. Die „weißen Fabriken“ haben ein „weißes Proletariat“ hervorgebracht: Gut ausgebildet für den Umgang mit Medikamenten und Hochtechnologie und in einen Arbeitsprozeß gezwungen, der die zwischenmenschlichen Beziehungen zwischen Pflegenden und Patienten nach ökonomischen Gesichtspunkten zergliedert. Sie sitzen in Betrieben, in denen die leitenden Angestellten Gewinnbeteiligungen einstreichen, in dem die leitenden Gerätewender, Körpherhöhlensucher, Kassendealer und Gesundheitsmechaniker – die 8000 Halbgötter in Weiß – rund vier Milliarden Mark pro Jahr nach Hause tragen, während die mehr als 300 000 Pflegekräfte nach Angaben der ÖTV gerade das Doppelte verdienen.

Das sind Betriebe, in denen es einen sozialen Numerus clausus gibt, weil nur die sich eine Weiterbildung leisten können, die nicht als Hauptverdiener und -verdienerinnen eine Familie durchbringen müssen. Gleichzeitig räsonnieren Führungskräfte darüber, wie schön und werbewirksam es sei, wenn sich Schwestern nicht mehr nach Gutdünken kleiden dürfen, sondern einheitlich „wie bei MacDonald“ – jede eine Liftaßsäule im Konkurrenzkampf der Häuser – angezogen wären. Als Nightingale-Models schen die „weißen Fabrikdirektoren“ und ihre chefärztlichen Vorarbeiter die Schwestern. Ausnahmen zugestanden.

Als „weißes Proletariat“ fühlen sich jedoch die meisten Schwestern nicht. Wenig auf gesellschaftliche Probleme orientiert, sondern eher auf zwischenmenschliche, deren gesellschaftlicher Hintergrund oft nicht einmal erahnt wird. Nicht auf gemeinsame Verweigerung und Widerstand orientiert, sondern auf die individuelle Flucht aus dem Beruf. Dabei ist der „Knackpunkt“ der ganzen Pflegebewegung der Schritt von der Demonstration zur Konfrontation im Betrieb.

Die unabhängigen Initiativen haben schon früh auf Streik orientiert. Das

war verbunden mit harter, oft abfälliger Kritik an der ÖTV, die auf äußerstes Mißtrauen stößt. Zum Teil genährt durch die französischen Schwestern, die es nicht mit einer, sondern mehreren Gewerkschaften zu tun haben und deswegen ihre eigene „Coordination“ gründeten. Zum Teil wegen persönlicher Erfahrungen, zum Teil wegen der Angst, von einer als anonym empfundenen Großorganisation für „fremde“ Ziele vereinnahmt zu werden. Die französischen Erfahrungen und die Tarifpolitik der ÖTV in den letzten Jahren ließen solche Einschätzungen aufkommen: „Die Tarifverhandlungen sind für uns bedeutungslos. Wir müssen eine viel umfassendere, weitergehende Bewegung entwickeln, ohne uns von ÖTV-Tarifgesprächen Aktionsdaten und -inhalte vorschreiben zu lassen.“ Mißtrauen und Kritik, die sicher nicht immer ganz unbegründet sind. Noch im November erklärte einer der heutigen Verhandlungsführer der ÖTV im inneren Kreis, daß das Thema Pflegenotstand der ÖTV „aufgezwungen“ worden sei.

Doch die schematische Übertragung französischer Erfahrungen auf die Bundesrepublik ist falsch: Sie verbdeckt die Tatsache, daß es in vielen Kliniken seit Jahren eine intensive Arbeit gut verankelter ÖTV-Betriebsgruppen gibt, ohne die oder gegen die ein Streik nicht durchführbar ist. Und außerdem: Im Gegensatz zu Frankreich gelten in der Bundesrepublik nicht-gewerkschaftliche Streiks als ungesetzlich, das heißt, Arbeitgeber können darauf mit Kündigungen, Schadensersatzforderungen und anderen Repressalien antworten. Ein erfolgreicher spontaner Streik setzt deshalb ein Durchsetzungsvermögen voraus, das bei weitem noch nicht vorhanden ist. In der Bundesrepublik kann es zunächst nur Schwerpunktstreiks in gut organisierten Kliniken geben, in denen zumindest Ansätze von Kampferfahrungen existieren.

Diesen Fragen stellte sich zwar die „bundesweite Versammlung“ der WWU in Köln, doch die rund 90 Vertreterinnen und Vertreter kleinerer und größerer Initiativen fanden am 19. März keine einheitliche Antwort. Ende April fand ein weiteres Initiativentreffen statt, das sich zwar auf einen Formelkompromiß einigte, laut dem die Versammlung Nicht-Organisierte, ÖTV- und DBfK-Mitglieder gleichberechtigt behandelt. Das Mißtrauen gegenüber der ÖTV legte sich jedoch kaum.

Eher machte sich eine Art Resignation breit, aus der Stimmung heraus. „Jetzt reißt die ÖTV die Bewegung an sich und diktiert über unsere Köpfe hinweg Aktionen und Inhalte.“ Beschlüsse zu weiteren Aktionen wurden nicht gefaßt, Beschlüsse zur Unterstüt- ► dg 25

spiegelung der eigenen Hoffnungen.

In Frankreich aber gab es nicht nur „generelle Unzufriedenheit“. Die französische Krankenschwester Laurence, wie sie weiter heißt, wurde nicht gesagt, machte auf einer Demonstration im Februar in Köln deutlich, daß es vor allem ein hohes Problembewußtsein gab, das eine breite Diskussion und Entscheidungsfindung ermöglichte, ein Niveau der Bewegung, das eher an Höhepunkte der Friedens- und Umweltbewegung erinnert als an die Bewegung der Pflegenden hier in der Bundesrepublik.

Laurence berichtet: „Wir haben zu fünf begonnen, einen Monat später waren 22 Krankenhäuser, noch einen Monat später 66 Krankenhäuser vertreten, die eine erste Demonstration am 29. September beschlossen haben. Die Polizei erwartete 5000 Demonstranten, aber wir waren schon 22 000 in der Pariser Region. Danach haben wir noch andere Demonstrationen gemacht. Ebenso haben wir den Streik verwirklicht, der in der ganzen Geschichte des



Foto: Meyborg

Wer ist die Bewegung? Alle Pflegekräfte? Alle Mitarbeiter des Gesundheitswesens? Oder alle Arbeiter und Bauern?

zung der Warnstreiks ebenfalls nicht. Lediglich ein weiteres Treffen am 10. und 11. Juni in Erlangen wurde beschlossen.

Der Ärger über das Hin- und Herschwanken zwischen Maximalforderungen und Passivität machte sich in einem Leserbrief Luft, den die WWU in ihrem Info Nummer drei abdruckte: „Als ich anfangs von der Pflegenotstands-Bewegung in Köln hörte und an den ersten Mittwochstreffen in der Feuerwache teilnahm, war ich begeistert. Endlich erwachten die PflegerInnen in Altenheimen und Krankenhäusern aus ihrem Dornröschenschlaf, um die Situation in der Krankenpflege – Pflegequalität und Arbeitsbedingungen – zu verbessern. Die Demo in Köln (18.2.) empfand ich als gute Auftaktaktion, doch mit der Zeit wurde ich nachdenklich, und nach dem ersten Bundestreffen in Köln war meine Euphorie stark geschwunden.“

Nach der inzwischen wohl üblichen Selbstbewährücherung im Plenum (als Vorstellung getarnt) waren verschiedene Arbeitsgruppen angesagt: Forderungen, Strategie, Aktionen und Öffentlichkeitsarbeit. Im einzelnen sah das dann so aus, daß, statt über Selbstverständnis als Grundstein einer Strategie zu sprechen, einige Einzelpersonen über ihre persönlichen Feindbilder ÖTV, PDL, DBfK, Politik usw. dozieren. Man möchte der Bewegung eine Struktur nach oben geben, ohne sich

vorher die Frage gestellt zu haben, wer die Bewegung ist: Pflegekräfte in Altenheimen und Krankenhäusern? Alle Mitarbeiter des Gesundheitswesens oder des Krankenhauses (auch Handwerker und Verwaltungskräfte?) oder alle Arbeiter und Bauern?

Statt über eine langfristige Strategie der Mobilisierung und der Ansatzpunkte zur Realisierung zu sprechen, kam eine vollkommen illusorische Zeitplanung mit sämtlichen möglichen Aktionsformen für den April zustande, die in der Form wahrscheinlich in ein oder zwei Krankenhäusern der Bundesrepublik durchzusetzen ist, ohne sich darüber bewußt zu sein, daß man vielleicht ca. 0,0034 Prozent des Pflegepersonals repräsentiert.

Ein Teilnehmer, der zu bedenken gab, er wolle sich nicht von Aktion zu Aktion hängeln, bis der Bewegung die Luft ausgegangen ist, ohne etwas erreicht zu haben, bekam fast direkt zur Antwort: „Wann läuft der nächste Aktionstag?“ Kommunikationsstörung oder Kabarett? Die Frage kann ich mir heute immer noch nicht beantworten. Eintritt habe ich jedenfalls nicht bezahlt.

In der Arbeitsgruppe Forderungen wurde ein Papier beschriftet, über das ich – offen zugegeben – herzlich lachen mußte: Auch hier keine Klärung der Frage, für wen man eigentlich fordert. Dafür wird das Pflegepersonal in Zu-

kunft den Personalbedarf selbst ermitteln. Ich glaube, das ist eine ganz realistische Forderung, der ich mich natürlich voll anschließe! ... Eine der wichtigsten Forderungen, nämlich eine tarifliche Festschreibung des Berufsbildes der Pflege, wird nicht gestellt. Den zweiten Tag dieser Bundesversammlung habe ich mir dann erspart, um meine heiteren Erinnerungen an den ersten nicht zu trüben.“

„Kommunikationsstörung“ – das ist wohl der richtige Ausdruck. Aber es gibt sie nicht nur von Seiten der Unabhängigen. Auch die ÖTV, die ohne deren Druck und den des DBfK wohl nicht so schnell zur Streikschwelle vorgedrungen wäre, ist weit entfernt von Selbstkritik und der Einsicht in die Notwendigkeit, zusammen vorzugehen. Gesprächspartner finden die Unabhängigen höchstens bei ÖTV-Kreisverwaltungen, manchmal aber auch dort nicht, wie aus Freiburg berichtet wurde. ÖTVler fürchten den DBfK als Konkurrenzorganisation, der DBfK macht am 28. Februar in Dortmund von seinem Hausrecht Gebrauch, als die ÖTV an günstigem Ort ein Transparent anbringen will.

Die Bundesrepublik ist nicht Frankreich. Das Pflegepersonal ist hier, in ÖTV und DBfK, viel stärker gewerkschaftlich und berufsständisch organisiert. Eine Bewegung, die die Organisationen „ignoriert“, ist zum Schictern verurteilt. Andererseits ist das Gesundheitswesen nicht die Metallindustrie. Der Organisationsgrad liegt insgesamt bei vielleicht 30 Prozent. Eine Bewegung, die die Unorganisierten „ignoriert“ und in der sich ÖTV und DBfK nur mit der Kneifzange anfassen, muß ebenfalls scheitern.

Der heutige 9. Mai, an dem ich diesen Artikel schreibe, weckt Hoffnungen: In München fand ein Sternmarsch des Pflegepersonals statt, an dem laut Rundfunk 9000 Menschen teilgenommen haben sollen, und den ÖTV, DBfK, der Arbeitskreis Münchner Pflegekräfte und andere gemeinsam veranstaltet haben. Und: Der DBfK unterstützt bundesweit die betrieblichen Aktionen der ÖTV. Der zweite Schritt ist getan! □

m März 1989 wurde das Arbeitsförderungsgesetz (AfG) wieder einmal verändert. Die Änderungen treffen die Pflegeberufe in der Grund- und Weiterbildung. Grundsätzlich ist zwischen freien Maßnahmen/zweckmäßiger Fort- und Weiterbildung (also zum Beispiel Stationsleitungskurse, Weiterbildung zur Unterrichtskraft, zur Pflegedienstleitung) und Auftragsmaßnahmen (zum Beispiel Umschulung zur Kranken- oder Altenpflege) zu unterscheiden. Wer vorhatte, eine Weiterbildung in sein Berufsleben einzuplanen, der sollte sich mit den neuen Bestimmungen vertraut machen:

Die Lehrgangsgebühren werden bis zu zwei Mark pro Unterrichtsstunde erstattet, bei Vollzeitmaßnahmen ab dem siebten Monat drei Mark (bisher vier Mark pro Stunde). Lehrmittel werden bei zweckmäßiger Förderung nicht erstattet. (Bisher bestimmte anteilige Beträge) Fahrtkosten werden generell mit Pauschalen abgegolten, oder in Höhe von zehn Pfennig pro Kilometer bis maximal 100 Kilometer. Unterkunft und Verpflegung werden ebenfalls mit Pauschalen abgegolten, zum Beispiel 210 Mark für Unterkunft und 90 Mark Verpflegung für Alleinstehende. Das Arbeitsamt ist angehalten, eine Zusage für die Übernahme irgendwelcher Kosten nur zu machen, wenn die Kostengünstigkeit nachgewiesen wurde. Es sind immer die billigsten Maßnahmen zu bevorzugen, wobei verlangt werden kann, daß die Interessenten an einer Fortbildung Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Prüfungsgebühren werden nicht mehr erstattet.

Bei der Ausbildung zur Unterrichtsschwester/pfleger konnte vereinzelt nachgewiesen werden, daß ein Mangel regional vorhanden ist. Für Teilnehmer bedeutete das günstigere Förderung durch das Arbeitsamt. Die Mängelregelung fällt weg.

Die Teilnahme an einer Weiterbildung bedeutet in der Regel fortlaufende Lebenshaltungskosten und Belastung durch Fahrtkosten und Lehrgangsgebühren. Hatten Teilnehmer vor der AfG-Regelung einen Eigenanteil von circa 100 bis 200 Mark zu leisten, so liegt er jetzt je nach Träger der Maßnahme bei bis zu 500 Mark pro Monat. Seit 1982 zahlt das Arbeitsamt das Unterhaltsgehalt in Höhe von 58 Prozent des letzten Nettogehaltes nur noch als Darlehen.

Zusammengekommen ist das eine unzumutbare Situation für eine berufliche Weiterbildung. Alleinerziehende oder Familienernährer können bei den Gehältern in der Krankenpflege gar nicht so viel ansparen, um ihre berufliche Qualifikation sicherzustellen. Genauso da sollte das AfG ja Hilfestellung bringen. Die Teilnehmer haben sich schließlich den Anspruch auf ihre berufliche Weiterbildung selber erarbeitet, denn erst drei Jahre Berufstätigkeit nach dem Examen ermöglichen die Teil-

nahme. Und wer sich entschlossen hat, eine Weiterbildung von etwa 18 Monaten zu absolvieren, der will grundsätzlich auch weiterhin mit Krankenpflege zu tun haben. Aller Erfahrung nach verläßt er den Beruf auch unter den Bedingungen des Personalnotstands nicht. Er arbeitet als Angestellter und zahlt Sozialversicherung.

Die erwarteten Einsparungen bei der 9. AfG-Novelle betragen zusammen circa 270 Millionen Mark, bei den Lehrgangsgebühren und den Fahrtkosten war der größte Batzen zu holen. Die Weiterbildung in den Pflegeberufen ist sicherlich nur ein kleiner Teil dieser Summe. Gerade deshalb ist es unmöglich, wenn zum jetzigen Zeitpunkt, wo offensichtlich ist, wie es in den Pflegeberufen aussieht, wo zu erkennen ist, wie ausgemergelt die Basis ist, auch noch an der Führungsqualifikation gespart wird. Für die Sicherstellung von pflegerischer Versorgung in den nächsten Jahren und Jahrzehnten kann das nicht gut sein. Innovation, Kooperation, Motivation und Kompetenz sind auch in den Pflegeberufen hoffnungsvolle Eigenschaften, die in Zukunft verstärkt gebraucht werden.

Vielelleicht hoffen die Initiatoren der AfG-Veränderung, daß die Pflegeleute auf eine berufsbegleitende Weiterbildung ausweichen. Was berufsbegleitend angeboten wird, braucht vom Arbeitsamt nicht als Vollzeitmaßnahme finanziert zu werden. Stelle man sich einmal vor, 18 Monate Vollzeitmaßnahme umgerechnet auf Samstags-Lehrgänge, gibt ... Jahre Laufzeit. Ein Wahnsinn!

Auch die Krankenhausträger haben die Verschlechterung mit Stirnrunzeln zur Kenntnis genommen. Eine volle Übernahme der Kosten durch die Träger wird Ärger mit den Krankenkassen hervorrufen, Personalkosten sind pflegesatzrelevant. Außerdem, wieso soll es Aufgabe der Kassen sein, für die Qualität der Pflegeleute zu sorgen? Ärger und Unstimmigkeiten sind zu erwarten, wenn die Träger sich in die Auswahl und die Bestimmung der Anzahl der Mitarbeiter, die zur Fortbildung wollen, einmischen. Begrenzungen in der Weiterbildung sind nicht sinnvoll, sie wirken

**Weiterbildung
in der Kranken-
pflege wird
jetzt teuer.
Christina Pötter
kommentiert
die neuen
Vorschriften
des Arbeits-
förderungsgesetzes**

UNZUMUTBAR

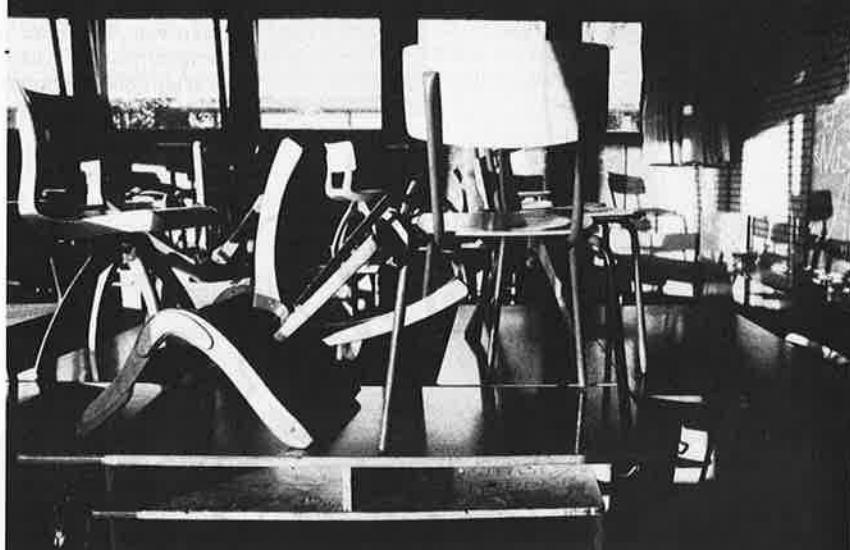


Foto: Meyborg

als Motivationsbremse und untergraben jegliche Bemühungen, zum Beispiel von Pflegedienstleistungen, Verbesserungen im Pflegedienst durchzuführen.

Die Veränderungen im AfG verschärfen die Situation im Pflegedienst weiter, sie sollten zurückgenommen werden. □

**Christina Pötter
arbeitet beim
Berufsför-
bildungswerk
des DGB in
Frankfurt**

Spannende Auseinandersetzungen hatten Programm und Veranstalter des Gesundheitsförderungskongresses in Berlin versprochen. Statt dessen lugten viele traditionelle Zeigefinger hinter dem neuen Etikett hervor.

Beate Guthke und Eberhard Göbel berichten



Mit dem Zeigefinger

Um 28. bis 30. Mai 1989 fand in Berlin der Kongreß „Zukunfts-aufgabe Gesundheitsförderung“ statt, als gemeinsame Veranstaltung der Berliner Ärztekammer, des Berliner Landesverbands der Betriebskrankenkassen (BKK) und der Technischen Universität Berlin. Damit sollte in organisatorischer und inhaltlicher Hinsicht Neuland betreten werden: „Praktiker und Wissenschaftler der Gesundheitsförderung“ waren zu einem „unmittelbaren und problemorientierten Erfahrungsaustausch“ aufgerufen, nicht zuletzt, um den sehr allgemeinen Begriff der Gesundheitsförderung mit Leben zu füllen (so das Programmheft). Eingeladen waren: „Vertreter der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Beamtenversicherungen, Versicherte, Angehörige der Gesundheitsberufe, Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Psychologen, Sozialarbeiter, Lehrer, Kinder- und Jugendlicher, Landes- und Kommunalpolitiker, Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Betriebs- und Personalräte, Vertreter der Gewerkschaften, Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen, Werbe- und Kommunikationsfachleute, Wissenschaftler ...“. Neu daran war nicht nur die beabsichtigte Breite der sich als Gesundheitsförderung verstehenden Ansätze. Auch die Tatsache, daß hier ein „historisches Bündnis“ zwischen Ärztekammer und Betriebskrankenkassen jenseits der üblichen Interessengegensätze zustandegekommen war, ließ eine spannende gesundheitspolitische Auseinandersetzung erwarten. 800 Teilnehmer, darunter etwa 200 Referenten, wenig Referentinnen

und Moderatoren, waren der Einladung in die Berliner Kongreßhalle gefolgt.

Zehn Jahre zuvor war es die Wiese vor der Kongreßhalle, wo die Idee zum 1. Nationalen Gesundheitstag als Gegenveranstaltung zum Ärztetag beim sonnigen Volleyballspiel und Frühstück von Mitgliedern des Berliner Gesundheitsladens geboren wurde. Ellis Huber, damals einer der aktivsten Organisatoren des Gesundheitstags, war auch diesmal wieder Initiator: mittlerweile allerdings als Präsident der Berliner Ärztekammer, wo die oppositionelle „Fraktion Gesundheit“ vor zwei Jahren die Mehrheit der Sitze bei den Kammerwahlen errungen hatte.

In den vergangenen zehn Jahren ist nicht nur das Dach der Kongreßhalle eingestürzt und wieder aufgebaut worden. Auch die Gesundheitsbewegung hat ihre Höhen und Tiefen durchlitten. Viele ihrer einstigen Aktivisten, die sich heute als alternative Standespolitiker verstehen, wollten den diesmal wieder in Berlin stattfindenden „92. Deutschen Ärztetag“ nicht ohne eigenen Beitrag verstreichen lassen. Dies um so mehr, als Ärztetage inhaltlich nicht von der gastgebenden Ärztekammer, sondern zentralistisch von der Bundesärztekammer in Köln geplant werden. Als diesjährigem Gastgeber verblieb der Berliner Ärztekammer nur die Aufgabe, das kulturelle Rahmenprogramm zu organisieren. Den Spagat zwischen der Rolle als Gastgeber der Standespolitiker und den eigenen Verpflichtungen zur alternativen Tradition, versuchte Ellis Huber durch einen Kunstgriff zu bewältigen: indem er den Kongreß zur Gesundheitsförderung unmittelbar vor den Ärztetag legte und beides mit den „Drei Tornados“ kulturell verklammerte.

Auf der Suche nach Partnern und Sponsoren für eine die Standespolitik übergreifende Zukunftsaufgabe stieß die Berliner Ärztekammer bei den Betriebskrankenkassen auf reges Interesse. Die seit dem 1. Januar 1989 aufgrund des sogenannten „Gesundheitsreformgesetzes“ geltende Verpflichtung aller Kassen, gesundheitsfördernde Maßnahmen für ihre Mitglieder anzubieten, wollte der Berliner Landesverband der BKK zum Anlaß nehmen, die eigenen Erfahrungen und Konzeptionen auf dem Gebiet betrieblicher Verhaltensprävention einer breiteren Öffentlichkeit vorzustellen. Neben der Würdigung dieser Aktivitäten als vorweggenommenen Beitrag zur Gesundheitsförderung versprach der Kongreß neue Anregungen, Ideen und mögliche Partner für weitere, staatlich geförderte Präventionsangebote.

Kongreß „Zukunftsauftgabe Gesundheitsförderung“

Der Dritte im Bunde, Professor Bandura vom Institut für Soziologie an der Technischen Universität Berlin, beteiligte sich am Kongreß vor allem in Hinblick auf das von ihm maßgeblich betriebene Projekt einer in Berlin zu gründenden „Hochschule für Gesundheit“. Deren Realisierungschancen sind durch den rot-grünen Senat in Berlin zweifellos erheblich gestiegen. Wo soviel Interessen und Ambitionen in Sachen Gesundheitsförderung versammelt waren, konnte der – kostenneutral – Segen der WHO selbstverständlich nicht ausbleiben.

Der größte Batzen zur Finanzierung des Kongresses wurde von den BKKen aufgebracht, die sich darüber nicht zuletzt einen entscheidenden Einfluß auf die inhaltliche Gestaltung und den formalen Ablauf sichern konnten. Daß Gesundheitsförderung schon im Vorfeld des Kongresses als „Wachstumsbranche der 90er Jahre“ glaubhaft gemacht werden konnte, verdeutlicht nicht zuletzt die beachtliche Liste der sonstigen Sponsoren. Da standen die Hoechst AG, die Bank für Gemeinwirtschaft, die Firma Kohlhammer, die „Sparkasse der Stadt Berlin West“ und viele andere mehr. Wer es noch nicht wußte, konnte auf dem Kongreß erfahren, daß die AOK Hamburg schon seit langem einen ganz ähnlichen Kongreß vorbereitet, der allerdings erst im Juni stattfinden wird. Informierte Kreise ließen wissen, daß die Idee zum Berliner Kongreß dort entlehnt wurde.

Die unterschiedlichen und zum Teil sicherlich gegensätzlichen Interessen, die auf dem Kongreß präsentiert waren, ließen zumindest eine inhaltliche Kontroverse zwischen den verschiedenen Ansätzen der Gesundheitsförderung erwarten. Der Eröffnungsabend bereitete in dieser Hinsicht aber eine erste Enttäuschung: Er blieb in allgemeinen Begrüßungsritualen stecken. Lediglich einigen Rollstuhlfahrern gelang es, die Begrüßungszeremonie zu durchbrechen, indem sie mit Transparenten, Plakaten und einem kurzen Redebitrag auf ihre soziale Situation hinwiesen und entsprechende Forderungen besonders an die Adresse der anwesenden Gesundheitssenatorin vorbrachten. Dies sollte die einzige Form der Betroffenenbeteiligung bleiben!

Weder im Foyer der Kongreßhalle noch in den Räumen der TU-Berlin gab es einen „Markt der Möglichkeiten“, wo sich Betroffeneninitiativen, alternative Projekte und Selbsthilfegruppen hätten vorstellen können. Initiativen „von unten“, v. Troschke nannte sie „Bottom-up-Ansätze“, waren augenscheinlich nicht gefragt. Das Hauptreferat des Abends hielt Halfdan Mahler, ehemaliger Generaldirektor

der WHO. Seinen mit unleserlichen Dias hinterlegten Standardvortrag zur Gesundheitserziehung aus den 70er Jahren endete er mit der väterlichen Mahnung zur Verhaltensänderung: Weniger Essen! Mehr Bewegen! Nicht Rauchen! Langsamer und rücksichtsvoller Autofahren! Stress vermeiden! Kurz, „Gesünder Leben“ war sein Imperativ. Wer sich von den Anwesenden schon einmal mit den ökonomischen, ökologischen, sozialen und kulturellen Einflüssen gesundheitsschädlichen Verhaltens beschäftigt hatte, war sehr erstaunt, das überholte Konzept traditioneller Gesundheitserziehung mit klassischer Zeigefingerpädagogik unter neuem Etikett wieder aufgetischt zu bekommen.

Helmut Milz, ehemaliger Mitarbeiter der WHO und Oberarzt in einer Psychosomatik-Klinik, versuchte am folgenden Tag in einem der zentralen Referate die soziale und ökologische Verortung der Gesundheitsförderung auszuloten. Damit grenzte er sich bewußt von dem auf Verhaltensprävention beschränkten Konzept ab, das Mahler am Vorabend präsentierte. Milz betonte die Notwendigkeit einer „Verhältnisprävention“, indem er klarmachte, daß verändertes Verhalten nur dann zur Gesundheitsförderung beitragen könne, wenn zugleich auch krankmachende Lebensverhältnisse verändert werden. Die von ihm vorgetragenen Ideen stießen bei vielen Kassen- und Standesfunktionären auf unverhohlene Ablehnung. Vermutlich lag dies nur zum geringen Teil an seiner larmoyanten und etwas arrogant wirkenden Vortragsweise.

Der Geschäftsführer des Bundesverbands der BKKen, W. Schmeinck, bezog sich dagegen explizit auf das Konzept von Mahler, um die von seiner Organisation initiierten Konzepte betrieblicher Verhaltensprävention ins rechte Licht zu rücken. Durch Betriebssport, Nichtraucher-Programme, verändertes Kantinenessen und Herz-Kreislauf-Vorsorge in betrieblichen Gesundheitszirkeln versuchen die BKKen, ein verändertes Gesundheitsverhalten der Kolleginnen und Kollegen durchzusetzen. Nicht zuletzt, weil die auf falsches individuelles Verhalten zurückzuführenden Krankheiten sich negativ auf die Ausgabenstruktur der Kassen auswirken, wurde betont, sei eine entsprechende Verhaltensänderung die langfristig wirksamste Kostenenkung. Durch Senkung des Krankenstands und Verbesserung des Betriebsklimas trage diese Art der Gesundheitsförderung überdies auch noch zur Produktivitätssteigerung der Unternehmen bei. Gleich mehrfach wurde das von den BKKen erarbeitete „Ganzheitliche Konzept betrieblicher Gesund-

heitsförderung“ vorgestellt, das brandaktuell, gerade noch rechtzeitig zum Kongreß in Form eines Handbuchs heraustritt. Breiten Raum nimmt darin die Herz-Kreislauf-Prävention ein, mit individuellen und gruppentherapeutischen Maßnahmen zur Raucherentwöhnung, Gewichtsreduktion, Abbau von Bewegungsmangel (zum Beispiel durch Betriebssport) und einem Training für Stress- und Belastungsbewältigung. Arbeitsplatzbezogene Prävention kommt in diesem Konzept nur vor als Angelegenheit der ohnehin mit Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit befaßten Experten.

Der Vorsitzende der Ärztekammer Baden-Württemberg, F. J. Groß-Ruyken, stellte die dortige „Akademie für Gesundheitsförderung“ als einen Ort vor, wo Ärzte das rhetorische und organisatorische Know-how erwerben können, um in ihren Praxen Patientengruppen zur gezielten Verhaltensprävention zu initiieren und anzuleiten. Vornehmste Aufgabe ärztlicher Gesundheitsförderung sei jedoch die aktive Einflußnahme auf die Gesundheitserziehung in Kindergarten und Schule, wo nicht zuletzt auch Elternerziehung (zum Beispiel als Raucherentwöhnung) geleistet werden müsse.

Auf einem anderen Podium warnte R. Kesel vom Bremer Gesundheitslande wortstark davor, den Ärzten das Feld der Gesundheitsförderung zu überlassen. Wenn sich Experten für Krankheit anschicken, zu Gesundheitserziehern der Nation zu werden, muß das mißtrauisch machen. Kesel äußerte ▶



die Vermutung, daß es ihnen darum gehe, die zukünftig für Gesundheitsförderung bereitgestellten Mittel der Kassen weiterhin in ihre Kassen fließen zu lassen. Gesundheitsförderung sei eine politische Aufgabe aller Bürger und brauche den aktiven Widerstand gegen krankmachende Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen. Nur wenige Referenten kritisierten wie Kesel den verhaltensorientierten Ansatz von BKK und Ärztekammern als verkürzt und plädierten dafür, Gesundheitsförderung im Spannungsfeld von Verhaltens- und Verhältnisprävention zu belassen. Eine Auseinandersetzung und Diskussion zwischen beiden Positionen fand jedoch nicht statt und war offensichtlich auch nicht beabsichtigt. Dafür spricht die Zeitplanung und Moderation der Podien. In den großen Plenaren wurden die Zuhörer mit länglichen Referaten in eine ungesunde Konsumhaltung gedrängt – und ließen es mit sich geschehen. Für Diskussion fehlte fast immer die Zeit.

Separierungstendenzen der verschiedenen Ansätze wurden schließlich durch die über 40 parallel stattfindenden Arbeitsgruppen noch verstärkt. Wer seinen eigenen Ansatz vorstellen durfte, hatte keine Chance, sich mit

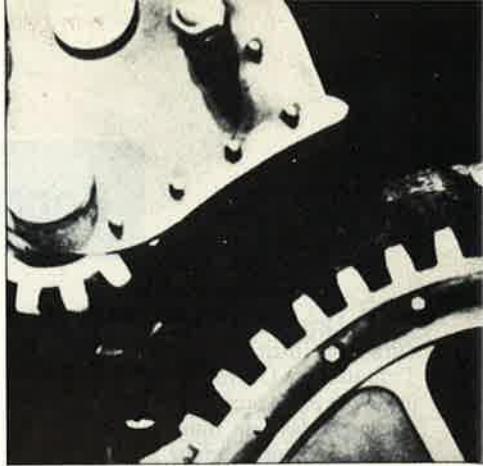
Eine Auseinandersetzung zwischen denen, die auf Verhaltens- prävention setzen, und denen, die Gesundheitsförderung auch als Verhältnisprävention begreifen, fand nicht statt

den anderen auseinanderzusetzen. Schaut man sich die Themen der Arbeitsgruppen noch daraufhin an, wie viele auf der Linie von Gesundheitsziehung und Bewältigungsverhalten liegen und welche darüber hinausgehende Konzeptionen vorstellten, so wird deutlich, daß die erste Gruppe bei weitem überwog. Die wenigen auf dem Kongreß präsentierten Gruppen und Personen, die Gesundheitsförderung nicht auf „Gesunder leben“ reduziert wissen wollten, sondern vor allem auf die Stärkung der Autonomie und Handlungsfähigkeit der Menschen Wert legten, krankmachende Arbeits- und Lebensbedingungen selbstbestimmt zu verändern, bestätigten sich gegenseitig, daß ihnen die Teilnahme nur aufgrund nachdrücklicher Interessenbekundung gestattet worden war.

Wem hat der Kongreß was gebracht? Erfolgreich war er sicherlich für die BKKen. Sie konnten ihre Wettbewerbsposition zweifellos weiter verbessern, indem sie glaubhaft machten, daß die vom Gesetzgeber verlangte neue Aufgabe von ihnen längst erprobt und praktiziert wird. Mit eben dieser betrieblichen Gesundheitsförderung begründen sie nicht zuletzt auch ihre günstige Kostenstruktur. WHO-Segen und Beteiligung der Ärztekammer konnten dieser Imagepflege nur guttun. Verschiedene wissenschaftliche Ansätze und – zumeist kommerzialisierte – Alternativprojekte oder gewerkschaftliche Initiativen ermöglichen ihnen einen Überblick über die potentiellen und realen Konkurrenten um den Küchen Gesundheitsförderung. Darüber hinaus sollten sie wohl auch als Zeichen von Offenheit und Toleranz gewertet werden.

Professor Badura konnte ebenfalls zufrieden sein. Er hatte reichlich Gelegenheit, für das von ihm geplante Millionending einer Berliner Hochschule für Gesundheit zu werben. Zudem hat er es sich nicht entgehen lassen, gezielt Experten aus dem US-amerikanischen und angelsächsischen Raum einzuladen, mit denen er sich ohnehin hätte zusammen- und auseinandersetzen wollen. Die „Fraktion Gesundheit“ von der Berliner Ärztekammer hat dagegen vor allem eine Menge Arbeit gehabt, die wenig Ruhm einbringt. Aus dem Lager der gesundheitsbewegten Projekte muß sie sich zudem den Vorwurf gefallen lassen, gewissermaßen ihr „liebstes Kind“ an die BKKen verkauft zu haben. Anlage und faktischer Verlauf des Kongresses haben jedenfalls deutlich gemacht, daß emanzipatorische Ansätze der Gesundheitsförderung wenig Chancen haben, sich auf dem Markt der Zukunft zu behaupten. Von Kassen und konservativen Standardsvertretern gleichermaßen favorisiert und gefördert wird statt dessen eine von oben nach unten durchstrukturierte, experten dominierte Verhaltensprävention.

*Beate Guthke
Eberhard Göbel*



Vorbemerkung: Die folgenden thesenhaften Überlegungen sollen zur Diskussion anregen. Dabei kann meine Position durch meine jetzt fünfjährige Tätigkeit als niedergelassener Arzt – und somit auch als „Geschäftsmann“ – geprägt sein. Dennoch bleiben – so meine ich – die rationalen Momente meiner Überlegungen.

An anderer Stelle ist ausführlich dargestellt, daß die Honorierung nach Einzelleistung – also das bei uns gültige System – zu einer Ausweitung der Medizin über das Notwendige hinaus führt: Medizin kommt besonders häufig und breit zur Anwendung; Patienten werden zum Arzt wiederbestellt und erhalten gehäuft auch bei nicht-medizinischen Problemen eine „medizinische Antwort“ in Form von Diagnostik und Therapie. Dabei werden besonders viele falsch-positive Befunde (Bayes Theorem) produziert, die es dann wieder mit noch mehr an Medizin abzuklären gilt. Die Honorierung nach Einzelleistung erlaubt nicht, der Orientierung „soviel Medizin wie nötig, so wenig wie möglich“ zu folgen.

Ein System modifizierter Pauschalhonorierung, in dem bestimmten Charakteristika der zu versorgenden Patienten sowie der Praxisausstattung Rechnung getragen werden kann, erscheint hingegen eher geeignet zu sein, ambulante Versorgung auf das ärztlich Notwendige allein zu konzentrieren. Der Arzt würde pro zu versorgendem Patienten – bei Berücksichtigung oben angedeuteter Modifizierungen einer Pauschale – bezahlt werden. Der einzige finanzielle Anreiz in der Arzt-Patienten-Beziehung, der bliebe, wäre der nach möglichst vielen Patienten. Die einzelne Begegnung zwischen Arzt und Patient aber bliebe frei von weiteren finanziellen Überlegungen – so wie sie bei der Honorierung nach Einzelleistung immer noch vorhanden sind. Um einer negativen Auswirkung des verbleibenden finanziellen Anreizes nach Ausweitung der Patienten-Zahl vorzubeugen, könnte eine Limitierung der Patientenzahl nach oben, beziehungsweise eine degressive Pauschalhonorierung (mit steigender Patientenzahl) eingeführt werden.

Die Honorierung mit einem Gehalt hätte die gleichen Vorteile wie das modifizierte Pauschalsystem, wäre aber zudem frei vom finanziellen Anreiz





nach Ausweitung der Patientenzahl. Im Gegenteil, hier besteht eher ein Anreiz, möglichst wenige Patienten zu versorgen – und dabei das gleiche Gehalt zu bekommen. Um ein „modifiziertes Pauschalsystem“ mit der Honorierung mittels Gehalt in ihren Auswirkungen auf die Art der Versorgung vergleichen zu können, muß man sich die „Anforderungen“ an eine gute ambulante Versorgung vor Augen halten.

Ambulante Versorgung von hoher Qualität verlangt die Berücksichtigung aller Aspekte des Krankseins – nicht nur den medizinischen. Diese Form ganzheitlicher Versorgung bezieht sich mehr oder minder (bei hochspezialisierten Spezialisten) auf fast alle Bereiche ambulanter Tätigkeit. Eine so verstandene Ganzheitlichkeit beinhaltete wiederum Subjektivität im ärztlichen Handeln: Der Arzt kann nur „subjektiv“ die verschiedenen Aspekte des Krankseins miteinander abwägen und zu einem dann subjektiv gefärbtem Handeln kommen. Subjektivität aber beinhaltet persönliche oder auch juristische Unsicherheit.

In einer solchen Situation von Subjektivität, die immer auch mit Unsicherheit gepaart ist, liegt es nah, daß der Arzt immer wieder in die (vermeintliche) Sicherheit der „reinen Medizin“ zu „flüchten“ sucht. Medizin ist – so gesehen – objektiv, ist der Bereich, den er gelernt hat, bietet Unangreifbarkeit durch den Patienten. Für den Anspruch einer ganzheitlichen Versorgung jedoch ist diese „Flucht“ mit einem Qualitätsverlust ambulanter Versorgung gleichzusetzen.

Was aber – außer dem Interesse am Patienten und den gestellten Problemen – hält von dieser Flucht zurück? Im modifizierten Pauschalsystem besteht weiterhin das finanzielle Interesse daran, Patienten zu halten und zu gewinnen. Dies ist ein wesentlicher finanzieller Hebel, nicht den Weg des geringsten Widerstands, der Flucht in die „Eindimensionalität“ nur medizinischer Betrachtung bei ganzheitlicher Problemstellung zu gehen.

In einem Honorierungssystem mittels Gehalt ist fast mit Sicherheit davon auszugehen, daß sehr häufig der „bequemste“ Weg, die Flucht in die nur medizinische Betrachtung gewählt wird. Der Patient würde dann mit seinen Vorstellungen und Ansprüchen

„arrogant“ abgefertigt werden: „Akzeptierst Du nicht meinen – medizinischen – Weg, so laß es eben bleiben“ – so könnte häufig die Haltung des Arztes sein. Denn diese „Arroganz“ ist nur ein anderer Ausdruck des „sichersten“ Wegs für den Arzt.

Wollte man ein System der Gehalts-Honorierung ohne die geschilderten gefährlichen Entwicklungen, so müßte man andere Korrektive schaffen, die die Flucht in den bequemsten Weg, die Aufgabe eines ganzheitlichen Ansatzes, erschweren könnten. Bei einem modifizierten Pauschalsystem bestimmt der Patient nicht unweesentlich mit, was geschieht. Bei einem Gehalts-System müßten die Korrektive die gleiche „Macht“ wie der Patient haben, den Arzt im gemeinsamen Tun mitzubestimmen. Derartige Korrektive könnten – wie im Krankenhaus – eine hierarchische Aufsicht oder die gegenseitige Kontrolle von Kollegen eines Teams – wie in der Gruppenpraxis – sein. Zusätzlich müßte aber noch die Richtung des Korrektivs bestimmt werden: dies hätte dann der „ganzheitliche Versorgungsanspruch“ zu sein. Wie dieser sich dann konkret entfalten würde, kann nicht gesagt werden. Zumindest wäre nicht auszuschließen, daß „die Ärzte“ auch bei ganzheitlichem Anspruch das bestimmen würden, was für den Patienten „gut“, das heißt „ganzheitlich“ richtig, wäre.

Meint man, daß der Patient eine wesentliche Kompetenz bei der Behandlung seines Krankseins hat und haben muß, so ist der optimale Weg, dieser Kompetenz auch praktisch Rechnung zu tragen, im modifizierten Pauschalsystem zu sehen. □

Literaturliste bei der Redaktion

Wie sollen Ärztinnen

und Ärzte im

ambulanten Bereich

bezahlt werden?

„Gehälter“ sagen die,

die es leid sind, daß

ihre Arbeit ständig von

wirtschaftlichen Über-

legungen befrachtet

wird. Die strikte

Einzelleistungs-

vergütung wollen die

Vertreter der

„ärztlichen Freiheit“.

Heinz-Harald Abholz

stellt Thesen zu diesen

und einem ganz

anderen Modell der

Bezahlung auf

Modifizierte Pauschale oder Gehalt?

Fehler im System

Heinz-Harald
Abholz ist All-
gemeinmediziner
und Mitheraus-
geber von dg



Während des Zweiten Weltkriegs wurden polnische und sowjetische Arbeitskräfte, damals beschönigend „Ostarbeiter“ genannt, in das Deutsche Reich verschleppt, um dort in den Betrieben zu arbeiten. Für sie galt weder die Arbeitszeitordnung, noch, sofern sie Jugendliche waren, das Jugendschutzgesetz. Und sie waren aus allen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung ausgenommen. Dessen unbeschadet „mußte aber eine Regelung getroffen werden für den Fall, daß der Ostarbeiter ganz oder vorübergehend arbeitsunfähig wird“, stellten 1942 die Autoren Hans Küppers und Rudolf Bannier in ihrem Buch „Einsatzbedingungen der Ostarbeiter“ fest. Und weiter: „Ein Rechtsanspruch des Ostarbeiters auf Krankenversorgung besteht nicht.“

Für die entsprechende unzureichende ärztliche Versorgung der Zwangsarbeiter ließ sich eine Reihe von Kassärzten einspannen. Sie gingen ihrer normalen ärztlichen Tätigkeit nach, wurden Lagerärzte und waren zuständig für die ärztliche Versorgung der Ausländer. Sie wurden Zeugen einer brutalen Ausbeutung und beteiligten sich an einer Politik, deren Ziel die Ausrottung fremder Völker war. Der Betriebsarzt des Volkswagenwerks, Hans Körbel, wurde deshalb nach Kriegsende von einem britischen Militägericht verurteilt und hingerichtet. Er war wohl der einzige Betriebs- oder Lagerarzt, der als Angeklagter vor einem Gericht stand. Einer, der ungeschoren davonkam, war Wilhelm Jäger, ein ganz normaler Kassenarzt, der als Lagerarzt bei der Firma Krupp in Essen beschäftigt war.

Grundlage dieser Tätigkeit war ein Erlass des Reichsarbeitsministers Franz Seldte vom November 1940, nach dem Lagerärzte einzustellen seien, wenn die Zahl der „Gefolgschaftsmitglieder“ eine umfassende Betreuung notwendig mache. In solchen Fällen konnte das Gewerbeaufsichtsamt in Verbindung mit dem staatlichen Gewerbeamt nach Anhörung der Kassenärztlichen Vereinigung (KVD) anordnen, „daß ein Arzt als Lagerarzt auf Kosten des Unternehmers mit der Überwachung der Gesundheit der Gefolgschaftsmitglieder ... beauftragt wird“.

Je nach Größe des Lagers konnten entweder haupt- oder auch nebenamtliche Lagerärzte bestellt werden. Sofern aber nicht eigens Lagerärzte beschäftigt wurden, oblag die ambulante Versorgung der in Lagern Lebenden zunächst der Kassenärztlichen Vereinigung. Bis August 1942 galt, daß der Arbeitgeber für jeden „Ostarbeiter“ vier Reichsmark an die zuständige Krankenkasse zahlte, die wiederum einen Teilbetrag an die KVD abführte. Unterschrieben war dieser Erlass des Reichsarbeitsministeriums von einem Mediziner: In Vertretung des Staatssekretärs, Dr. med. Hans Engel. Die KVD war dann dafür zuständig, daß

„Die letzte Instanz“

Lagerärzte bei Krupp

Daß die Schuldigen für die Greuel in den Konzentrationslagern und die Brutalität der „Euthanasie“-Aktionen namhaft gemacht werden können, dient weiten Teilen der Ärzteschaft zur Reinwaschung ihres Standes.
Aber es waren nicht nur rund 300 Ärzte wie Mengele in den faschistischen Terror eingebunden, wie Gine Elsner am Beispiel der Lagerärzte bei Krupp zeigt

Kassenärzte Sprechstunden in den Lagern abhielten.

Wilhelm Jäger, 1888 geboren, war niedergelassener Kassenarzt. Seit 1941 übernahm er zusätzlich die kassenärztliche Versorgung von Fremdarbeitern, die in Lagern lebten. Bezahlte wurde er für diese Tätigkeit von der KVD. Erst später, 1942, erfolgte seine Bestellung zum Lagerarzt und dann auch zum nebenamtlichen – er behielt seine Praxis zusätzlich bei – Oberlagerarzt. Für diese Tätigkeit wurde er von Krupp bezahlt. Dazu wurde zwischen dem „Amt Gesundheit und Volksschutz“ der „Deutschen Arbeitsfront“ (DAF) eine Vereinbarung getroffen.

Denn, so hatte es in dem Erlass des Reichsarbeitsministers geheißen, „die Anstellung des Lagerarztes soll im Einvernehmen mit der zuständigen Gau-dienststelle des Amtes Gesundheit und Volksschutz der DAF erfolgen“. Bei Gemeinschaftslagern, für die die Einstellung eines Lagerarztes durch die Unternehmer nicht möglich sei, könne die Einstellung allein vom Amt Gesundheit und Volksschutz erfolgen. Die Unternehmer sollten dann für ihre im Lager befindlichen Arbeitskräfte den festgesetzten Betrag an die DAF zah-

len, die dann die Vergütung der Lagerärzte vornahm. Anders lag der Fall bei Betriebslagern, in denen nur Arbeitskräfte eines Unternehmers untergebracht waren. Hier, so der Erlass, „erfolgt die Einstellung eines Lagerarztes nach den für Betriebsärzte geltenden Vereinbarungen“.

Es war durchaus möglich, daß ein Lagerarzt zunächst auch kassenärztlich tätig war. Werner Bockhacker, Leiter des DAF-Amts Gesundheit und Volkschutz, schrieb im Dezember 1940 in einem Rundschreiben an die einzelnen Gauabteilungsleiter seines Amtes, der „Lagerarzt soll möglichst auch die kassenärztliche Tätigkeit im Lager ausüben“. Es sei sehr wohl möglich, daß jeder Lagerarzt auch Lagerkassenarzt ist, während die für die kassenärztliche Versorgung der Lagerinsassen tätigen Kassenärzte nicht immer Lagerärzte zu sein bräuchten.

Aber auch bei der späteren Organisation des lagerärztlichen Dienstes sollte die Kassenärztliche Vereinigung, zumindest bei Krupp, nicht ganz außen vor bleiben. In einer Besprechung Anfang 1944 wurde bekanntgegeben, „daß bei der Geschäftsstelle der KVD eine Gaulagerarztstelle eingerichtet werden wird“, die bei der Überwindung von Schwierigkeiten und bei der Herbeiführung einer einheitlichen Handhabe nur behilflich sein wolle. Die Geschäftsführung dieser Stelle sollte Jäger übernehmen.

Es muß also hinsichtlich der Zuständigkeiten ein ziemliches Chaos geherrscht haben, was wohl nur deshalb keine Rolle spielte, weil die ärztliche Versorgung der Zwangsarbeiter ohnehin völlig unzureichend war. Bekannt war das vielen.

Friedrich Syrup, Staatssekretär im Reichsarbeitsministerium, wies in einem Runderlaß aus dem Jahr 1940 darauf hin, daß dem Unternehmer die Verpflichtung aufzuerlegen sei, dem Gewerbeaufsichtsamt mindestens jährlich einen Bericht des Lagerarztes in zweifacher Ausfertigung zu übermitteln. Auch das zuständige DAF-Amt erhielt Berichte. So schrieb der leitende Betriebsarzt der Firma Krupp und Chefarzt des Kruppschen Krankenhauses, Gerhard Wiele, im September an den Gauamtsleiter: „Auffällig war, daß der Blutdruck unternormale Werte inne hatte, eine Beobachtung, die uns bei erkrankten Russen schon aufgefallen war. Wir hatten sie als konstitutionelle Erscheinungen gedeutet, halten es jedoch für möglich, daß sie gleichfalls mit den schlechten Kräfteverhältnissen in Zusammenhang zu bringen sind. Denn die Ernährung der Ostarbeiter war und ist noch nicht ausreichend.“

Im Nürnberger Prozeß gegen Krupp wurden Wiele und Jäger, der Wiele als Lagerarzt verstand, als Zeugen gehört. Und beide ließen in ihren Zeugenaussagen keine Zweifel daran, daß sie

sich für die faschistischen Ziele einzusetzen ließen. Gerhard Wiele, 1907 geboren, war 1933 dem Stahlhelm beigetreten und wurde, wie er vor Gericht aussagte, 1937 in die NSDAP „überführt“. Über den Gesundheitszustand der ausländischen Arbeiter befragt, erklärte er: „Der Gesundheitszustand aller ausländischen Arbeiter, insbesondere der Ostarbeiter, wurde mit Fortgang des Krieges in Essen immer besser, während der Zustand der deutschen Bevölkerung . . . ständig und erheblich zurückging.“ Und zur ärztlichen Betreuung: „Wenn sie krank waren, haben wir sie im Krankenhaus behandelt oder haben, wenn sie besondere Wünsche hatten hinsichtlich des Wechsels ihres Arbeitsplatzes oder spezielle Fragen aufkamen, haben wir diese im Krankenhaus durchgeführt.“

Diese Aussage war wohl geschönt. Im September 1942 hatte Wiele den Durchschlag einer „Anweisung für die Lagerärzte“ erhalten, aus der hervorging, daß „Ostarbeiter“ möglichst nicht stationär behandelt werden sollten: „Krankenhausbehandlung soll nur ausnahmsweise vorgeschlagen werden. Wenn irgend möglich, ist die Behandlung im Krankenrevier durchzuführen.“

Die gesundheitliche Verfassung und die Lebensverhältnisse der „Ostarbeiter“ waren miserabel: „Sie bekamen 18 Gramm Fett pro Tag“, und sie hätten auch 1942 noch Hunger-Ödeme gehabt, sagte Jäger in Nürnberg aus. Wiele führte die Ödem-Erkrankungen auf die schlechte Verfassung zurück, in der die „Ostarbeiter“ in Essen ankamen. Wenn Arbeiter krank wurden, so Jägers Aussage weiter, mußten sie „so lange zur Arbeit gehen, bis sie von einem Lagerarzt arbeitsunfähig geschrieben wurden“. Die meisten Lager seien von den zuständigen Lagerärzten aber nur jeden zweiten oder dritten Tag besucht worden.

Aufgrund der schlechten sanitären Zustände traten in den Lagern Infektionen und Epidemien auf. Jäger gab zu Protokoll, daß in einer alten Schule 1200 Personen zusammengepfercht worden seien, für die nur zehn Kinderklossets zur Verfügung gestanden hätten. Wilhelm Jäger hatte in zum Teil vertraulichen Sonderberichten, zum Beispiel im Ärztlichen Sonderbericht vom 19. Oktober 1944, die Situation dargelegt: „Es regnet an allen Ecken und Enden durch“, und er kommt zu der Schlußfolgerung: „Der Arbeitseinsatz wird dadurch schwerstens gefährdet.“ In der Vernehmung im Nürnberger Prozeß wurde ihm vorgehalten, er habe in seinen Berichten an die Krupp-Direktion „von Verlust an Arbeitsproduktivität“ gesprochen. Darauf Jäger: „Von Arbeitsproduktivität? Soweit ich mich erinnern kann, sprach ich davon, daß es mir um den Arbeitseinsatz ging. . . Wir waren, um mich so auszudrücken, die letzte Instanz. Wir wurden den Kranken immer direkt gegenüberge-

stellt und mußten nun feststellen, daß sowohl der Arbeitswille wie die Fähigkeit zu arbeiten absank. Das meinte ich damit, und das meldete ich.“

Wie auch bei anderen Betrieben gab es bei Krupp eine Einrichtung, in der Kinder von „Ostarbeiterinnen“ gleich nach der Geburt untergebracht wurden. Dies entsprach einem Plan des Reichssicherheitshauptamts vom Dezember 1942, nach dem „schlechtrassische“ Kinder in Kindersammelstellen untergebracht werden sollten, um darin langsam zugrunde zu gehen. Ein Verwaltungsangestellter von Krupp berich-

te: „Arzt sagen müssen, „Darmkatarrh“ oder „Ernährungsstörung“.“

Gewundert hat sich aber auch dieser Kinderarzt über die Todesursache „Tuberkulose“. Er könnte sich nämlich nicht erklären, „wie der Lagerarzt diese Diagnose gestellt und erhärtet hat . . ., denn es fehlten ja die Möglichkeiten, um mit Röntgenstrahlen und Durchleuchtungen oder Röntgenaufnahmen draußen im Lager die Tuber-

Foto: Bildarchiv pr. Kulturbesitz



tete beim Nürnberger Prozeß, „daß die in dem Entbindungsheim der Firma Krupp geborenen Ostarbeiterkinder in einer besonderen Kinderstation untergebracht werden sollten“. 1944 sei dann die Kinderstation in dem Außenlager Vöerde errichtet worden. Zuständig für dieses „Kinderheim“: Wilhelm Jäger.

Andere Zeugen sagten aus, daß die Kinder in einem schlechten Zustand gewesen seien. Einer erklärte, es sei ihm bekannt gewesen, daß eine größere Anzahl Kinder gestorben wäre. Über die Todesursache könne er aber nichts sagen, aber „so wie ein Teil der Kinder aussah, machten sie überhaupt keinen lebensfähigen Eindruck“. Kinder starben an Diphtherie, aber auch an Durchfallerkrankungen. Als Todesursache habe der russische Arzt, der die Kinder betreute und der die Totenscheine ausstellte, häufig „Kachexie“ angegeben, erklärte als Zeuge der Verteidigung der Chefarzt der Essener Kinderklinik. „Die Diagnose Kachexie erweckt allzuleicht bei Nichtmedizinern den Eindruck, als seien die Kinder verhungert.“ Nach heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen habe der

Häftlinge beim Arbeitseinsatz für den Bau einer Werkhalle der Firma Krupp

Wenn Arbeiter krank wurden, mußten sie solange zur Arbeit gehen, bis sie von einem Lagerarzt arbeitsunfähig geschrieben wurden. Besucht wurden die Lager von den Ärzten aber nur jeden zweiten oder dritten Tag

kulose festzustellen“. Wilhelm Jäger habe aber niemals Beanstandungen erhoben.

Das wäre auch Unsinn gewesen, schloß ein weiterer Zeuge seinen Bericht, „denn er war der Mann, dem es oblag, in seiner Eigenschaft als Arzt für Abhilfe zu sorgen“.

Anmerkung

Den Ausführungen liegen Unterlagen des Nürnberger Staatsarchivs, KV-Prozesse, Fall 10, zugrunde. Der Text kann mit genauen Angaben zu den Zitaten gegen 2,50 Mark in Briefmarken bei der Redaktion angefordert werden.

NEUROLEPTIKA

TOLERANZPROFIS



Ob Elektroschock oder Neuroleptika, egal, was von Ärzten, Pharmakologen oder sonstigen Spezialisten als beste Therapie angesehen wird, Krankenschwestern und -pfleger tolerieren es als unantastbare heilige Kuh. Hubert Schmidt, Krankenpfleger am Landeskrankenhaus Gütersloh, fordert seine Kolleginnen und Kollegen auf, die Kuh zu schlachten

„In der Psychiatrie arbeiten, das könnte ich nicht.“ „Nachtdienst auf so einer Station, das hielte ich nicht aus.“ „Was denn, du bist allein auf der Station, bei zwanzig Patienten?“ Und so weiter. Wer kennt sie nicht, die erstaunt entsetzten Fragen der Laien? Wer kennt es nicht, das insgeheim stolze Gefühl, das sie auslösen?

Was unterscheidet uns Schwestern und Pfleger in der Psychiatrie von diesen Laien? Was ist das Außergewöhnliche an unserer Berufsgruppe? Warum halten *wir* diese Arbeit aus? Nur deshalb, glaube ich, weil wir von berufswegen tolerant sind. Wir sind Toleranzprofis.

Der Duden übersetzt „tolerant“ mit: Duldsam, nachsichtig, verständnisvoll, weitherzig, entgegenkommend. Daß wir das sind, ist einerseits gut so und notwendig, weil Voraussetzung des Aushaltens, des Ertragens unserer Arbeitsbedingungen. Aber es gibt ein Andererseits, eine Kehrseite der Medaille. Dazu möchte ich hier ein paar unfertige, vorläufige Gedanken loswerden. Denn ich glaube: Diese Kehrseite unserer Toleranz ist unser Verhängnis und vor allem verhängnisvoll für die Patienten.

Wir sind einsame Spitze im Hinnehmen der „Realitäten“. Ob „Euthanasie“ unter den Nazis, ob Insulinkuren, Elektroschock oder Neuroleptika, ob Ghetto oder Gemeindenähe. Unsere Berufsgruppe toleriert das, was gerade als gängige Behandlungsform, als letzter Stand der Wissenschaft angesagt ist und/oder als finanzielle Grenze gesetzt wird. Von A wie Aktivierung bis Z wie Zwangsjacke: Wir hatten immer für alles Verständnis, wir kommen früher oder später entgegen, wir dulden. Die entscheidenden Impulse zur Veränderung der Psychiatrie kamen nie aus unserer Berufsgruppe. Unzufriedenheit mit den Realitäten, mit unseren Arbeitsbedingungen im weitesten Sinne, klar, das kennen wir. Aber diese Unzufriedenheit auch in den Willen zur Veränderung, zur Erneuerung, zum Wagnis münden zu lassen, das ist unsere Sache nicht.

Die Ursachen dieser Duldsamkeit liegen in unserer Tradition. Dem Ideal der Krankenpflege als christliche tätige Nächstenliebe, vorwiegend von Frauen ausgeübt, sind wir noch nicht ganz entwachsen. Wir sind die Enkelinnen und Enkel der Ordensschwestern, welcher Gott, Arzt und Arbeitgeber (alles Männer) zur Dreieinigkeit verschmelzen. Geld für aufopfernde Nächstenliebe zu verlangen, wie zum Beispiel die „Wilden Schwestern“ im letzten Jahrhundert, war eine Schande. Optimale Bedingungen für optimale Pflege stoßen rasch auf finanzielle Grenzen, die wir zwar bedauern, deren Überwindung wir aber nicht einklagen. Obwohl: Gerade wir Schwestern und Pfleger haben durch unsere Nähe zum Pa-

tienten von jeher einen eher ganzheitlichen als medizinisch spezialisierten Ansatz und Zugang zum Patienten. Gerade unsere Berufsgruppe wäre eigentlich am leichtesten in der Lage gewesen, unsere (annähernd) ganzheitliche Sicht des kranken Menschen der ärztlichen und wissenschaftlichen Zerteilung des Patienten in einzelne Organe, in Körper und Seele, entgegenzuhalten – und damit die „Behandlung“ konzeptionell ein ganzes Stück weiterzubringen. Daß wir – als Berufsgruppe – das nicht taten, hat wenig mit mangelnder Kompetenz zu tun, aber viel mit unserem mangelnden Selbstbewußtsein.

Diejenige Therapieform, die von Ärzten, Pharmakologen oder sonstigen Spezialisten gerade als die beste angesehen wird, tolerieren wir. Sie wird mit uns zur Heiligen Kuh. Sie wird zum Dogma, zum Tabu, das wir nicht anzufassen wagen. Seitdem die Elektroschockgeräte in den Abstellräumen verstaubten, heißt in der Psychiatrie die allerheiligste Kuh: Neuroleptika. Mir wird seit einiger Zeit immer klarer: Diese Kuh ist schlachtreif. Daß sie noch Milch gibt, liegt am Stall!

Wie kam ich dazu, meine Einstellung zu den hochpotenten Neuroleptika zu ändern? Seit zehn Jahren teile ich hier im LKH Neuroleptika aus; überrede Patienten, sie zu nehmen („Seien Sie doch vernünftig . . .“); erpresse Patienten („Ohne Depotsspritz kommt eine Entlassung überhaupt nicht in Frage“); flöße ich Tropfen, „wenn es sein muß“, mit Gewalt ein; bin ich bereit, sich wehrende Patienten festzuhalten, zu fesseln, um Neuroleptika zu spritzen. Seit zehn Jahren habe ich alle gängigen Begründungen drauf, warum Neuroleptika im Prinzip gut sind. Kenne das Abschieben der Verantwortlichkeit („Wenn der Arzt die Tabletten angeordnet hat, müssen sie sie auch nehmen“) und nehme die Nebenwirkungen, die Spätfolgen billigend in Kauf. Es geht halt nicht anders. Was sein muß, muß sein: Müssen Neuroleptika wirklich seien?

Wir führen es auf „mangelnde Krankheitseinsicht“ zurück, wenn Patienten die Medikamente verweigern. Mangelt es nicht – mehr noch als den Patienten – uns an Einsicht? Wenn wir erwägen, daß es andere, neuroleptikafreie Einrichtungen gibt, mit ganz erstaunlich guten Erfolgen – auch, und besonders, was die „Langzeitwirkung“ der Therapie und die „Rückfallhäufigkeit“ betrifft. Sind Neuroleptika dann prinzipiell gut?

Wenn wir erwägen, daß selbst der Psychiatric-Altmeyer und Neuroleptikabefürworter Professor Dr. M. Bleuler schreibt: „Enttäuschend ist die Erfahrung, daß die Anzahl der langfristig guten Heilungen schizophrener Geisteskrankheiten seit der Einführung neuroleptischer Mittel nicht nachweisbar häufiger geworden ist.“ Sind

Neuroleptika dann wirklich notwendig?

Wenn wir erwägen, wie sehr wir Patienten oft lebenslänglich einschränken und behindern – und zwar nicht nur durch die Nebenwirkungen, sondern auch durch die Wirkungen der Neuroleptika. Wenn ich zum Beispiel erlebe, wie eine Patientin durch das Absetzen des Neuroleptikums endlich aus ihrer jahrelangen Abkapselung von Mitpatienten und Personal, aus ihrer Einigung in ihrem Zimmer, herauskann und sich selbst um ein neues Lebensumfeld kümmert. Wenn ich sehe, daß sie die durch das Absetzen der Medikamente aufbrechende psychotische Krise als Chance zur Veränderung nutzt. Fördern dann Neuroleptika die Entwicklung der Patienten?

Wenn ich bedenke, daß ein junger Patient, indem er für einige Tage wegfließt und ohne Neuroleptika „unverändert“ zurückkommt, uns zu der Einsicht brachte, daß er sie gar nicht braucht. Wäre ihm nicht durch die wer-weiß-wie-lange Neuroleptikagabe mit ihren Nebenwirkungen und Wirkungen unnötiges Leid zugefügt und manche Möglichkeit verbaut worden?

Wenn wir erwägen, wie selbstverständlich wir – auch gegen alle Bitten, Erklärungen und Abwehr der Patienten – die neuroleptischen Mittel für zwingend erforderlich halten, wie schnell wir aufeinander losgehen, anstatt aufeinander zuzugehen. Untergraben wir dadurch nicht von vornherein ein beiderseitiges Vertrauensverhältnis?

Wenn wir erwägen, daß manche Fachleute behaupten, daß das Absetzen des Neuroleptikums die Wahrscheinlichkeit eines „Rückfalls“ erhöht (was wir ja oft erleben), dieser aber hervorgerufen wird durch biochemische Veränderungen des Gehirns, welche verursacht werden durch die Neuroleptika. Wenn das stimmt, hieße das: Ein Patient bekommt von uns Neuroleptika wegen seiner Psychose und in der Folge häufiger psychotische Krisen wegen der Neuroleptikagabe. Machen wir damit die Patienten nicht von den Neuroleptika, und damit der Psychiatrie, abhängig und erreichen auf die Dauer das Gegenteil von dem, wozu wir da sind?

Sehr zu denken gegeben hat mir ein Antrag der bayerischen Grünen, die Neuroleptika zu verbieten. So ein Quatsch, das geht doch gar nicht? – Richtig. Es geht nicht ohne auf einer 20-Betten-Aufnahmestation oder einer 25-Betten-Bereitschaftsstation. Es geht nicht ohne mit so wenig Personal. Und so weiter. Aber: Phantasieren wir doch mal, unter welchen Bedingungen es ohne Neuroleptika gehen könnte. Ich glaube zum Beispiel, es ginge mit akut psychotischen Menschen in ganz kleinen Therapieeinheiten mit vier bis

sechs Patienten. Es ginge mit einem großen personellen und finanziellen Einsatz und möglichst außerhalb der Anstalts-, pardon, Klinikmauern. Soviel Geld haben wir nicht? Ich behaupte: Soviel Geld haben „wir“. Unser Land ist eines der reichsten der Erde.

Der Haken ist, daß der soziale Bereich, im Verhältnis zum Bruttonsozialprodukt, in unserer „sozialen“ Marktwirtschaft unterrepräsentiert ist. Das Geld ist da – aber nicht, wo es hingehört. Ist es nicht ein gesellschaftlicher Skandal, wenn Menschen Neuroleptika nehmen müssen, weil das Geld für bessere Bedingungen, für eine neuroleptikafreie Therapie fehlt?

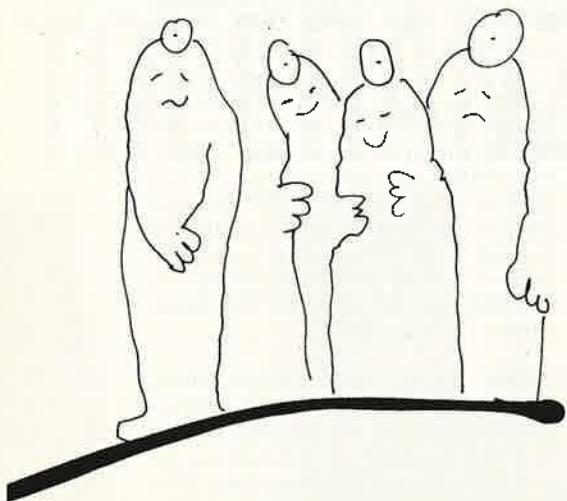
Zum Schluß, um Mißverständnisse wenigstens einigermaßen zu vermeiden, sei nochmals ausdrücklich betont: Natürlich kenne ich auch Patienten, bei denen ich mir zur Zeit nur schwer oder gar nicht vorstellen kann, daß sie ohne hochpotente Neuroleptika zuretkommen könnten. Besonders dann, wenn sie schon seit Jahren daran gewöhnt sind.

Es geht mir auch nicht darum, die hochpotenten Neuroleptika mit einem Schlag abzuschaffen. Ich meine nicht, daß wir es uns durch diese Medikamente auf den Stationen zu leicht machen. Wir haben es auch so noch zu schwer! Es geht mir darum, unsere prinzipiell positive Grundeinstellung zu diesen Mitteln in Frage zu stellen. Für gänzlich falsch und unethisch halte ich, daß eine Zwangseinweisung auch das Recht zur zwangswise Verabreichung von hochpotenten Neuroleptika, zur Zwangsbchändlung, einschließt.

Daß mehr Personal und bessere Bedingungen, weniger Gewalt und Neuroleptika notwendig machen, ist eine allgemein akzeptierte Binsenweisheit. Warum fällt es uns Schwestern und Pflegern dann so schwer, über die Bedingungen einer weitestgehend neuroleptikafreien Psychiatrie (laut) nachzudenken und uns für die Schaffung dieser Bedingungen stark zu machen? Wir Schwestern und Pfleger sind es, die die mangelhaften gesellschaftlichen Bedingungen am direktesten – oft in Form nackter Gewaltanwendung – an die Patienten weitergeben müssen. Ist das mit der Ethik des Krankenpflegeberufs zu vereinbaren? Müssen wir es zulassen, daß unsere Hilfsbereitschaft und unsere Duldsamkeit so schamlos ausgenutzt wird? Muß es sein, daß wir soviel mitmachen?

Müssen wir nicht vielmehr alle in unseren Kräften stehenden Möglichkeiten ausschöpfen, um unsere Lage zu verbessern – und damit die der Patienten? Im wohlverstandenen eigenen Interesse!

Der Artikel erschien zuerst in der DKP-Betriebszeitung für das LKH Gütersloh, „Nervensäge“. Wir bedanken uns für Abdruckgenehmigung.



UMFRAGE

ma – Immer noch ist unklar, wo die AIPler überhaupt eingesetzt werden können, da wird schon über neue Modelle der Medizinausbildung nachgedacht

Die Druckerschwärze des AIP-Reports in dg 5/89 war kaum getrocknet, da erreichten die Öffentlichkeit schon wieder neue Meldungen über geplante Änderungen der Mediziner-Ausbildung: In der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen wurde über eine Verkürzung des Studiums auf fünf Jahre und eine mindestens dreijährige Pflichtweiterbildung vor der Niederschrift zur allgemeinärztlichen Tätigkeit diskutiert. Solche Pläne werden derzeit im Bundesarbeitsministerium von Norbert Blüm diskutiert. Mit von der Partie wie immer: Jörg D. Hoppe vom Marburger Bund. Mit der neuen Diskussionsvariante soll wohl schon jetzt vom AIP-Debakel abgelenkt werden.

Die VDS-Fachkonferenz Medizin führte unter den AIP-Anwärtern der „ersten Generation“ im ganzen Bundesgebiet eine Postkartenumfrage durch. Von 4000 verschickten Postkarten wurden 763 bis Ende April zurückgeschickt. Danach waren 249 Ärztinnen und Ärzte im Praktikum ohne Stelle – also nicht im Praktikum. Anja

Gotthardt von der Fachschaft Medizin in Homburg nahm bei der ersten die Auswertung vor, bei der zum 1. November 1988 bis 1. Januar 1989 zusammengezählt 383 glückliche AIPs eine Stelle irgendwo im Bundesgebiet bekommen hatten. Dagegen saßen am 1. Januar 1989 noch immer 62 AIPs ohne Arbeit zu Hause.

Eine noch detailliertere Befragung nahm der AStA der Medizinischen Hochschule Hannover unter Studenten vor, die eigentlich im AIP sein müssten. Von 145 Studenten eines Semesters antworteten 79 auf die Befragung, 70 von ihnen hatten eine Stelle. 83 Prozent arbeiteten in der Klinik, 15 Prozent in der Praxis. Nach der Anzahl der Bewerbungsschreiben wurde ebenfalls gefragt: Viele kamen mit bis zu 10 Bewerbungen klar, eine große Gruppe benötigte circa 40 Bewerbungsschreiben, aber auch über 100 Schreiben wurden verschickt. Drei Befragte gaben an, eine Stelle ohne Bewerbung bekommen zu haben. Robert Hilse vom AStA der Medizinischen Hochschule Hannover sieht dafür einen klaren Grund: „Gute Beziehungen“.

Nur 10 Prozent erhielten ihren Praktikumsplatz über das Arbeitsamt, zwei Drittel besorgten sich ihren Platz selbst oder gingen vom Praktischen Jahr gleich ins AIP über. 78 Prozent der Befragten gaben an, nach Tarif bezahlt zu werden, 10 Prozent bekommen mehr. 5 von 48 in Kliniken tätigen AIPs erklärten, für Dienste bezahlt zu werden. Geplagt wird insbesondere über die Arbeit von AIPs in kleinen Krankenhäusern, bei denen die Betreuung auch im Bereitschaftsdienst mehr als fragwürdig organisiert ist.

Im Ministerium in Bonn hat man einstweilen das Problem noch nicht einmal erkannt. Bei einer Podiumsdiskussion eines Berufsverbands in Dortmund konnte die Vertreterin des Bundesministeriums, Frau Wolf, nur Gelächter hervorrufen, als sie auf die Frage des ebenfalls anwesenden Celler Haftpflicht-Richters Franzki nach dem Oberarzt im Hintergrund – für den AIP im Bereitschaftsdienst – darauf hinwies, daß ja in den meisten Fällen aus einem nicht weit entfernten Krankenhaus – sie ging von 20 Minuten Fahrtzeit aus – ein erfahrener Arzt zur Stelle sein könne.

Die offensichtlichen juristischen Unklarheiten über die Einsatzmöglichkeiten des AIP im Bereitschaftsdienst erweist sich gerade in kleinen Abteilungen immer mehr als Hemmschuh zu Umwandlung von Assistenzarztstellen in AIP-Stellen. Wer sollte sich auch für die Umwandlung etwa einer von sechs Stellen in einer internistischen Abteilung stark machen, wenn dann zwar zwei AIP Stationsarbit mitmachen, aber Bereitschaftsdienst nicht leisten dürfen oder können? Diese Arbeit bleibt dann an fünf Kolleginnen und Kollegen hängen. □

**W. Müller-Jensen,
S. Brieler, W. Zangemeister, J. Zippel (Hrsg.),
Gottfried Benn zum 100. Geburtstag, Würzburg 1989.
Verlag Dr. Johannes Königshausen und Dr. Thomas Neumann, 159 Seiten**

Alle vier Herausgeber des neuen Bandes über Gottfried Benn sind Ärzte, und unter den zehn Autoren findet sich ein weiterer Mediziner. Warum nur ist Gottfried Benn für Ärzte so interessant, daß sie sich „in den herbstlichen Tagen des Gottfried-Benn-Jahres 1986“ zusammengetan, um „eine Hommage für unseren Kollegen einzurichten“, so Müller-Jensen im Vorwort. Benn war Arzt, sicher, aber Alfred Döblin, für den sich seine und unsere Kollegen weniger interessieren, war es auch.

Da wurde vor kurzem im Berliner Ärzteblatt, nicht identisch mit dem Organ der Kammer, mittels Benn mit dem „Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte“ abgerechnet. Dieser habe die These aufgestellt, die Ärzteschaft hätte „das NS-Regime überproportional unterstützt“. „Diese These kann historisch bezweifelt werden“, schreibt die Zeitschrift, „den Demokratischen Ärzten sei die Lektüre der Werke des Arztes und Dichters Gottfried Benn empfohlen, dessen Name als Synonym für den massiven Widerstand der Mehrheit der damaligen Ärzte gegen das Unrechtsystem steht.“

Benn war nun ganz sicher kein Gegner des Nationalsozialismus, sondern eher ein Befürworter der faschistischen Ideale. Daran ändert auch die Tatsache nichts, daß er später Schreibverbot erhielt. Wer wie Benn so zynisch schrieb, „die Rassen sind zu Ende... Unser Großhirn ist der letzte Sprung, nun läuft es aus“, konnte als Künstler den Nationalsozialisten auf Dauer nicht gefallen.

Auch Klaus Bölling, ehemaliger Staatssekretär und Presse-sprecher von Helmut Schmidt, schreibt zum 100. Geburtstag mit. Doch geht er nicht – schweigend und verschweigend – über Benns Haltung zum Nationalsozialismus hinweg. „Es wäre absurd“, so Bölling, wenn man 30 Jahre nach dem Tod dieses großen deut-

schen Lyrikers nun versuchte, solche Haltungen und Ansprüche zu rechtfertigen.“

Wenn Benn mit dem von ihm verwendeten Begriff „balkanisch“ Verachtenswertes, Minderwertiges verband, so sieht Bölling darin „ein Stück deutscher Überheblichkeit, weil Balkan in dem Verständnis auch von minderen und nicht so großen Geistern wie Gottfried Benn ja immer signalisieren sollte, die deutsche Welt sei der des Balkans überlegen“. Es liegt an Böllings Biographie, daß er den Faschismus nicht ausblenden kann. Seine eigene Mutter, so berichtet er, wurde nach Auschwitz deportiert, während sein Vater, ein Nationaler, dies „eigentlich bis zum Ende des Krieges als ein tragisches Versehen“ ansah.

Bölling bleibt der einzige Teilnehmer an dieser Hommage, der die Verstrickungen Bennis in die nationalsozialistische Gedankenwelt anspricht. Alle anderen gehen darüber hinweg. Aber kann man eigentlich heute noch so ganz blind Benn zitieren, auch das, was er über die „Rasse“ schrieb, wenn doch gewußt wird, in welchem Kontext er diesen Begriff verwandte? Im August 1933 schwärzte er von der „deutschen Erbmasse“, in der „einige Gruppen von Züchtungszentren für Hochbegabte zu erkennen“ seien. Zwar gebe es auch „spontane Hochbegabungen und autochthone Geniebildung aus nicht vorgezüchteten Kreisen“. „Allerdings“, so sage die Rassenforschung, „nicht in genügender Menge, um den Führerbedarf eines Volkes zu decken.“ – „Begebung läßt sich züchten.“

Dagegen Alfred Döblin, der 1922 das beste über Rassentheoretiker schrieb, was ich je las: „Es gibt Kreuzungen von Romanen und Germanen, von Eseln und Pferden; die Kreuzungen von Schafen, Hornochsen und Kanarienvögeln nennt man Rassentheoretiker.“

Warum Ärzte auch heute noch so fasziniert sind von Benn, das liegt meines Erachtens an der biologisch-evolutionären Sichtweise Bennis. Das kommt weiterhin an. „Die Erbforschung“, schrieb er 1933, „eine junge Wissenschaft, eigentlich erst 30 Jahre alt, hat uns in merkwürdiger Übereinstimmung mit dem erwachten politischen Wollen für diese Dinge einen neuen Blick gegeben. Sie ist dabei, die nationale Moralwissenschaft zu werden.“

AntiAtomBüro Dortmund, Krebs. Entstehung, Diagnostik und Therapie. Ein kommentierter Reader, Dortmund 1988. 150 Seiten, 20 Mark. Eigenverlag

„Krebs ist, genau wie die Nutzung von Kernenergie, kein privates, sondern ein politisches Thema“, schreiben die Herausgeber, die sich selbst als medizinische Laien sehen, in ihrem Vorwort über ihre Motivation zur Veröffentlichung. Ihr erklärt Ziel ist es dabei, die Schulmedizin anzugreifen und ein Konzept des „biochemischen Ansatzes“ der Diagnose und Therapie von Krebs vorzulegen. Gegliedert in vier Abschnitte zur Entstehung, Diagnostik und Therapie von Krebs sowie zu Krebs und ionisierender Strahlung werden auszugsweise neun Quellen abgedruckt, die sich mit dem erwähnten Ansatz beschäftigen.

Überzeugendes ist dabei nicht herausgekommen. Machen doch die abgedruckten Autoren, allen voran der Diplomche-

miker Rudolf-Erich Klemke, haargenau den gleichen Fehler wie die kritisierten Schulmediziner: Sie behaupten, daß nur sie selber, ihre Methoden und Entwicklungen die einzige richtigen seien. Klemke über das von ihm entwickelte Thymus-Präparat: „Die Zulassung des Tumosters durch das BGA in Berlin würde sich als Segen für die krebsgeplagte Menschheit auswirken, weil es, frei von irgendwelchen unerwünschten Nebenwirkungen, den von uns allen gewünschten Fortschritt bedeutet.“

Unverständlich bleibt auch, warum ein Buch, das sich an Profis wie Patientinnen und Patienten richtet, seitenlang komplizierte medizinische und biochemische Sachverhalte ausführt. Kostprobe: „Die Nebenniere ist mit ca. 28 Prozent das Arachidon- und Eicosapentaensäurerreichste Organ unseres Organismus.“ Abkürzungen werden reichlich benutzt und demjenigen „Leserkreis, der mit biochemischen Gedankengängen und der in der Biochemie üblichen Terminologie nicht so sehr vertraut ist“, auf der dritt-

letzten Seite vorgestellt. Ärgerlich sind komplett Fehlinformationen, wie die von Werner Steinkellner über die Tumormarker. Dabei handelt es sich im wesentlichen um tumorassoziierte Antigene (Eiweißstoffe). Während „schulmedizinisch“ orientierte Onkologen längst von der Vorstellung Abschied genommen haben, mit Hilfe dieser Stoffe organspezifisch Tumoren aufzudecken zu können und ihren Wert eher in der Nachsorge der Tumorthерapie sehen, behauptet Steinkellner, daß sie „bildnerischen Methoden der Aufdeckung und Kontrolle zeitlich weit überlegen sind.“

Leider geht der Abschnitt über Krebs und ionisierende Strahlung nicht über das hinaus, was in jedem Physikbuch über die physikalisch-chemischen Grundlagen nachzulesen ist.

Insgesamt erscheint mir der Ansatz, sich abseits der Schulmedizin mit der Diagnose und Therapie von Krebskrankheiten zu befassen, sehr vernünftig. Der vorliegende Reader blieb leider in diesem Ansatz stecken. um

Und dann sein Chauvinismus. Wolfgang Zangemeister, Neurologe, schreibt über die „Ambivalenzen“ bei Benn. Darunter subsumiert er Bennis Beziehungen zu Männern und Frauen – und die jeweiligen Unterschiede. Die Frau – „der Muschelmund“. Der Mann – „Männer wollen doch nicht am Gehirn von einer Frau berührt werden, sondern ganz woanders“, wird Benn dort zitiert. „Das waren für Benn zwei ganz voneinander unterschiedliche Bereiche“, orakelt Zangemeister. Welch eine Erkenntnis.

Ein Interview mit Ilse Benn, der dritten Ehefrau, gibt da mehr Aufschlüsse. Sie war 30, als sie kurz nach Kriegsende heiratete, er war 60. „Man mußte auch ein bißchen tun, was er wünschte und verlangte.“ Bevor er seine zweite Frau heiratete, habe er geschrieben, „sein Geschirr und seine Bettwäsche gehe kaputt, und er könne nicht so allein leben“, so Ilse Benn. In ihrer Zahnarztpraxis habe sie einen alten Mann in Behandlung gehabt, „einen alten jüdischen Herrn“. Der habe sie eines Tages in der Sprechstunde gefragt: „Wissen Sie, daß er fünf Frauen auf dem Gewissen hat? ... eine ist aus dem Fenster gesprungen, die erste Frau ist gestorben an einer Opera-

tion, die zweite war eine Schauspielerin, die seinetwegen, weil er so kühl war, kühlen Herzens, sich das Leben genommen hat.“

Gottfried Benn habe die Zeichen unserer Epoche als sensibler und kritischer Beobachter wahrgenommen, heißt es im Vorwort von Müller-Jensen. Der Geist sei das Gegenstück gegenüber dem Irrationalen, Norden und Süden seien für Benn mehr als geographische Begriffe: „Der Süden – das Südwort steht für Rausch, die Regression – der Norden für Geist, für das Bewußtsein, das leidet und Form gestaltet.“ Wer schreibt so heute noch?

Gine Eisner



Wieder erhältlich:

Doerner/Haerlin/Rau/Schernus/Schwendy
DER KRIEG GEGEN DIE PSYCHISCH KRANKEN

Mabuse Verlag 1989
Psychiatrie Verlag 1989

impressum

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Sabine Drube (Heidelberg), Heiner Keupp (München), Brigitte Klüthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hütingen), Christina Pötter (Gießen), Michael Regus (Siegen), Hartmut Reiners (Düsseldorf), Rolf Rosenbrock (Berlin), Annette Schwarzenau (Berlin), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich 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 Steenbook, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 3600235.

Redaktion:

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

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

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

Redaktionskonto für Spende:

Sonderkonto Norbert Andersch, Postgiroamt Essen Nr. 15420-20

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GE- SUNDHEITWESEN“ erscheint monatlich bei:

Pahl-Rugenstein-Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/360020, Konten: Postgiroamt Köln 6514-503, Stadtsparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigeneschluß für das Juli-/Augustheft: 5. Juni 1989

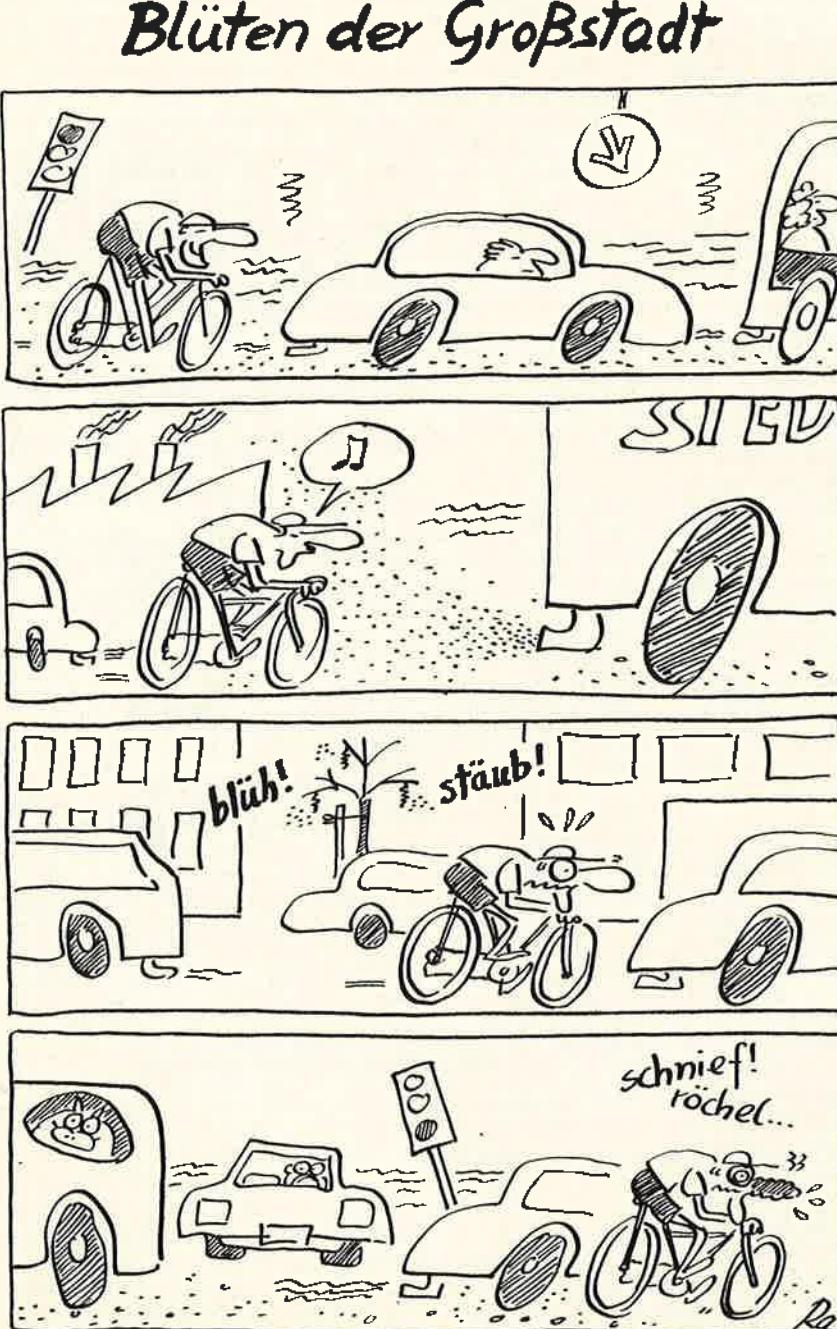
Graphik: Renate Alf, Regula Hartmann, Christian Paulsen

Titelblatt: Linie 4, Meyborg, Paulsen, yn

Layout: Ursula Daalmann, Joachim Neuschäfer

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

ISSN: 0932-5425



Widerstand
und Gesundheit
in Südafrika

Women's Health and Apartheid



The Health of Women and Children and the
Future of Progressive Primary Health Care
in Southern Africa

medico international

GESUNDHEIT UND WIDERSTAND IN SÜDAFRIKA

Das Standardwerk, das den inhaltlichen Zugang zur sozialen Realität im südlichen Afrika eröffnet:

Die vorliegende Dokumentation eines aktuellen Workshops der Gesundheitsarbeiter der Region macht vor allem eines deutlich:

Die Frauen sind die Hauptträger des Primary Health Care Concepts (PHC) – und auch die am meisten davon Begünstigten. Südafrika ist nicht nur Schwarz-Weiß, sondern dazwischen liegen: Mittel- und Unterschichten, Frauen und Männerkader, eine Vielfalt von realer Unterdrückung.

Daher redet die einzigartige Sammlung authentischer Praxisbeiträge auch umfassend von den gestaltenden »Subjekten«: Frauen.

Ihre Themen und Probleme bilden den Inhalt des Readers:

- **Gesunderhaltung und Ernährung der Familien**
- **Die Entscheidung des Krankheitsfalles**
- **Traditionelle oder europäische Biomedizin**
- **Die Ökonomie der schwarzen weiblichen Arbeitskraft u. v. a.**

Deutsche Einführung. Texte in englischer Sprache. 12,50 DM, 325 Seiten
Über den guten Buchhandel. Oder:

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



Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Wie wir Ihnen in der letzten Nummer berichteten, haben Herausgeber und Redaktion von dg dem Dr. med. Mabuse ein Angebot zur Zusammenarbeit der beiden Zeitschriften gemacht. Mit einer bloßen Willensbekundung und der Einsicht, daß ein Zusammengehen von dg und Mabuse eine politisch spannende und produktive Sache sein kann, ist es aber nicht getan, und die Entscheidung läßt sich nicht übers Knie brechen. Gründliche Überlegungen über mögliche und unmögliche Formen der Kooperation sind notwendig. Der Dr. med. Mabuse hat deshalb die dg-Redaktion zu einer Diskussionsrunde im August eingeladen. Wir werden Ihnen dann Genaueres mitteilen.

Verspätung

In der Buchbinderei, die dg zusammenlegt und heftet, gab es leider im letzten Monat Probleme mit einer defekten Sortiermaschine, so daß einige Abonnentinnen und Abonnenten ihr Heft erst am 8. Mai erhielten. Wir bitten um Entschuldigung.

Unterstützen Sie Peter Schröder!

In der Zeitschrift „Stern“ vom 26. Januar unterschrieben mehrere hundert Ärztinnen und Ärzte, so auch dg-Redakteur Peter Schröder, einen Aufruf zur Streichung des Paragraphen 218. Seine Arbeitgeberin, die Katholische Kirche, reagierte sofort: Peter Schröder wurde kurz nach Erscheinen des „Stern“ fristlos gekündigt.

Ihre dg-Redaktion

Solidarität mit Peter Schröder

Wir erklären uns solidarisch mit dem Arzt Dr. Peter Schröder aus Bochum, der wegen seiner Forderung nach Abschaffung des Paragraphen 218 StGB am 15.2.1989 fristlos aus dem Dienst im Elisabethhospital entlassen wurde. Wir fordern die sofortige Wiedereinstellung von Dr. Schröder!

Name

Vorname

Wohnort

Unterschrift



Postvertriebsstück
Gebühr bezahlt

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

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

Die Broschüre über das Katastrophens- chutzebergän- zungsgesetz:

Das Katastrophenschutz-
ergänzungsgesetz
ist so unredlich wie ehedem
der Entwurf eines
Zivilschutzgesetzes.
Es darf wie das
Zivilschutzgesetz
nie verabschiedet werden.

Kostenlos zu beziehen:
Sektion Bundesrepublik Deutschland
der Internationalen Ärzte für die
Verhütung des Atomkrieges (IPPNW) e.V.
Bahnhofstraße 24, 6501 Heidesheim
Telefon 06132/5 93 29

Die Sektion Bundesrepublik Deutschland der Internationalen Ärzte
für die Verhütung des Atomkrieges (IPPNW) e.V. sagt: warum

Die bundesdeutsche Sektion
der IPPNW legt mit dieser
Broschüre ihre Bedenken gegen
das geplante Gesetz vor:
medizinische, juristische,
finanzielle und politische.
Das Gesetz darf so nicht
verabschiedet werden, denn
es ist Augenwischerei:
In einem nächsten Krieg
wird es keine medizinische
Hilfe mehr geben.