

dg

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

PFLEGENOTSTAND
**WILDE
SCHWESTERN**
HEUTE - GESTERN



DIE VON DRINNEN
DIE VON DRAUSSEN

AIP



ROT-GRÜN IN BERLIN

DAUMEN DRÜCKEN
ODER
DRUCK MACHEN?

*Hungerstreik***ARZT UND
POLITIK**

Bernd Kalvelage ist Internist in
Hamburg

Die Existenz eines einheitlichen Standpunktes der Ärzteschaft gegründet auf politischer Neutralität ist nur noch als Illusion aufrechtzuerhalten. Die Kontroversen um Gentechnologie, Kernenergie und Katastrophenmedizin waren Beweis genug: Über das Verhältnis von Medizin und Politik muß öffentlich nachgedacht werden.

Am 3. April 1989 wurde die Ärztekammer Hamburg von Unterstützern der RAF-Gefangenen im Hungerstreik besetzt. Die Offiziellen der Kammer konnten offenbar mit diesem Mittel politischer Auseinandersetzung umgehen. Vertreter der Besetzer nahmen am Abend an der Vorstandssitzung der Ärztekammer teil. Der Vorstand beschloß eine Resolution zur Zwangernährung hungerstreikender Strafhaftlinge, in der es heißt: „Die Verpflichtung des Arztes zur Hilfe findet dort ihre Grenze, wo ein eindeutiger, auf freier Willensbildung beruhender Beschuß des einzelnen vorliegt, die ärztliche Behandlung abzulehnen bzw. sich ihr sogar aktiv zu widersetzen. Ein Arzt darf auch nach Eintreten der Bewußtlosigkeit eines im Hungerstreik befindlichen Strafgefangenen nicht zu einer Zwangernährung gezwungen werden.“

Diese Erklärung befindet sich im Gegensatz zum geltenden Strafvollzugsgesetz, sie ist als Klarstellung von Ärzten einerseits zu begrüßen. Andererseits wirft sie mehr neue Fragen auf, als sie beantwortet. Sie könnte mißverstanden werden als ein „Laß sie verrecken, die Terroristen!“ etwa in der Tendenz der Bild-Zeitung. Ein Standpunkt, der auch von ärztlichen Kollegen zu hören ist. Die Erklärung kann (und will) nicht die Gewissensentscheidung des Arztes vorwegnehmen, der sich einem vor dem Hungertod stehenden Gefangenen gegenüber sieht. Sie ist auch nicht geeignet als Richtschnur des Handelns in zahlreichen, denkbaren Grenzsituationen (Gefangener signalisiert Aufgebenwollen, Forderungen werden mit Aussicht auf Erfolg behandelt zu einem Zeitpunkt, da der Gefangene bewußtlos wurde...). Und schließlich bleibt diese Erklärung im Symptomatischen stecken, da sie den Endpunkt eines Konflikts zum alleinigen Ausgangspunkt ihrer Überlegungen macht.

„Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.“ Der Satz aus dem Gelöbnis der

Berufsordnung erfordert, die Ursachen der offensichtlich von Ärzteschaft und Gesetzgeber als medizinisches Problem anerkannten Nahrungsverweigerung von Häftlingen im Einzelfall zu erforschen. Dazu ist weder besonderer medizinischer Sachverständig noch im gegebenen Fall eine Solidarisierungserklärung mit den Zielen der RAF, noch ein Auftrag der Hungerstreikenden, aber auch keine durch staatliche „Sympathisanten“-Hatz erzwungene Distanzierung von den gefangenen Menschen oder gar politische Neutralität erforderlich. Die Brüder von Brahmühl haben in einer bewundernswerten, für Staat und Öffentlichkeit beschämenden Weise ihre Reduzierung auf die Opferrolle und die Konfrontation mit den Tätern aufgegeben. Ärzte sollten diesem mutigen Beispiel folgen und sich nicht reduzieren lassen auf Spezialisten für künstliche Ernährung und Wiederbelebung.

Die Hamburger Ärzteopposition hat deshalb in einer Erklärung vom 5. April 1989 – nach langer Diskussion und unter Berufung auf die ärztliche Berufsordnung und die Resolution der Vereinten Nationen von 1984 zur Ächtung von Folter und inhumanen und erniedrigenden Haftbedingungen – die Verantwortlichen in Politik und Justiz aufgefordert, die § 129 a-Haftbedingungen aufzuheben. Sühne und Strafe als Ziele der Inhaftierung stehen dabei nicht zur Diskussion. Über Sonderhaftbedingungen einen Gesinnungswandel erzwingen zu wollen, bedeutet aber Rache und Folter.

Die Gefangenen ergeben sich – unabhängig von allen starken Worten und ihren durchaus zu hinterfragenden politischen Absichten – im Hungerstreik, in einem Zustand vollständiger Wehrlosigkeit, dem Staat. Dieser scheint im Moment eher erpreßbar durch dumpfe Stimmungen in der Bevölkerung, die in Stimmenzuwachsen nationalsozialistischer Parteien ihren Ausdruck finden, als durch hungernde Gefangene, die keineswegs illegale Forderungen an ihn stellen.

Die zugespitzte und für einige Gefangene lebensbedrohliche Situation verlangt Einmischung: Auf daß der Staat nicht passiv geschehen läßt, was aktiv herbeizuführen zumindest im „Deutschen Herbst“ 1977 in der Regierungszentrale unter „exotische Vorschläge“ durchgespielt wurde: die inszenierte Tötung der Gefangenen, 1989 zu deklarieren etwa als (Frei-)Tod im Hungerstreik.

Report

AiP
Zur Situation der Ärztinnen und Ärzte im Praktikum 12

Gesundheitspolitik

Grün-Rot in Berlin:
Utopie verloren, Kommentar von
Johannes Spatz, AL 18

Rot-Grün in Berlin:
Daumen halten, Kommentar von
Jürgen Egert, SPD 23

Krankenpflege

Tarifverhandlungen:
Es ist genug 24

Wilde Schwestern?
Geschichte der Krankenpflege 30

Ethik

„Risikopatient“
Gentest auf Chorea Huntington 26

Meinungsvielfalt?
Streit um das Deutsche Ärzteblatt 33

Internationales

Frauen und Apartheid 28

Frauen

Draufsetzer
Paragraph-218-Prozeß in
Memmingen 34

Dokumente

Für eine soziale und ökologische
Erneuerung der Gesundheitspolitik
Konsenspapier von Alternativer
Liste Berlin und SPD 19

Primärprävention als Aufgabe
der Krankenkassen?
Von Uwe Lenhardt 20

Rubriken

Echo 4

Trends 4

Glotze 9

Memo 10

Lesezeichen 36

Kölnstr. 198 39

IN HALT

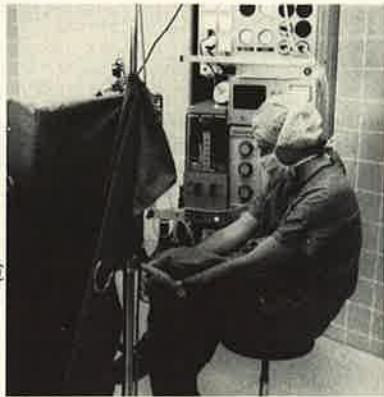


Foto: Linie 4 (2)



Jetzt müssen SPD und
Alternative in Berlin
zeigen, daß sie es besser
können.
Jürgen Egert, SPD,
und Johannes Spatz,
AL, kommentieren
die Koalitionsabspra-
chen zur Gesundheits-
politik

12

18



Foto: Stiftg. preuß. Kulturbesitz

Wenn die öffentlichen Arbeitgeber bei den Tarifverhandlungen wieder kein Angebot machen, wie der Pflegenotstand behoben werden kann, wird es ernst. Dann kommt es auf die Streikbereitschaft in der Krankenpflege an. Ein Kommentar zur aktuellen Lage auf Seite 24 und eine Untersuchung über die gewerkschaftliche Organisation der Kran- kenpflege bis 1933

30

DHS: Gegen Methadon- programme

„Für Methadonprogramme besteht nach wie vor kein Handlungsbedarf.“ Dies ist die Kernaussage einer Stellungnahme der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) zur Substitution Drogenabhängiger mit Methadon. Als einen Grund für diese Haltung nennt die DHS, daß sich der Staat unglaublich mache, wenn er im Betäubungsmittelgesetz Stoffe verbiete, andererseits aber einen chemisch nahezu identischen Stoff als Substitutionsmittel zulasse. Außerdem sei die Drogenarbeit in der Bundesrepublik wesentlich erfolgreicher als allgemein angenommen und in der Öffentlichkeit dargestellt werde.

Radikale Änderungen in der Drogenpolitik, wie sie unter anderem wegen der Verbreitung des HIV-Virus unter Drogenabhängigen gefordert werden, lehnt die DHS ab. Statt dessen sei eine Optimierung bestehender und bewährter Konzepte gefordert. Verstärkt werden sollen nach Vorstellungen des Verbands „alle Maßnahmen auf dem Gebiet der Behandlung Drogenabhängiger, der Früherkennung, der Prävention, der Sicherstellung und der Strafverfolgung“.

Resolution gegen Lebensmittel- bestrahlung

Gegen die Bestrahlung von Lebensmitteln hat sich das Dortmunder Anti-Atom-Büro mit einer Resolution gewandt, die auf der Frühjahrskonferenz der Anti-AKW-Bewegung, die vom 28. bis zum 30. April in Mainz tagt, verabschiedet werden soll. Als besonderen Grund für die Ablehnung der Bestrahlungskonservierung führen die Initiatoren an, daß die Unbedenklichkeit nicht nachgewiesen werden könnte und auch die Wirksamkeit zweifelhaft sei. So würden zwar Bakterien getötet, nicht aber die von Ihnen im Anfangsstadium der Verseuchung erzeugten Giftstoffe beseitigt. Außerdem leiste die Bestrahlung von Lebensmitteln einer Täuschung der Verbraucher Vorschub. So seien zum Beispiel in einer optisch einwandfreien Frucht nach der Bestrahlung keine Vitamine mehr vorhanden. Der Konsum größerer Mengen bestrahlter Lebensmittel werde besonders für bestimmte anfällige Bevölkerungsgruppen zu einem Risiko, da der Nährwert verloren gehe. Besondere Gefahren ergeben sich, so die Resolution, für Lebensmittelhilfen in der sogenannten Dritten Welt: „Dort erhalten Hungernde dann wertlose Nahrungshülsen.“

Aufruf zur Unterstützung eines Rehabilitationszentrums für Folteropfer in der Türkei

Seit Beginn 1988 planen führende Mitglieder des Menschenrechtsvereins sowie namhafte Funktionäre der türkischen Ärztekammer die Gründung eines Behandlungszentrums für Folteropfer in der Türkei. Gerade die Ärzte erlebten, wie sich immer mehr entlassene politische Häftlinge an sie wandten wegen der vielfältigen Schädigungen körperlicher und seelischer Art, die sie infolge von Folter erlitten hatten. Unter den Ärzten sind vor allem Prof. Dr. Veli Lök aus Izmir und Dr. Ata Soyer, Vorsitzender der Ärztekammer Ankara, zu nennen, darüber hinaus der Generalsekretär des Menschenrechtsvereins Akin Birdal.

Die inhaltliche Planung und Arbeitsweise des zu gründenden Zentrums wird begleitet von den Kollegen des Rehabilitationszentrums für Folteropfer in Kopenhagen, allen voran Dr. Inge Genefke. Ebenfalls bestehen Kontakte zu Amnesty International, der UNO-Menschenrechtskommission und dem Europaparlament, die im Falle einer Gründung eine Unterstützung zugesagt haben. Mittlerweile sind rechtliche Probleme, die eine Gründung verhindern können (so kann der Menschenrechtsverein zum Beispiel nach dem türkischen Vereinsgesetz ein solches Zentrum nicht gründen), überwunden worden. Man wird zunächst eine „Menschenrechtsstiftung“ gründen; diese Stiftung braucht zu ihrer Gründung 25 000 Mark und kann dann das Rehabilitationszentrum eröffnen.

Wir, das sind Mitglieder des Vereins „Solidarität mit den politischen Gefangenen in der Türkei“, erhalten in unseren Briefkontakten immer wieder Anfragen politischer Gefangener, die eine Behandlung wegen ihrer Folterschäden brauchen. Der Menschenrechtsverein geht von circa 250 000 Gefangenen aus, die die Foltermaschinerie in der Türkei durchlaufen haben. Wir halten eine direkte Behandlung von Folteropfern im Land für effektiver als im Ausland. Zudem hätte ein solches Zentrum eine immense Bedeutung im Kampf für die Menschenrechte in der Türkei.

Einige Mitglieder unseres Vereins stehen in direktem Kontakt zu den Gründungsmitgliedern in der Türkei. Sowohl zum Start als auch zur fortlaufenden Arbeit wird das Zentrum Hilfe vom Ausland benötigen, denn viele ehemalige Gefangene werden nicht in der Lage sein, eine Behandlung zu finanzieren, so daß die Möglichkeit der kostenlosen Behandlung eingeplant ist.

Wir bitten um Spenden für den Aufbau eines Behandlungszentrums für Folteropfer in der Türkei unter dem Stichwort „Behandlungszentrum“ auf das Konto 6433288 bei der Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61). Unser Verein ist beim Finanzamt Bielefeld als gemeinnützig anerkannt.

Solidarität mit den politischen Gefangenen in der Türkei e. V.,
c/o Bildungswerk für Friedensarbeit, Alfred-Bozi-Straße 10,
4800 Bielefeld.

„Apfelpause“

dg 4/89: „Zigaretten-Pause.
Rauchen im Krankenhaus“

Daß Rauchen ungesund ist, ist allgemein bekannt. Daß manche nicht darauf verzichten wollen oder können, ebenfalls. Sollte aber jemand tatsächlich die Absicht haben, sich das Rauchen abzugewöhnen, dann treffen sie/ihn gleich zwei Härten: Erstens fällt die Zigarette weg und zweitens auch noch die Pause. Und das ist zuviel, meine auch ich als Nichtraucherin.

Ich finde es absolut notwendig, sich während der Arbeitszeit hin und wieder wenige Minuten zurückzulehnen und sich selbst zwangsweise Ruhe zu verordnen, um danach wieder klar denken und handeln zu können, egal ob man dabei raucht oder nicht. Vielleicht sollte man – und das nicht nur im Krankenhaus – die Zigarettenpause umbenennen in „Apfelpause“, „Schokoladenpause“ oder wie auch immer, damit drei Minuten Aufatmen nicht als Faulheit gelten.

MARIA PRELL
Aachen



amnesty international: Krankenpflegegruppe gegründet

Mit Unterstützung der Mitglieder des Arbeitskreises Medizin-Psychologie von „amnesty international“ (ai) will sich in Hamburg eine „ai-Gruppe Krankenschwestern und Krankenpfleger“ gründen. Initiiert wurde dieser Schritt von der dänischen Krankenschwester Claudia Hollnagel, die am Kopenhagener Rehabilitationszentrum für Folteropfer gearbeitet hat. Wer sich für die Mitarbeit interessiert, kann sich an Claudia Hollnagel wenden. Ihre Anschrift: Dierksstraße 10, 2102 Hamburg 93, Tel. (040) 75 79 39.

ÖTV: Betriebliche Aktionen unausweichlich

Für den Fall, daß die öffentlichen Arbeitgeber bei der Verhandlungs runde am 17. April kein akzeptables Angebot zur Verbesserung der Situation in der Krankenpflege vorlegen, hat die ÖTV Bezirk Nordrhein-Westfalen II betriebliche Aktionen für unausweichlich erklärt. Die Zeichen stünden auf Sturm, drohte ÖTV-Bezirksvorsteher Berthold Kiekebusch auf einer landesweiten Krankenhauskonferenz am 21. März in Dortmund vor rund 200 Betriebs- und Personalräten, Mitarbeiter- und Auszubildendenvertretern. Das, was die öffentlichen Arbeitgeber bei den bisherigen Verhandlungs runden angeboten hätten, sei nur noch als unverschämt zu bezeichnen.

Vier Tage vor Beginn der dritten Verhandlungs runde hat auch der Hauptvorstand der ÖTV in Stuttgart „eine härtere Gangart“ angekündigt. Ein Streik im Gesundheitswesen könne sehr bald Realität werden, wenn die Arbeitgeber eine Verbesserung der Tarifstruktur verweigerten, so Willi Hanss vom Hauptvorstand.

Baden-Württemberg: Kein Pflegenotstand?

Nach Auffassung der Baden-Württembergischen Landesregierung existiert kein Pflegenotstand. Auf einer Kundgebung in Karlsruhe am 18. März machte der Landesvorsitzende der Gewerkschaft ÖTV, Hans-Jürgen Arndt, eine andere Rechnung auf. In den Akutkrankenhäusern des Landes fehlten 6000 bis 8000 Pflegekräfte. Fast ein Viertel aller in der Pflege Beschäftigten an den Universitätskliniken in Baden-Württemberg habe die Arbeit im Jahr 1988 aufgegeben. An der Chirurgischen Klinik in Tübingen betrage die Fluktionsrate 32 Prozent, in einzelnen Bereichen der Universitätsklinik Heidelberg über 50 Prozent. Allein in Baden-Württemberg, so die ÖTV, würden über 100 000 Überstunden geleistet, die nicht durch Freizeit ausgeglichen werden könnten.

Letzter Arbeitsfrieden für Schwester Immerhelf

Am 15. März wurde in Darmstadt die letzte Krankenschwester, Roselieb Immerhelf, beigesetzt. 900 laut und wütend Trauernde begleiteten sie auf ihrem letzten Weg. Ob es die Teilnehmer der zweiten Verhandlungs runde über Einkommensverbesserungen in der Kranken- und Altenpflege gehört haben? Wir dokumentieren die Trauerrede

„Heute ist die letzte Krankenschwester, Roselieb Immerhelf, von uns gegangen und fand ihren letzten Arbeitsfrieden. Aufopferungsvoll gab sie sich ihrer Arbeit hin, die für sie immer eine Berufung war. Sie nahm 1989 Überstunden und sechs Jahre Jahresurlaub mit ins Grab.“

Ihre letzten Arbeitsjahre waren nicht einfach. Sie hatte starke Rückenbeschwerden, doch tapfer stand sie mit Hilfe von Medikamenten den Arbeitsalltag durch. Trotz Migräne und Kreislaufstörungen erschien sie bei jedem Frühdienst pünktlich auf ihrer Station. Immer, jeden Tag und jede Stunde, war sie freundlich und fürsorglich zu den Patienten. Nie kam ein Wort der Klage über ihre Lippen.

Aber Roselieb Immerhelf hatte auch Freude am Leben. Wenn sie nicht für andere erkrankte Kolleginnen einspringen mußte, hatte sie sogar jedes zweite Wochenende frei. Soweit sie es einrichten konnte, leistete sie sich von ihrem Gehalt einmal im Monat ein Glas Äppelwoi. Familie hatte sie nicht mehr. Diese mußte sie verlassen, um sich ungehindert ihrem Beruf widmen zu können.

Unser tiefes Mitgefühl gilt dieser letzten Krankenschwester, die ihren Beruf liebte und sprichwörtlich in ihm aufging. Wir gedenken ihrer und gehen jetzt in uns, um in Stille dieses schwere Schicksal nachzufühlen.“

Kein Geld für NS-Opfer

Eine negative Bilanz der bisherigen Praxis der Entschädigung „vergessener“ Opfer des NS-Regimes hat Ende März die Fraktionssprecherin der Grünen, Antje Vollmer, vor dem Bundestag gezogen. Mit den vor einem Jahr erlassenen Richtlinien für die sogenannte Härtefallregelung habe man Hoffnungen geweckt, die besser nicht geweckt worden wären. Das, was den Opfern angeboten werde, könne nur noch als zynisch bezeichnet werden. Aus dem Bericht des Bundesfinanzministeriums, auf den Vollmer sich bezog, geht hervor, daß nach den neuen Richtlinien 1369 Anträge auf einmalige und 353 Anträge auf monatliche Zahlungen gestellt worden sind. Von diesen sind aber nur 916 auf einmalige und sogar nur neun auf monatliche Zahlung bewilligt worden. Obwohl

die Regierung für 1988 50 Millionen Mark für Opfer des Nationalsozialismus, die bisher keine Wiedergutmachung bekommen haben, bereitgestellt hatte, wurden zusammen mit Leistungen nach der alten Härtefallregelung nur 5,9 Millionen Mark ausgezahlt.

Antragsberechtigt nach den Richtlinien von 1988 sind nur Personen, die vorher niemals einen Antrag gestellt haben, die im Inland leben, die ein niedriges Einkommen haben und die ihre Verfolgung vollständig nachweisen können. Außerdem müssen die Opfer eine Minde rung der Erwerbstätigkeit von mindestens 40 Prozent durch fachärztliche Atteste nachweisen, um die Leistungen bekommen zu können.

Humanisierung der Arbeit

Das staatliche Forschungsprogramm „Humanisierung des Arbeitslebens“, das seit über zehn Jahren läuft, soll ab Mitte des Jahres andere Schwerpunkte und einen neuen Namen erhalten. Unter der Bezeichnung „Arbeit und Technik“ soll der Schutz der Gesundheit am Arbeitsplatz durch Abbau und Abwehr von Belastungen und die menschengerechte Gestaltung neuer Techniken untersucht werden. Im Gesundheitsbereich soll der Abbau klassischer Belastungen wie Lärm, Schadstoffe und Kälte und die

Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen bearbeitet werden. Neu eingerichtet wird ein Arbeitsschwerpunkt, der sich mit dem Schutz der Gesundheit an Arbeitsplätzen in klimatisierten Räumen befassen soll.

Kritik übte der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) vor allem an der unzureichenden finanziellen Ausstattung. Die Fördermittel sollen, wie der DGB mitteilte, auf 99,5 Millionen Mark eingefroren werden, das seien weniger als 0,7 Prozent der gesamten Forschungsvorhaben des Bundes. Neben einer Aufstockung der Mittel fordert der DGB eine regelmäßige Berichterstattung über Veränderungen der Arbeitsbedingungen. Dadurch könnten nach Meinung des Gewerkschaftsbunds Hinweise auf ungelöste Probleme der Arbeitswelt gewonnen und Möglichkeiten einer Lösung mit Hilfe staatlicher Humanisierungspolitik gefunden werden.

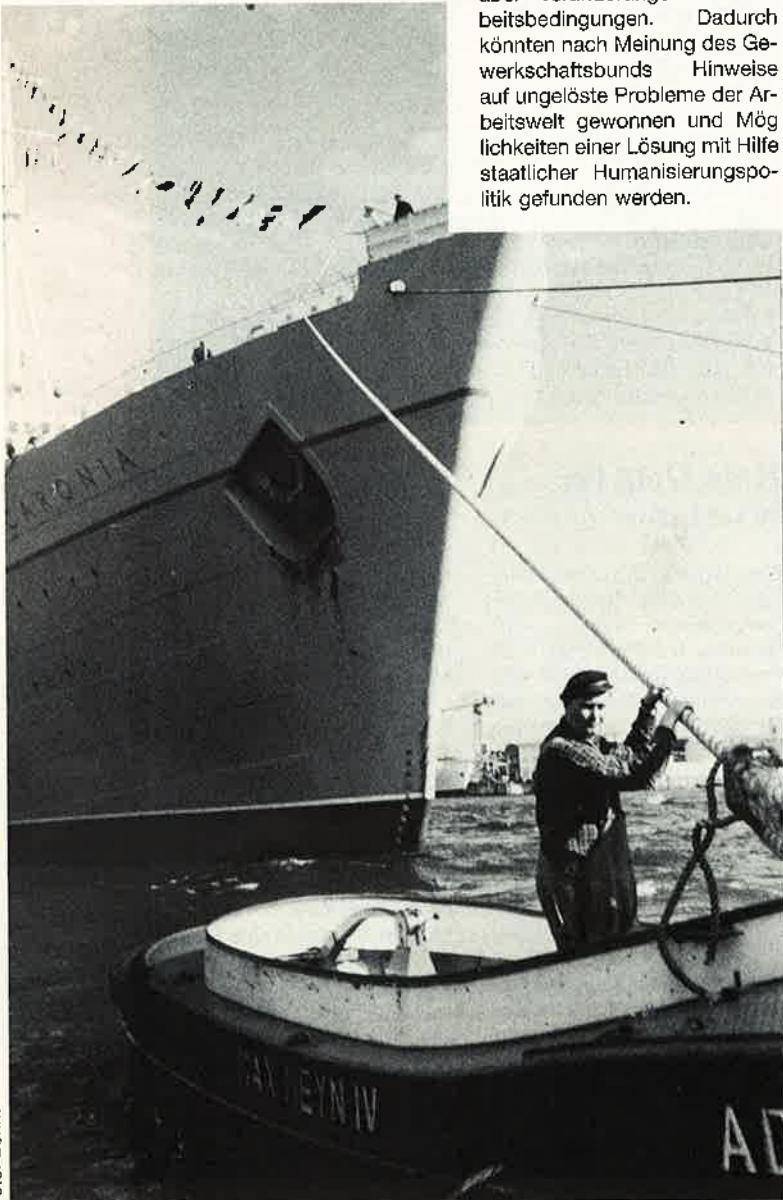


Foto: Döhlm

Tarifforderungen der Arzthelferinnen: Arme Ärzte?

Nachdem vor mehr als zwei Monaten der Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen seine Forderungen für einen neuen Manteltarifvertrag vorgelegt hat, wollen Ärztekammern und Berufsverbände in den nächsten Wochen darüber beraten. Mit einer schnellen Einigung ist nicht zu rechnen, wie aus einer Stellungnahme von Dr. Georg Hoffelder, Vorsitzender der „Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen“ gegenüber der „Ärzte-Zeitung“ hervorgeht. „Die Basis kocht“, erklärte Hoffelder, und er meint damit die Niedergelassenen. Die Ärzte sollten zwar „keinem Verarmungswahn anheimfallen“, so Hoffelder, aber er könnte sich vorstellen, daß wieder mehr Familienangehörige in der Praxis mitarbeiten würden. Der Berufsverband der Arzthelferinnen fordert unter anderem die Einführung der 38,5-Stunden-Woche sowie Urlaubsgeld.

Ärztekammer Hessen: Skandal auf Puntilla

Vertrauen ist gut – so das Motto des Präsidiums der LÄK Hessen.

Trotz Finanzskandal

Die hessische Ärztekammer steckt tief in den roten Zahlen. Mit über zehn Millionen Mark ist sie überschuldet, mehr als das Beitragsaufkommen aller hessischen Ärztinnen und Ärzte für ein Jahr. Taktisch geschickt hatte das Präsidium der Landesärztekammer die Zahlen bis nach der Wahl zur Kammerversammlung zurückgehalten. Doch die Verluste waren nicht mehr zu übersehen. Eilig wurde ein Bilanz-Untersuchungsausschuß gebildet, mit Beteiligung der Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte, die bis dahin aus allen Ausschüssen ferngehalten worden war. Erst durch die Arbeit des Ausschusses, die einen Wirtschaftsprüfer mit der Untersuchung der Kammerfinanzen beauftragte, kam der Umfang der finanziellen Schieflage ans Tageslicht.

Im Zentrum des „hessischen Finanzskandals“ steht ein Renommier-Fortbildungsprojekt in Bad Nauheim, das von der Kammer bereits Anfang der siebziger Jahre hochgezogen wurde. Dazu gehörig ein Hotel, das von Anfang an Verluste machte und mehrfach pleite war. Das Eigenkapital in Höhe von 1,15 Millionen Mark, das die Kammer in die Hotel-GmbH eingebracht hatte, mußte abgeschrieben werden. Angesichts eines drohenden Konkurses

wurden mehrfach Hunderttausende aus Kammerbeiträgen in das Hotel gesteckt. Gemerkt haben will das niemand in der Kammer. Präsidium, Finanzausschuß und Hotel-Aufsichtsrat zeigten sich unwissend oder hatten nicht einmal die Bilanzen gelesen.

Millionenverluste entstanden im Zusammenhang mit dem Bad Nauheimer Hotelkomplex auch dem Versorgungswerk, der Rentenversicherung vieler hessischer Ärztinnen und Ärzte. Als Eigner der Hotelimmobilien mußte sie über 15 Jahre hinweg auf mehrere Millionen Mark Pachteinnahmen verzichten. Die Höhe der Pacht wurde, orientiert an der Finanzsituation des Hotels, jeweils am Ende des Jahres vereinbart. Doch das ist anscheinend nicht der einzige Fall, in dem das Versorgungswerk die Kammer alimentierte. Just zu einem Zeitpunkt, als die Landesärztekammer Verluste von 2,6 Millionen Mark verbuchen mußte, die durch Kauf und Wiederverkauf eines Hauses entstanden waren, das als Fortbildungseinrichtung geplant war, wurde dem Versorgungswerk von der Kammer die Arbeit von einer halb Sekretärinnenstellen in Rechnung gestellt, weil sie für das Versorgungswerk gearbeitet haben sollen. Aufgefallen sein soll das erst jetzt, nach zehn Jahren. Das Versorgungswerk jedenfalls akzeptierte die Rechnung über zehn Jahresgehälter und überwies prompt 600 000 Mark an die Kammer.

Gemessen am Gesamthaushalt



Afrika: Höchste mütterliche Todesrate

des Versorgungswerks von etwa 1,8 Milliarden Mark sind solche Summen ein Klacks. So ist auch weniger die Höhe des Schadens, die der Rentenversorgung der hessischen Ärztinnen und Ärzte entstand, das eigentlich Skandalös an dem Vorgang, sondern die Sorglosigkeit, mit der das Kammerpräsidium Aufsicht führte. Die Fäden in der Hand hatte Professor Rheindorf, seinerzeit sowohl Hauptgeschäftsführer der Kammer als auch Vorsitzender des Aufsichtsausschusses des Versorgungswerks und Vorsitzender des Hotelbeirats. Eine Kontrolle fand offensichtlich nicht statt, so daß es kaum verwunderlich ist, wenn von entscheidenden Protokollen von Ausschußsitzenungen zwei unterschiedliche Ausführungen kursierten. Nur Versehen?

Gelernt hat man bislang aus den Folgen der Ämterhäufung nicht. Der Vorsitzende des Finanzausschusses der Kammer, Dr. Mörlé, ist zur Zeit gleichzeitig Vorsitzender des Hotelbeirats. Daran änderte auch die Aufforderung der Delegierten der Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte nichts, einen der beiden Posten aufzugeben.

Um die Finanzmisere zu kaschieren, wurden jetzt gegen den Widerstand der demokratischen Ärztinnen und Ärzte die Beiträge zur Kammer massiv erhöht. Betroffen sind vor allem die angestellten Ärzte, die zum Teil mehr als das Doppelte des alten Satzes zahlen müssen. Besser wäre es gewesen, so die Kritik der oppositionellen Ärzte, wenn sich die Kammer statt der Erstellung repräsentativer Bauten auf ihre eigentlichen Aufgaben besonnen hätte.

Bernd Schrader

Rund 150 000 afrikanischer Frauen sterben jedes Jahr durch Komplikationen in der Schwangerschaft oder unter der Geburt. Während in Nord-Europa 10 Frauen von 100 000 an Folgen von Schwangerschaft oder Geburt sterben, sind es in Afrika 700 von 100 000. Dies ist die höchste mütterliche Todesrate in der Welt, wie die Weltgesundheitsorganisation erklärte. Auf einer Konferenz Ende Januar in Niger diskutierten Vertreter von WHO, Weltbank und den Vereinten Nationen, Vertreterinnen von Frauenorganisationen und Politiker über Ursachen und Lösungsmöglichkeiten.

Neben den bekannten Ursachen für die hohe Todesrate, die auch die männliche Bevölkerung trifft, nannten die Expertinnen und Experten mehrere spezielle Faktoren: Einer der wichtigsten davon seien illegale Abtreibungen, die 25 bis 50 Prozent der Todesfälle verursachten. Dazu komme, daß oft aus kulturellen, sozialen oder finanziellen Gründen keine Familienplanung möglich sei. Zu vielen Schwangerschaften mit zu geringen Abständen erhöhten das Komplikationsrisiko erheblich. Dr. Nafis Sadik, Direktor der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen, machte für die hohe Todesrate das gesamte Wertesystem verantwortlich, das Frauen zu immer neuen Schwangerschaften zwinge. Er warnte deshalb davor, die Reproduktionsfähigkeit der Frau mit politischen oder religiösen Untertönen zu befrachten.

Europaparlament: Verbot der Leihmutterenschaft

In seiner Sitzung Mitte März hat das Europäische Parlament ein absolutes Verbot der Leihmutterenschaft gefordert. Dies sieht der Bericht des italienischen Berichterstatters Carlo Casini vor, der vom Parlament angenommen wurde. Außerdem soll die künstliche Befruchtung nur unter strengen Bedingungen erlaubt sein. Extrakorporal erzeugte Embryonen dürfen demnach nur auf die genetische Mutter übertragen werden. Die Produktion überzähliger Embryonen müsse verboten werden. Nach dem Bericht soll eine Kryokonservierung nur dann zulässig sein, wenn eine direkte Übertragung nicht möglich ist. Sollte eine Übertragung nicht mehr vorgenommen werden, müßten die tiefgefrorenen Embryonen zum Absterben gebracht werden. Jeder Handel sowie die industrielle und militärische Nutzung von Embryonen müsse streng bestraft werden, so der Bericht Casinis.

In der gleichen Sitzung nahm das Europäische Parlament einen Bericht über die Forschung am menschlichen Genom an. Der Berichterstatter, Willi Rothley, SPD, forderte strenge Kontrollen, für die ein internationales Ethik-Komitee gegründet werden soll, das über die Zulässigkeit von Forschungsvorhaben entscheide. Verbieten werden sollen alle Versuche, das genetische Programm des Menschen neu zu gestalten, die Entwicklung biologischer Waffen mit Hilfe der Gentechnik sowie die Freisetzung von gentechnisch veränderten Organismen in die Umwelt.

Bernd Schrader
arbeitet als Arzt
an einem hessischen Krankenhaus

Broschüre für ungewollt kinderlose Frauen

Eine umfassende Broschüre für Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch ist jetzt vom Feministischen Frauengesundheitszentrum Frankfurt herausgegeben worden. Vor dem Hintergrund der Erfahrung, daß in aktuellen Diskussionen über neue Fortpflanzungstechniken die eigentlich Betroffenen nicht ernstgenommen oder gehört würden, sondern nur für die Argumente der Befürworter oder Ablehner benutzt worden seien, wollen die Autorinnen mit der Broschüre ein Beratungsangebot „für den privaten Raum“ vorlegen. Der inhaltliche Schwerpunkt liegt dabei auf der Bedeutung der Unfruchtbarkeit für Frauen, auch wenn medizinische Sterilitätstherapien vorgestellt und diskutiert werden. Die Broschüre kann bestellt werden durch Überweisung von sechs Mark auf das Sonderkonto „Broschüre“ des FFGZ, Kto. 444 53, Stadtsparkasse Frankfurt, BLZ 500 501 02.

Vorsicht bei Möbelsonderangeboten

Bis zum 30. Juni dieses Jahres dürfen noch Möbel aus Tischler- oder Spanplatte verkauft werden, die den zukünftig geltenden Grenzwert für Formaldehyd überschreiten. Nach dem Stichtag dürfen nur noch Möbel im Handel sein, die weniger als 0,1 ppm Formaldehyd enthalten. Verbraucherzentralen warnen daher vor besonders günstigen Sonderangeboten. Hinweise auf ausdünsten des Formaldehyd seien geschwollene Schleimhäute, tränende Augen und Kopfschmerzen.

fp

AWO: 1500 ABM- Stellen weg?

Als Folge der 9. Novelle des Arbeitsförderungsgesetzes, die seit dem 1. Januar diesen Jahres in Kraft ist, werden nach einer verbandsinternen Umfrage 1500 der 4000 Stellen der Arbeiterwohlfahrt, die durch Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen eingerichtet worden waren, nicht mehr besetzt werden können. Die Wohlfahrtsverbände, so die Arbeiterwohlfahrt in einer Presseerklärung, seien nicht in der Lage, die Differenz zwischen der bislang 100prozentigen Förderung und der mittlerweile erfolgten Kürzung auf bis zu 75 Prozent durch eigene Mittel aufzubringen. Es werde zwar angestrebt, eine Aufstockung der Förderung durch Kommunen und Bundesländer zu erreichen, um die ABM-Stellen erhalten zu können, die Erfolgswünschen seien jedoch sehr unterschiedlich. Die Arbeiter-

wohlfahrt befürchtet, daß trotzdem eine Reihe von Projekten wie Sozialberatungsdienste, Projekte für arbeitslose Jugendliche und ergänzende Dienste für alte und behinderte Menschen aufgegeben werden müßten.

Ausnahmen beim Embryonenschutz gefordert

Der renommierte Gynäkologe und Direktor der Ulmer Universitätsfrauenklinik Dr. Christian Lauritzén hat Ausnahmen für das Verbot der Forschung an sogenannten überzähligen Embryonen gefordert. Bei einer Anhörung der CDU-Landtagsfraktion in Stuttgart warnte Lauritzén davor, daß die Bundesrepublik wissenschaftlich zurückbleiben könnte. Bestimmten Institutionen solle die Forschung an Embryonen erlaubt sein, wenn damit kranken Menschen geholfen werden könne.

Arzthelferinnen: Prüfungsterror

Was sechs Arzthelferinnen in ihrer Prüfung erlebten

Sechs Arzthelferinnen, die im vergangenen Jahr ihre Abschlußprüfung in Frankfurt abgelegt hatten, waren es satt, ihren Ärger über die Prüfung runterzuschlucken. Mit Unterstützung ihres ehemaligen Lehrers wandten sie sich an die Öffentlichkeit. Was Suada Canović, eine der Arzthelferinnen, schon über die Umstände der Prüfung erzählt, ist unglaublich. Alle Unterzeichnerinnen waren bereits einmal in der schriftlichen Prüfung durchgefallen. Nachdem die schriftliche Prüfung wiederholt worden war, hieß es für die aufgeregteten Schülerinnen erst einmal warten. „Erst nach etwa zwei Monaten haben wir erfahren, daß wir zur mündlichen Prüfung zugelassen sind. Vorher wußten wir nicht, ob wir nicht schon durchgefallen wären“, berichtet Canović. Ein Ergebnis wurde den Schülerinnen nicht genannt, und geprüft wur-

den sie schließlich von Leuten, die sie noch nie gesehen hatten.

„Es war so, als wären wir Angeklagte vor einem Gericht gewesen“, beschreibt Suada Canović die Prüfungssituation, „bis auf einen Prüfer, der uns auch einmal Mut machte, waren alle anderen völlig kalt.“ Der eigentliche Skandal aber ist, wie in der Prüfung mit den ausländischen Schülerinnen umgesprungen wurde. Eine türkische Kollegin, so Canović, sei über Blutabnahme gefragt worden. Und nachdem sie alles erklärt hatte, sei sie gefragt worden: „Von wem nehmen Sie denn das Blut, von einem Pferd?“ Einer anderen Türkin, die fachlich sehr stark gewesen sei, habe man gesagt, daß Sie in Fachkunde eine Zwei bekommen hätte, wenn sie besser Deutsch sprechen würde. Darüber ist Suada Canović besonders sauer: „Die türkische Kollegin ist schwer krank, sie hat trotzdem gelernt und gelehrt, und sie hat ein großes

Zu Tränen gerührt war dg-Leser Klaus Schön, als er vom sozialen Niedergang des Dr. Anhalt in der „medical tribune“ las:

„Nach zwölf Jahren und 600 Flugstunden muß sich der Willinger Allgemeinarzt Dr. H.A. Anhalt, 58, jetzt von seinem Sportgerät – einem Flugzeug des Typs Piper Archer II – trennen. Der neue EBM hat die Praxisumsätze so stark reduziert, daß sich Dr. Anhalt dieses Steckenpferd nicht länger leisten kann.“

Bielefeld: Ausländische Kinder nur zu 14 Prozent geimpft

Das Bielefelder Umweltdezernat hat kürzlich eine nach Stadtteilen regionalisierte Auswertung der Schulanfängeruntersuchungen in den Jahren 1987 und 88 fertiggestellt. Ziel dieser kommunalen Gesundheitsberichterstattung sei es, in die Planung von Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene einzusteigen, erklärte das Umweltdezernat.

Die Ergebnisse zeigen auch für Bielefeld, daß es einen deutlichen Zusammenhang zwischen Sozialstruktur und Impfhäufigkeit gibt: Kinder aus Stadtteilen mit gehobener Sozialstruktur in beiden Untersuchungsjahrgängen seien überdurchschnittlich gut geimpft und hätten auch überdurchschnittlich häufig die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U8 vollständig wahrgenommen. Ausländische Familien hätten dagegen Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen sehr viel seltener wahrgenommen (14,5 Prozent) als deutsche Familien (68 Prozent). Der Bericht, der auch die Zusammenhänge von Sozialstruktur und Übergewicht, Erkrankungen der Atmungsorgane und Allergien beleuchtet, kann kostenlos bezogen werden beim Gesundheitsamt Bielefeld, August-Bebel-Str. 92, 4800 Bielefeld 1.

Allgemeinarzt Dr. Anhalt (58)
Kein Geld mehr
fürs Fliegen

fachliches Wissen. Die Prüfer wußten alle, wie krank die Kollegin ist, und dann kriegt sie so etwas zu hören.“ Canović bekam auch ihr Fett weg: „Canowitsch, witsch, witsch, ist das jugoslawisch, sie haben aber lustige Namen.“

Nachdem dann die Prüfung endlich vorbei war, bekamen die Schülerinnen lächelnd mitgeteilt, sie seien alle durchgefallen. Der letzte Witz auf Kosten der Schülerinnen, denn bestanden hatten alle. Verabschiedet worden seien sie mit der Bemerkung: „Jetzt können Sie feiern und hoffentlich noch etwas lernen.“ Zu lernen haben wohl vor allem die Prüfer, deren Lernvermögen vielleicht durch die Veröffentlichung der Schülerinnen gefördert wird.

Scheite hat Suada Canović aber nicht nur für die Prüfer parat. „Man könnte meinen, die Arzthelferinnen wären mit allem zufrieden wie es ist. Sonst müßten sie doch etwas unternehmen“, beschwert sie sich über den Langmut vieler Kolleginnen. „Ich kenne viele, die bei der Prüfung ähnliches erlebt haben wie wir, aber sie schweigen. Das ist nicht mal feige, das ist nix.“

LÄK Rheinland: Eklat um „Weiterbildungs- operationen“

Einen Eklat gab es in der letzten Sitzung der Rheinischen Ärztekammer in der Diskussion um die Weiterbildungsrichtlinien, die die Kammer im Juli vergangenen Jahres beschlossen hatte. David Klemperer, Liste Soziales Gesundheitswesen, kritisierte die darin geforderten Anhaltszahlen für Operationen und erklärte, daß schon heute Operationen durchgeführt würden, die nicht unbedingt indiziert seien, weil Assistenten Ihres Weiterbildungskatalog nicht erfüllt hätten. Auf den Vorwurf des amtierenden Präsidenten, Jörg. D. Hoppe, Marburger Bund, er mache sich schuldig, wenn er solche Fälle nicht an Behörden und Kammer melde, erwiderte Klemperer, dann seien in der Kammer viele Schuldige. Die Kernaussage wollte Klemperer auch nach Aufforderung durch den Präsidenten nicht zurücknehmen, worauf einige Delegierte aus Protest den Sitzungssaal verließen. Die Äußerungen Klemperers sollen nun im Vorstand auf die rechtliche Tragweite geprüft werden, kündigte Hoppe an.

Maßnahmen ge- gen Kinderhandel

Um illegale oder halbilegale Adoptionen von Kindern aus der Dritten Welt zu unterbinden, hat die Kinderhilfsorganisation „Terre des hommes“ eine Verschärfung des Adoptionsvermittlungsgesetzes sowie bilaterale Verhandlungen mit den Ländern gefordert, aus denen die Kinder kommen. Nach Angaben von „Terre des hommes“ werden 60 Prozent der 800 bis 900 jährlichen Adoptionen von Kindern aus der Dritten Welt unter Umgehung staatlicher Vermittlungsstellen vorgenommen. Bis zu 30 000 Mark würden dabei an kommerzielle Vermittler bezahlt. Nach Vorstellungen der Kinderschutzorganisation sollen Adoptionen auch im Ausland nur über staatliche Institutionen vermittelt werden, damit geklärt werden könne, ob die Kinder tatsächlich elternlos seien oder von ihren Eltern zur Adoption freigegeben würden. Verstöße gegen das Adoptionsvermittlungsgesetz sollten nicht länger als Ordnungswidrigkeit, sondern als Straftatbestand geahndet werden.

Das eigene Programm zur Adoptionsvermittlung aus der Dritten Welt hat „Terre des hommes“ stark eingeschränkt, da festgestellt wurde, daß viele Kinder nur aus wirtschaftlichen Gründen zur Adoption freigegeben wurden.

Italien: Protest gegen Selbstbeteiligung

Landesweite Proteste vor Krankenhäusern und öffentlichen Praxen hat die Erhöhung der Selbstbeteiligung an der medizinischen Versorgung in Italien ausgelöst. Um das Haushaltsdefizit zu verringern, hatte die italienische Regierung ein Sparprogramm verabschiedet, das eine Selbstbeteiligung von bis zu umgerechnet 20 Mark für Untersuchungen und bei Krankenhausaufenthalten von 13,50 Mark pro Tag vorsieht. Gegen das Programm, das seit dem 3. April in Kraft ist, haben die Gewerkschaften Unterschriftenaktionen gestartet, vor verschiedenen Krankenhäusern kam es zu Straßenblockaden.

Broschüre zu Ethik- Kommissionen

Eine Broschüre zur Arbeit und Aufgabe von Ethik-Kommissionen erscheint jetzt beim Gesundheitsladen Berlin unter dem Titel „Ethik-Kommissionen: Alibi für Ärzte!“. Neben einem grundsätzlichen Artikel über die Geschichte und Einschätzung von Ethik-Kommissionen mit den Alternativforderungen der Herausgeber enthält die Broschüre Aufsätze über die Arbeit der Berliner und der Ethik-Kommission der Firma Schering. Dazu erscheint ein ausführlicher Anhang mit Dokumenten. Die Herausgeber plädieren für eine Majorisierung der Kommissionen durch Laien,

die strikte Öffentlichkeit der Verhandlungen und eine gesetzliche Regelung der Rechte und Pflichten.

Von besonderem Interesse dürfte ein bisher unveröffentlichtes Gutachten sein, das Ethik-Kommissionen für verfassungswidrig erklärt, da sie besonders Patientenbelange regeln und insofern in ihrer Struktur und Funktion nicht von Ärzteorganisationen und durch ärztliches Standesrecht bestimmt sein dürfen. Die Broschüre kann bezogen werden beim Gesundheitsladen, Gneisenaustr. 2, 1000 Berlin 61 oder beim Mabuse-Verlag, Postfach 11 06 42, 6000 Frankfurt 1.



Glotze

- | | | |
|-------|-------|--|
| 1.5. | 21.45 | Wege aus der Krise: Daniela Brock – Vom Vater mißbraucht (WDR) |
| 4.5. | 21.00 | Gesundheitsmagazin Praxis am Vatertag (ZDF) |
| 6.5. | 16.40 | Gesundheit Medizin im Ersten. Für alle, die es auch am Samstagnachmittag nicht lassen können (ARD) |
| 8.5. | 23.00 | Beobachter im Krähennest: Mehr Theorie statt Moral – Niklas Luhmann, konservativer Systemtheoretiker zur Ökologiedebatte (WDR) |
| 9.5. | 21.00 | Report (ARD) |
| 10.5. | 22.40 | Silkwood. Spannender Spielfilm über Harrisburg (ZDF) |
| 11.5. | 21.00 | Kinder Kinder: Gewalt in der Familie (ZDF) |
| 12.5. | 20.15 | Das letzte Rezept. Spielfilm von 1951 mit O.W. Pampusch (ARD) |
| 13.5. | 23.55 | Zur Einstimmung auf Pfingsten: Poltergeist, schon der zweite Teil (ARD) |
| 14.5. | 18.05 | Bilder aus der Wissenschaft (ARD) |
| 15.5. | 14.50 | „So was kann man nicht vergessen“ – Ein- und Ansichten zum Zivildienst (ARD) |
| 21.5. | 14.45 | Umwelt. Magazin für Jugendliche (ZDF) |
| 23.5. | vorm. | Unser aller Ritchie wird zum Bundespräsidenten gewählt. Bei ARD und ZDF sitzen Sie in der ersten Reihe. |
| 28.5. | 17.30 | Globus – Die Welt, von der wir leben. Fragt sich bloß, wie lange noch (ARD) |

2.-6.5.

Berlin

92. Deutscher Ärztetag
Kontakt: Bundesärztekammer,
Lewin-Straße 1, 5000 Köln 41,
Tel. (02 21) 4 004 41.

3.-7.5.

Kopenhagen

3. Internationales Positiventreffen
für HIV-Positive: „Aids – Leben und Rechte“
Kontakt: Positivengruppen Kopenhagen, Postboks 56, DK-
2650 Hvidovre.

4.-7.5.

München

DGSP-Tagung: Mannheimer Kreis 1989: „Bayern vorn“
Kontakt: Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie, Stuppstraße 14, 5000 Köln 30, Tel. (02 21) 51 10 02

5.-7.5.

Lüneburg

Fachtagung: „Die therapeutische Gesamtsituation. Beiträge und Diskussionen zum theoretischen, methodischen und diagnostischen Handwerk der Gestalttherapie“
Kontakt: Deutsche Vereinigung für Gestalttherapie, Oberweg 54, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 5 97 59 90.

5.-7.5.

Würzburg

6. Würzburger Ethnomedizintage: „Ethnopsychotherapie – Über das Heilen in verschiedenen Kulturen“
Kontakt: Würzburger Arbeitskreis Ethnomedizin, Postfach 338, 8700 Würzburg 11.

5.-7.5.

Hannover

Fachtagung Medizin der VDS, Themen unter anderem: Erarbeitung eines Studienreformmodells, Medizin im Nationalsozialismus
Kontakt: VDS-Fachsekretariat Medizin, Deutschhausstraße 2, 3550 Marburg, Tel. (064 21) 673 44.

6.5.

München

Fachtagung des DGSP-Fachausschusses Kinder und Jugendliche: „Mehr Phantasie, weniger – oder gar keine – Psychiatrie“
Kontakt: Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie, Stuppstraße 14, 5000 Köln 30, Tel. (02 21) 51 10 02.

6.5.

Oberhausen/ Philippensburg

Fachtagung: „Radioaktivität und Strahlenbelastung“
Kontakt: Bürgerinitiative Umweltschutz Philippensburg-Waghäusel e.V., c/o Werner Aust, Egerlandstraße 1, 6838 Reilingen, Tel. (0 62 05) 1 35 30.

7.-10.5.

Großengstingen

„Abrüsten statt „modernisieren““. Dreitägige Dauerblockade des Kurzstreckenraketenstandortes Großengstingen
Kontakt: Friedensbüro Tübingen, Neckarhalde 8, 7400 Tübingen, Tel. (0 70 71) 2 48 07 (Mo.–Fr. 16–19 Uhr, Sa. 10–13 Uhr).

8.5.

Menden

Blockade am Lance-Munitionsdepots in Menden
Kontakt: Christa Singer, Feldmarkring 74, 5860 Iserlohn, Tel. (0 23 71) 4 14 86.

8.-10.5.

Düsseldorf

Seminar: Frauen und Berufsbereit. Zur beruflichen Identität von Frauen
Kontakt: Kaiserswerther Seminare, Alte Landstraße 121, 4000 Düsseldorf 31, Tel. (02 11) 40 96 65 oder 40 92 59 29.

9.5.

Berlin

Diskussionsveranstaltung: „Auf dem Weg in die süchtige Gesellschaft? Aspekte einer Inflation der Süchte und Diskussionen in Selbsthilfegruppen“
Kontakt: Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle (SEKIS), Albrecht-Achilles-Straße 65, 1000 Berlin 31, Telefon (030) 8 92 66 02.

12.-21.5.

Kassel

Supervisionskongress zum Thema „Das Alltägliche in der Supervision, das Außergewöhnliche und der Wertehimmel“
Kontakt: Norbert Lippenweller, c/o GhH, Arnold-Bode-Straße 10, 3500 Kassel.

16.-19.5.

Karlsruhe

Seminar: Das Pflegemodell nach Nancy Roper. Pflegerische Konsequenzen für die Gemeindekrankenpflege.

6.5.

Karlsruhe-Rüppurr/ Philippensburg

Kontakt: Evangelisches Fachseminar Karlsruhe-Rüppurr,

Diakonissenstraße 28, 7500

Karlsruhe 51, Telefon (0 72 1)

8 89 26 63.

22.5.

Darmstadt

Fortbildungsveranstaltung zum Thema: „Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach der Gesundheitsreform“
Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (0 61 51) 40 33 48.

24.5.

Hamburg

Seminar: „Verwirrtheit im Alter“
Kontakt: Berufsfortbildungswerk des DGB, Billhorner Deich 94, 2000 Hamburg 28, Tel. (0 40) 7 88 52 25/44.

25.5.

Schwenningen

Beginn einer einjährigen berufsbegleitenden Fortbildung für Unterrichtskräfte in der Krankenpflege: „Ganzheitlicher Krankenpflegeunterricht“
Kontakt: Herr Bachem, Krankenhaus Schwenningen, Krankenpflegeschule, Röntgenstraße, 7730 Schwenningen.

25.-27.5.

Bonn

Fachtagung zum Thema „Nahrungsmittel im Zwielicht“: Umweltbilanz, Welthandel, Konsumentenverhalten und Ernährungssicherung
Kontakt: Gustav-Stresemann-Institut, Frau Schäfers, Langer Grabenweg 68, 5300 Bonn 2, Tel. (0 22 8) 8 10 71 72.

25.-28.5.

Hamburg

13. Bundeskongress entwicklungs-politischer Aktionsgruppen

Kontakt: Bundeskongress entwicklungs-politischer Aktionsgruppen (BUKO), Nernstweg 32–34, 2000 Hamburg 50, Tel. (0 40) 39 31 56.

26.-28.5.

Altenkirchen

Bundestreffen der organisierten Tieffluggegnerinnen und -gegner

Kontakt: Bundeskoordination der Tieffluggegner, Obere Schloßgasse 3, 6509 Biebelheim.

31.5.

Lübeck-Travemünde

Jahrestagung des öffentlichen Gesundheitswesens. Themen: Begutachtung, Krisenintervention, Familienberatung in Sozialpsychiatrischen Diensten
Kontakt: Gesundheitsamt Mainz, Frau Dr. Sprung-Gater, 6500 Mainz.

29.5.-1.6.

Düsseldorf

Bildungsurlaubsseminar: „Helfen als Beruf: Rollenerwartungen – Rollenkonflikte – Rollen-Erschöpfung“
Kontakt: Kaiserswerther Seminare, Alte Landstraße 121, 4000 Düsseldorf 31, Telefon (0 21 1) 40 96 65 oder 40 92 59 29.

1.6.

Frankfurt

Seminar: „Sexualität im Alter oder „Darüber spricht man nicht““
Kontakt: FZBA der Arbeiterschaft, Gutleutstraße 319, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (0 69) 27 10 60.

3.6.

München

Demonstration anlässlich der zu erwartenden 2. Teillerrichtungsgenehmigung für die Wiederaufbereitungsanlage in Wackersdorf oder Freudenfest über den VEBA-Ausstieg
Kontakt: Anti-WAA-Büro, Postfach 1145, 8460 Schwandorf, Tel. (0 94 31) 10 29.

5.-9.6.

Schönhausen

Seminar: „Umweltgifte – Gestern Dioxin, heute Formaldehyd – und morgen?“

Kontakt: DGB-Bildungswerk, Besenbinderhof 60, 2000 Hamburg 1, Tel. (0 40) 2 85 82 49.

5.-6.6.

Seevetal

Seminar: „Arbeit und körperlicher Verschleiß“

Kontakt: DGB-Bildungswerk, Besenbinderhof 60, 2000 Hamburg 1, Tel. (0 40) 2 85 82 49.

6.-9.6.

Hannover

Deutscher Krankenhaustag und Interhospital

Kontakt: Deutsches Krankenhausinstitut, Kongresssekretariat, Tel. (0 21 1) 45 48 80.

7.-8.6.

Frankfurt

Seminar: Pflegeprozeß, Pflegeplanung, Pflegedokumentation
Kontakt: FZBA der Arbeiterwohlfahrt, Gutleutstraße 319, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 271060.

8.-11.6.

Bamberg

21. Wissenschaftlicher und berufspolitischer Kongreß des Deutschen Ärztinnenbundes
Kontakt: Dr. Jutta Schimmel-pennig, 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) 73175; 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.

9.-11.6.

Mainz

Gesundheitspolitischer Kongreß. Schwerpunkt: „Zusammenarbeit in der Medizin“
Kontakt: Organisationskomitee GPK, c/o Fachschaft Medizin Klinik, Langenbeckstraße 1, 6500 Mainz, Telefon (06131) 172537.

9.-11.6.

Bamberg

Wissenschaftliche Tagung und Mitgliederversammlung des Deutschen Ärztinnenbundes
Kontakt: Rosemarie Hennings, Tel. (02246) 5888.

10.6.

Tag der Psychiatrie

Aufgerufen hat der Arbeitskreis der ärztlichen Leiter psychiatrischer Krankenhäuser.

10.-11.6.

Köln

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

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

12.-16.6.

Darmstadt

Seminar: „Psychisch krank im Alter: Wie begegne ich suicid-gefährdeten Menschen?“
Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (06151) 403348.

13.-16.6.

Düsseldorf

21. Deutscher Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Arbeitssicherheit, Kreuzstraße 45, 4000 Düsseldorf 1.

13.6.

Frankfurt

Seminar: „Fixieren und Sedieren – Ist das rechtens?“
Kontakt: FZBA der Arbeiterwohlfahrt, Gutleutstraße 319, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 271060.

13.-16.6.

Hamburg

Internationaler Kongreß: „Gesundheit als Herausforderung – Zur neuen Rolle für die Krankenversicherung“
Kontakt: AOK Hamburg, Kaiser-Wilhelm-Straße 93, 2000 Hamburg 36, Telefon (040) 341050.

17.6.

Bonn

Mitgliederversammlung des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker
Kontakt: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Thomas-Mann-Straße 49a, 5300 Bonn 1, Telefon (0228) 632646.

17.-18.6.

Dortmund

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

22.-23.6.

Münsingen/Schweiz

Tagung: „Psychiatrie im An-spruch der Ethik“
Kontakt: Psychiatrische Klinik, Frau E. Ludwig, CH-3110 Mün-singen.

Kommune? – Find ich gut!

Es gibt viele gute Gründe, die Dinge zu verändern, und nur einen, alles beim Alten zu belassen: Du hältst einfach alles aus.

Was wir nicht mehr aushalten wollen: Den Zwang, unsere Arbeitskraft lohnab-hängig zu verkaufen, die Entfremdung von den Produkten unserer Arbeit, die Vereinzelung, die Unver-bindlichkeit von WGs.

Was uns wichtig ist: links-ökologisches Politikverständnis, gemeinsame Ökonomie, Konsensprinzip, Verantwortung für einander übernehmen, Überwindung geschlechtsspezifischer Machtstrukturen.

Wir sind zur Zeit 30 Erwachsene und 10 Kinder, leben seit 2,5 Jahren auf einem ehemaligen Gutshof mitten im Dorf bei Kassel. Keine Idylle, aber schön. Mittler-weile steht der Aufbau diverser Arbeitskollektive im Mittelpunkt (Bau, Schreinerei, Schlosserei, Landwirtschaft, Ernährung, Ta- gungshaus, Kinder, Verwal- tung, Ausbauplanung). Andere Bereiche sind in Pla-nung (Elektro/nik, Gesundheit, Steuerberatung) und weitere denkbar.

Wir wollen (und können räumlich) noch wesentlich mehr Leute werden, und wenn du deine Träume von einem anderen Leben auch noch nicht begraben hast, kannst du uns bei einem großen Treffen mit interessierten Leuten im Juni kenn-lernen. Genaueres Info-Material gegen 5 Mark in Briefmarken und Anmel-dungen unter: Kommune Niederkaufungen, Kirchweg 1, 3504 Kaufungen.

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. (06151) 403348.

Zeitung der DLSI

Dorn Rosa
April 89:
Rosa Nieschen in der
Medienlandschaft

Frauenkrimis
SPD vor Schwulen
Bestellbar gegen 4,-DM
in Briefmarken
in der Schiffbeker
Höhe 99 k, 2 HH 74

Allgemeinarztpraxis in südheimer Großstadt – bisher mit Schwerpunkt Naturheilkunde – baldmöglichst abzugeben. Interes-senten schreiben unter Chiffre 030589 an die dg-Redaktion, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1

Kinderärztl. Gemein-schaftspraxis in FFM sucht zum 1. 1. 90, evtl. früher, **Kinderarzt/in** mit Inter-esse an interdisziplinärer Zusammenarbeit (Psychol., BT, KG, Logopädie, Päd-ag.). Angebote unter Chiffre 010589 an dg-Redaktion, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1

Internistische Praxis mit guter apparativer Ausstat-tung (Sonografie, Gastro-skopie, Coloskopie, EKG, Ergometrie, Langzeit-EKG) In Südhessen baldmög-lichst abzugeben. Interes-senten schreiben unter Chiffre 020589 an die dg-Redaktion, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1

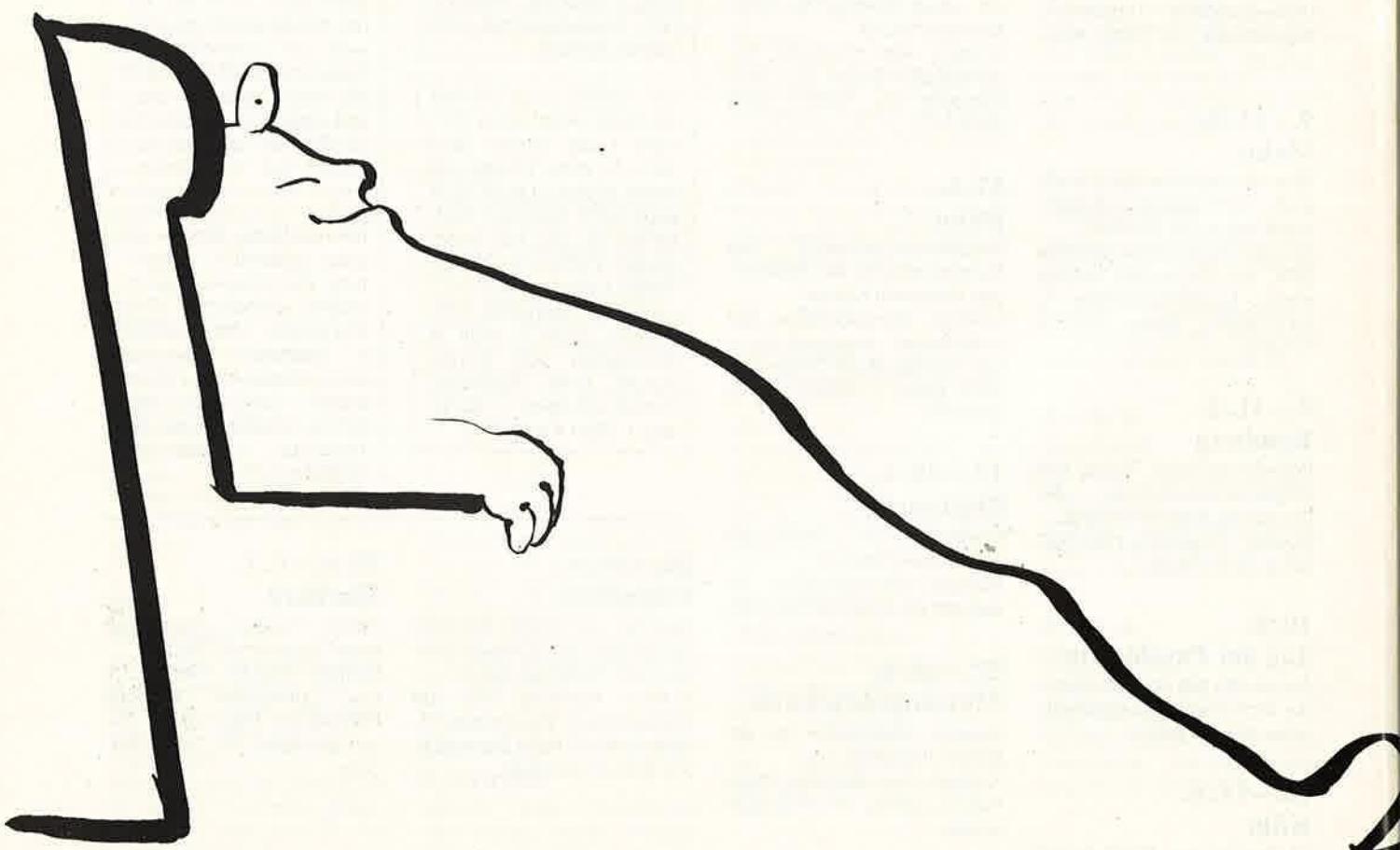
30.6.-1.7.

Marburg

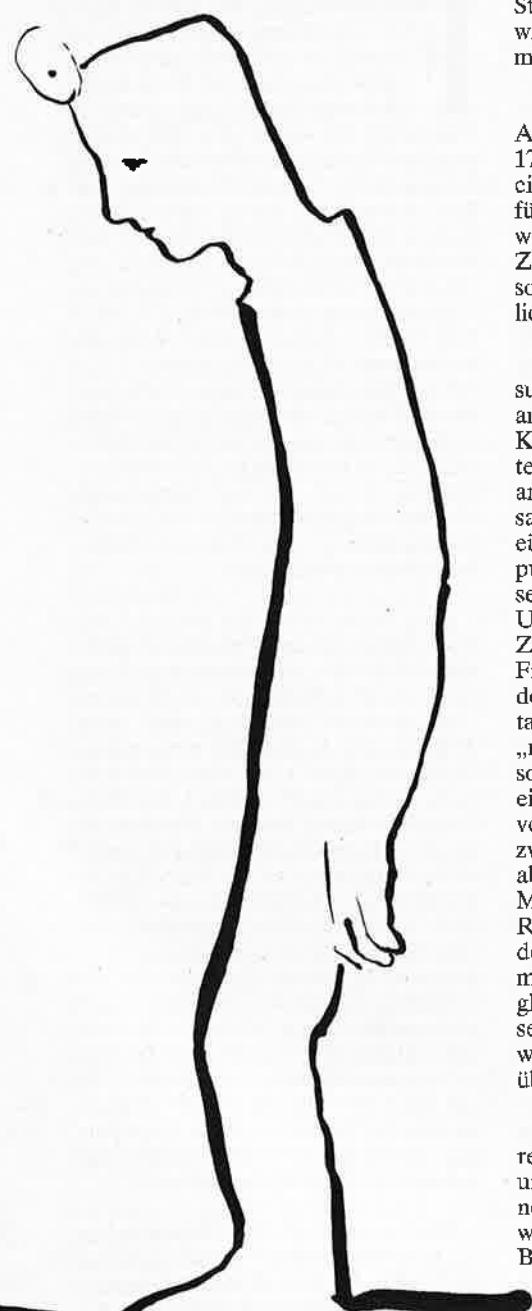
Zweite Tagung „Psychologi-sche Friedensforschung“ Kontakt: Prof. Dr. Gert Sommer, Universität Marburg, Fachbereich Psychologie, Gu-tenbergstraße 18, 3550 Marburg.

Wer in diesem Sommer als Ärztin oder Arzt im Praktikum anfangen will, wird wohl noch unterkommen, vorausgesetzt, man nimmt, was man gerade bekommen kann. Doch danach wird es mit größter Wahrscheinlichkeit so eng, daß selbst die letzte Bastion für den AIP, der Marburger Bund, langsam in Argumentationsnöte kommt.

Was machen Ärztinnen und Ärzte im Praktikum, wenn sie eine Stelle bekommen haben, und was machen sie, wenn nicht? Matthias Albrecht hat sich umgehört und die Argumente überprüft



AIP



Hartmann

Wegfall einer Stelle führt zu „Leistungseinschränkungen“, „zu wenige erfahrene Ärzte, zuviel Ausbildung“, „allenfalls zusätzlich“, so die Kommentare von Klinikdirektoren eines Krankenhauses im Ruhrgebiet, die von der Klinikverwaltung im Frühjahr 1988 nach der Bereitschaft gefragt worden waren, AiP-Stellen einzurichten oder Stellen dafür umzuwandeln. Trotz der hier geäußerten Skepsis war die Stellensuche für die erste Generation der Aipler zumindest in Nordrhein-Westfalen recht unproblematisch. Einer von ihnen, Roger Trutti aus Münster: „Ich hätte mehrere Stellen antreten können.“ Im Saarland ist die Luft schon dünner. 50 von 140 Absolventen des Studiums erhielten keine AiP-Stelle, wie das zuständige Landesprüfungsamt mitteilte.

Ende Dezember 1988 suchten nach Auskunft der Bundesanstalt für Arbeit 1711 angehende Ärztinnen und Ärzte eine AiP-Stelle über die Zentralstelle für Arbeitsvermittlung. Angeboten wurden dort 744 offene Stellen. Neuere Zahlen sind zur Zeit nicht zu haben, sollen aber in diesen Tagen veröffentlicht werden.

Wer nach den wirklichen Zahlen sucht, stößt auf ein heilloses Durcheinander. 383 Stellensuchende aus dem Kammerbezirk Westfalen-Lippe wandten sich bis zum Stichtag 15. März an die dortige Ärztekammer. Insgesamt waren dort 768 registriert. Nach einer Umfrage sollten zu diesem Zeitpunkt 510 Stellen bei 342 Krankenhäusern eingerichtet sein. Für Thomas Utecht von der Informationsstelle der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung in Frankfurt ist das Durcheinander bei den Zahlen kein Wunder: „Ein Austausch findet nicht statt.“ Nach einem „marktgängigen Optimierungsmodell“, so Utecht, könnten sich zur Zeit noch einzelne Bewerber um eine AiP-Stelle verhalten, nämlich meist unter mehr als zwei Stellen auswählen. In Zukunft aber sei mehr das „opportunistische Modell“ gefragt. Was das heißt, weiß Roger Trutti aus Gesprächen mit Studentinnen und Studenten, die im Sommer als AiP anfangen wollen: „Ich glaube, daß alle Bewerber bis zu diesem Zeitpunkt unterkommen werden, wenn sie alle Stellen annehmen, die überhaupt angeboten werden.“

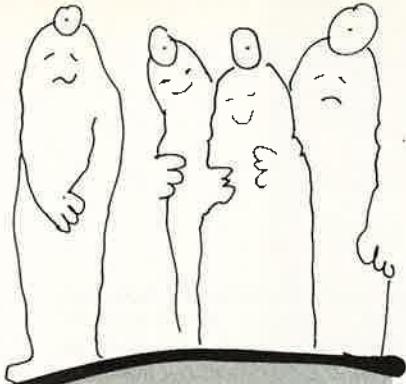
Wie es dann weitergeht? Ob die zahlreichen Appelle von Ärztekammern und Bundes- wie Landesregierungen zu neuen Stellen führen, kann bezweifelt werden. Für Thomas Utecht bietet der Blick in die Zukunft ein weites Feld für

Skepsis und Spekulationen. Sein fast zynischer Kommentar: „Selbst die richtigen Zahlen sind falsch.“ Sie könnten allenfalls eine grobe Richtung beschreiben, nicht aber die Realität. Für Roger Trutti dagegen ist die Richtung klar: „Ab Herbst 1989 ist der Laden dicht!“

Daß es eng werden wird, erfahren dieser Tage nicht nur viele stellensuchende Aipler. Unfreiwillig wird das auch vom Marburger Bund, dem letzten großen Befürworter für die Einrichtung der AiP-Phase, eingeräumt. In der aktualisierten Ausgabe seiner AiP-Broschüre erklärt der Ärzteverband, daß „einem Angebot von 5000 ‚Weiterbildungsstellen‘ im Jahr eine Nachfrage von 12 000 stellensuchenden Ärzten gegenübersteht“. In der ersten Ausgabe der Broschüre hatte der Marburger Bund noch jedem eine Stelle zugesichert: „Die AiP-Phase gehört nämlich zur Ausbildung, und der Gesetzgeber ist verpflichtet, dem Absolventen eines Medizinstudiums in einer zumutbaren Zeit die Möglichkeit zu geben, diese Praktikumsphase zu absolvieren.“ Dies sei ein Rechtsanspruch, der ärztliche Nachwuchs könne über den AiP nicht reglementiert werden, wie es von Gegnern der Regelung immer wieder behauptet worden sei.

Tatsächlich besteht zwar ein theoretischer Rechtsanspruch, aber, so fragt Andreas Kries, PJ-Sprecher am Kreiskrankenhaus Gelnhausen in einem offenen Brief an das Bundesgesundheitsministerium, „wo kann man diesen geltend machen?“ In der Approbationsordnung sind jedenfalls weder dieser Rechtsanspruch noch Fragen von Wartezeiten aufgenommen worden. Und die Bundesländer haben bislang das Rechtspostulat nicht anerkannt, daß diejenigen, die die Ausbildung tragen, auch die entsprechenden Plätze bereitstellen müßten. Eine Regelung über Wartelisten wie bei der „Zentralen Vergabestelle für Studienplätze“ kann es nicht geben, da jede AiP-Stelle mit einem individuellen Arbeitsvertrag verbunden ist.

Die Konsequenz ist eine Chancengerechtigkeit schon in der Ausbildung. Während der eine Bewerber auf eine der begehrten AiP-Stellen in einem Akutkrankenhaus unter Umständen eine Wartezeit von drei Jahren in Kauf nehmen kann, sind andere darauf angewiesen, jede nur erdenkliche Stelle anzunehmen, und sei es bei einem Blutspendedienst. Benachteiligt werden darüber hinaus alle diejenigen, die nicht mehr flexibel in der Ortswahl sind: Verheiratete, Mütter und Väter.



**Tatsächlich gehört
die AiP-Phase zur
Ausbildung, wie
auch der
Marburger Bund
versichert, und
eine Stelle wird
nach einer
„zumutbaren
Zeit“ eingeklagt
werden können.
Doch wer
bestimmt im
Einzelfall, was
zumutbar ist?**

Eine endgültige Klärung des Rechtsanspruchs auf einen AiP-Platz wird Aufgabe der Gerichte bleiben. Spätestens in einem Jahr, wenn die Stellen dicht sind, wird es wohl zu Klagen von Betroffenen kommen. Daüber wird wohl in der nächsten Zeit unter den AiPler diskutiert werden. Eine Möglichkeit, sich trotz Vereinzelung untereinander über die weiteren Schritte zu verständigen, bieten die zentralen Ausbildungsveranstaltungen der Landesärztekammern, die für die AiPler verpflichtend sind. Geplant ist die Bildung von Sprecherräten, die sich über die Grenzen der Länder hinaus der Interessen der AiPler annehmen wollen.

Die Kritik, daß für den AiP Assistentenarztstellen umgewidmet werden müßten, ficht den Marburger Bund nicht an. In der Verbandszeitung wird stolz verkündet: „AiP-Stellen: Es geht auch ohne Umwandlung.“ Es folgt ein Bericht aus dem evangelischen Krankenhaus Köln-Kalk, wo durch Umorganisation des Bereitschaftsdienstes und die Einführung von Freizeitabgeltung sechs AiP-Stellen geschaffen worden seien. Auf 1000 Mark brutto hätten die sieben Assistenzärzte in der Chirurgie verzichtet. Wie großherzig. Nur, was hier als solidarischer Beitrag gegenüber den AiPler verkauft wird, ist eigentlich eine Selbstverständlichkeit. Denn seit Änderung des Bereitschaftsdienstvertrags vom 1. Januar 1983 ist Freizeitabgeltung nach den Bereitschaftsdienststufen C und D vorgeschrieben – zumindest in Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft. Die konfessionellen Häuser haben diese Entwicklung zum Teil noch nicht mitgemacht und ziehen jetzt nach. Da paßt es ganz gut, wenn die eigentlich erforderlichen Assistentenstellen gleich in AiP-Stellen umgewidmet werden können. Und Krankenhausträgern, die den ökonomischen Sinn einer solchen Umwandlung noch nicht nachvollzogen haben, dient der Marburger Bund in seiner neusten Broschüre vom März 1989 3,32 AiPler für eine Assistentenstelle an.

Was in Köln-Kalk vorexerziert wurde, ist für den Marburger Bund Grundlage einer Rechnung, nach der alle Bewerber eine AiP-Stelle bekommen. „Würden die gebotenen Ruhezeiten gewährt, Bereitschaftsdienst und sonstige Mehrarbeit verstärkt durch Dienstbefreiung ausgeglichen, so könnten allein aus den so ersparten Mitteln die erforderlichen Stellen für Ärzte im Praktikum finanziert werden, durch deren Arbeitsleistung solche Dienstbe-

freiung ermöglicht wird.“ Auf 9500 neue Stellen kommt der Ärzteverband bei dieser Rechnung, hinzu kämen noch einmal 3000 Stellen durch die Arbeitszeitverkürzung. Vorausgesetzt, die Rechnung stimmt, dann wäre die AiP-Phase unnötig. Es gäbe auch ohne sie genügend Stellen. Wie hatte der Marburger Bund noch einmal die Einführung des AiP in seiner Broschüre begründet? Für 12 000 Absolventen des Medizinstudiums ständen nur 5000 Stellen zur Verfügung.

Für diejenigen, die mittlerweile als Ärztinnen und Ärzte im Praktikum arbeiten oder demnächst beginnen, ist diese Kritik allerdings mehr akademisch. Sie interessiert vor allem, wie ihre Arbeit aussieht. Da bietet sich nach den Erfahrungen der ersten Generation ein Bild, das von der Arbeit eines PJ-Studenten, der bisher auch üblichen Anlernphase eines Berufseinsteigers, bis zur voll verantwortlichen Tätigkeit als Stationsarzt ohne die übliche Einarbeitung reicht. Wundern darf man sich nicht, denn eindeutig festgelegt ist in der Approbationsordnung – Paragraph 34 a und b – nur der Einsatzort. Danach ist das Praktikum „ganztagig im Krankenhaus, in der Praxis eines niedergelassenen Arztes, in einem Sanitätszentrum der Bundeswehr oder einer Justizvollzugsanstalt mit hauptamtlichem Anstaltsarzt abzuleisten“.

Doch wenn es um die Beschreibung der „Tätigkeit im Praktikum“ geht, bricht sich die Approbationsordnung einen ab. Die Definition im Wortlaut: „Der Arzt im Praktikum wird unter Aufsicht von Ärzten, die eine Approbation als Arzt oder eine Erlaubnis nach Paragraph 10 Absatz 1 der Bundesärzteordnung besitzen, ärztlich tätig. Er hat seine Kenntnisse und praktischen Fähigkeiten zu vertiefen. Ihm ist ausreichend Gelegenheit zu geben, ärztliche Tätigkeiten auszuüben und allgemeine ärztliche Erfahrungen zu sammeln. Er soll die ihm zugewiesenen ärztlichen Tätigkeiten mit einem dem wachsenden Stand seiner Kenntnisse und Fähigkeiten entsprechenden Maß an Verantwortlichkeit verrichten. Er soll nach Beendigung seiner Tätigkeit als Arzt im Praktikum in der Lage sein, den ärztlichen Beruf eigenverantwortlich und selbständig auszuüben.“

Was von einer solchen Definition mit der Konsistenz eines Gummis zu halten ist, macht Harald Franzki, Präsident des Oberlandesgerichts Celle und Experte in Arzthaftungsfragen, deutlich.

AIP - WIE ES DAZU KAM

Durch Änderung der Bundesärzteordnung vom 16. April 1987 und der Approbationsordnung vom 14. Juli 1987 – beide jeweils noch einmal durch das Gesundheitsreformgesetz modifiziert – wurde das Medizinstudium ab 1. Juli 1988 um 18. beziehungsweise um 24 Monate – dies ab dem 1. Januar 1993 – verlängert. Die Verlängerung wird als „Arzt-im-Praktikum-Phase“ bezeichnet. Nach der Bonner Wende brachte dieses Modell der Ausbildungsverlängerung erstmals der ehemalige Gesundheitsminister, Heiner Geissler, ins Gespräch, und bald wurde es vom Vorsitzenden des Marburger Bundes, Jörg Hoppe, ebenfalls CDU-Mitglied, als Lösung vertreten.

Hoppe hatte schon auf dem Ärztetag 1979 in Nürnberg für eine Verlängerung der Ausbildung plädiert. Als Vorsitzender des Ausschusses „Approbationsordnung“ legte er für den Vorstand der Bundesärztekammer folgende Alternativen auf den Tisch: Entweder statt des Praktischen Jahres eine dreijährige strukturierte Ausbildung in Innerer Medizin, Chirurgie, Gynäkologie oder Pädiatrie sowie Allgemeinmedizin – im wesentlichen bei Niedergelassenen abzuleisten – und einem dritten, frei gestalteten Jahr *oder* Beibehaltung des PJ und „Erlaubnis zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit in Zusammenarbeit mit erfahrenen Berufskollegen für einen Zeitraum von zwei Jahren. Kernfrage der Diskussion über diese Alternativen, die auch in der seit 1979 tagenden „Kleinen Kommission zu Fragen der Ärztlichen Ausbildung“ beim Gesundheitsministerium diskutiert wurden, war stets: Soll das Ziel der ärztlichen Ausbildung der zur eigenverantwortlichen Berufsausübung fähige Arzt sein *oder* der fort- und weiterbildungsfähige Berufsanfänger?

Während Hoppe vom Marburger Bund stets die Aufassung vertrat, daß am Ende der Ausbildung der „fertige Arzt“ stehen müsse, warnte Frau Schleicher vom Gesundheitsministerium schon 1984 in dg vor dem Irrtum, anzunehmen, „das ‚Endprodukt‘ eines Medizinstudiums könne ein voll befähigter ärztlicher Berufsanfänger sein.“

Der Gesetzentwurf ging von 24 000 notwendigen Praktikumsstellen aus, die durch Stellenumwandlung von jährlich 6000 bis 7000 Assistenzarztstellen eingerichtet werden sollten und „weiteren Stellen aus einem in den kommenden Jahren zum Beispiel infolge der

tarifrechtlichen Neuregelungen für den Bereitschaftsdienst zur Verfügung stehenden Stellenpotential mindestens im Verhältnis 1:2 in Praktikantenstellen umgewandelt werden“. Die Bezahlung sollte laut Gesetzentwurf auf „höchstens in Höhe der Hälfte eines Gehaltes der Stufe BAT IIa“ belaufen. Dies zu regeln, blieb den Tarifverhandlungen zwischen den öffentlichen Arbeitgebern und den Gewerkschaften ÖTV und DAG mit dem Marburger Bund im Schlepptau überlassen.

Im Januar 1987 beschlossen die Tarifpartner dann folgendes: 1500 Mark im ersten Jahr, 1750 Mark im zweiten – ein Ergebnis, von dem Udo Schagen, Mitglied der Tarifkommission, in dg 3/87 urteilte: „Akzeptabel und unbefriedigend.“ Die Ursache für den unbefriedigenden Abschluß sah Schagen in der zu schwachen Verankerung der ÖTV im ärztlichen Bereich und der spürbaren Bereitschaft von DAG und Marburger Bund, einer noch niedrigeren Entgeltregelung zuzustimmen. Erst künftige Arbeitsgerichtsprozesse können nach seiner Ansicht klären, ob auch andere strittige Fragen im Sinne der Praktikanten und der ÖTV entschieden werden: So die Frage der Nachdienstbezahlung oder der Anwendung aller BAT-Bestimmungen auf die AiP-Phase, was die öffentlichen Arbeitgeber bisher konsequent ablehnen.

Regionale und überregionale Protestaktionen der Medizinstudenten gegen die AiP-Pläne sowie die zögerliche Bereitschaft der Krankenhausträger, entsprechende Stellen einzurichten, führten noch zur Verschiebung der AiP-Phase. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wies in krassem Gegensatz zu allen Ankündigungen der Bundesregierung darauf hin, daß es „weder eine rechtliche Verpflichtung der Krankenhäuser noch einen Zwang“ gebe, vorhandene Arztstellen in Plätze für den AiP umzuwandeln oder zusätzliche Praktikumsplätze einzurichten.

Im Januar vervollständigte die Bundesregierung das Chaos bei der Vorbereitung des AiP, als sie im Rahmen der Diskussion um das Gesundheitsreformgesetz plötzlich erklärte, daß die AiP-Zeit auf ein Jahr verkürzt werden solle. Begründet wurde dies mit einer Änderung in der Vorbereitungszeit auf die Kassenarztigkeit. Doch dies war nur ein Zwischenspiel. Nach Verabschiebung des GRG blieb es dann doch bei 18 und 24 Monaten.

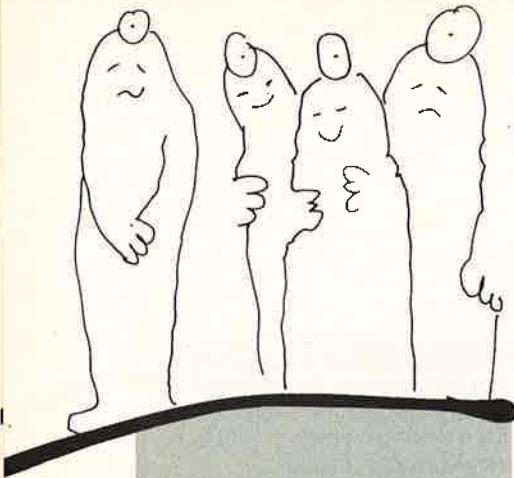
Der Begriff „Arzt im Praktikum“ und seine Umschreibungen in der Bundesärzte- und Approbationsordnung sei „nicht gerade dazu geeignet, für die wünschenswerte Klarheit zu sorgen“. Auf der einen Seite werde der AiP bereits Arzt genannt und soll entsprechend mehr sein als der Student im

ve mehr politischer Natur“. Schließlich hätten sich Juristen in den sechziger Jahren auch nicht darüber aufgeregt, daß Medizinalassistenten alleine Nachdienste geleistet hätten.

Franzki beruft sich in seiner Argumentation auf eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs zur „Anfängeroperation“. Nach dessen Urteil hat das Wohl und die Sicherheit des Patienten Vorrang gegenüber einer bequemeren Organisation des Klinikdienstes und der Möglichkeit für Assistenzärzte, die zum Erwerb ihrer Qualifikation notwendigen Operationen ausführen zu können. „In keinem Fall werden sich Krankenhausträger und Ärzte darauf berufen können, ein Mangel an ausreichend ausgebildeten Fachärzten zwingen zum Einsatz auch relativ unerfahrener Assistenzärzte“, entschied der Bundesgerichtshof. Dies gelte erst recht für den AiP-Einsatz, ergänzt Harald Franzki das Urteil.

Bedenken meldet der Celler Jurist vor allem beim Einsatz von Ärztinnen und Ärzten im Praktikum im Bereitschaftsdienst an, weil in dieser Situation der AiP zu entscheiden habe, ob er sich die Versorgung des Patienten selbst zutraut oder den approbierten Arzt hinzuziehen muß. „Man sollte die psychologische Hemmschwelle, die ein angehender Mediziner überschreiten muß, wenn er seinen Chef- oder Oberarzt, von dessen Zeugnis er abhängig ist, aus der Nacht- oder Sonntagsruhe ruft und sich am Ende den Vorwurf gefallen lassen muß, das sei überflüssig gewesen und er traue sich zu wenig zu“, warnt Franzki vor einem System, in dem der zu Beaufsichtigende selbst entscheiden müsse, ob er des Rates und der Aufsicht bedarf.

Wollte man Franzkis Ausführungen wörtlich nehmen, dürften nur noch die Krankenhausabteilungen Ärztinnen und Ärzte im Praktikum ausbilden, die auch jetzt schon gut ausgestattete und geregelte Bereitschafts- und Rufdienste haben und innerbetrieblich gut aus- und weiterbilden. Hier sind die betrieblichen Interessenvertretungen, Personal- und Betriebsräte gefordert. Sie sollten nicht einfach jeder AiP-Einstellung achselzuckend zustimmen, so die Marschroute von Achim Teusch, Betriebsratsmitglied im Krankenhaus Siegburg. „Wir haben verlangt, daß spezifische Ausbildungsveranstaltungen für die AiPs angeboten werden und Ausbildungskataloge erarbeitet werden. Außerdem wollen wir eine Übernahmeerklärung für die Zeit nach dem AiP erreichen.“ Bislang sei die Geschäftsführung ihren Forderungen noch → dg¹⁵



**Der AiP-Karren
steckt so tief im
Schlamm, daß
auch der
Marburger Bund
nur noch mit der
angeblich
schlimmeren
Knote, der
Pflichtweiter-
bildung,
argumentieren
kann. Genau die
wäre aber ein
wichtiger Schritt,
die ambulante
ärztliche
Versorgung zu
verbessern**

nicht gefolgt, berichtet Teusch vom Stand der Verhandlungen, „aber dafür muß ein Betriebsrat auch mal einen Gang zum Arbeitsrichter riskieren“.

Fehlende Stellen, höchst fragliche Qualität einer ganzen Reihe von Ausbildungsplätzen in Kliniken und Praxen, das allein ist schon Sprengsatz genug, der in der Einführung des AiP liegt. Brisant ist aber in diesem Zusammenhang auch die EG-Richtlinie für die Ausbildung von Allgemeinmedizinern. Danach sollen ab 1. Januar 1995 die praktischen Ärzte und Allgemeinmediziner für ihre Tätigkeit im Rahmen des Sozialversicherungssystems nach einem sechsjährigen Studium eine „mindestens zweijährige Vollzeitausbildung“ zur Vorbereitung ableisten müssen. Befürworter des AiP werden nicht müde zu erklären, daß die zweijährige AiP-Ausbildung inhaltlich voll die Anforderungen der EG-Richtlinie erfüllen werde. Das hieße, jeder Absolvent der AiP-Phase könnte sich nach der Approbation sofort niederlassen.

„Der Marburger Bund hat immer darauf geachtet, daß die Phase als Ärztin/Arzt im Praktikum für die Bundesrepublik Deutschland kompatibel mit den Forderungen der EG-Richtlinie ist, so daß bundesrepublikanische Ärzte während ihrer AiP-Zeit gleichzeitig die Voraussetzungen der EG-Richtlinie soweit irgend möglich erfüllen“, preist der Marburger Bund in seiner AiP-Broschüre, allerdings schon mit kleinen Einschränkungen. Denn die Sache hat einen Haken: Für die Erfüllung der EG-Richtlinie Allgemeinmedizin ist auch eine sechsmonatige Tätigkeit bei einem niedergelassenen Allgemeinmediziner notwendig. Wie die Aipler diese Bedingung erfüllen wollen, ist mehr als fraglich. Bei der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung waren im Dezember 1988 gerade 347 AiP-Plätze bei niedergelassenen Ärzten nachgewiesen. Und der Vorstand der Akademie für Allgemeinmedizin stellt im Jahresbericht der Bundesärztekammer zum Berliner Ärztetag im Mai 1989 klipp und klar fest: „Es ist auch nicht damit zu rechnen, daß in einer wesentlichen Zahl in den Praxen niedergelassener Ärzte, insbesondere Allgemeinärzte, AiP-Stellen zur Verfügung gestellt werden.“ Und: „... der nicht approbierte Arzt im Praktikum kann eine vollwertige Weiterbildung nach Auffassung der Akademie in dieser Phase nicht absolvieren.“ Das heißt eben, daß noch ein halbes Jahr anhängen muß, wer sich als Allgemeinmediziner niederlassen will.

dg: Wie sind Ihre eigenen Erfahrungen bei der Stellensuche für den AiP gewesen?

Trutti: Als ich mich beworben habe – etwa zwei bis drei Monate vor der Prüfung –, habe ich mit Computer etwa 200 Bewerbungen an Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte geschrieben. Die Krankenhäuser waren zunächst ziemlich zurückhaltend. Dann kamen täglich Anrufe von Niedergelassenen, die anfragten, was sie denn dafür bekämen, wenn sie einen AiP nähmen. Die sahen den Aipler als billige Arbeitskraft an. Als sich nun rausstellte, daß sie dem AiP eine Vergütung bezahlen müßten und nicht wie beim Ausbildungsassistenten von der Kassenärztlichen Vereinigung eine Vergütung bekommen, traten sie sofort alle nacheinander den Rückzug an. Das war im Oktober 1988.

Der AiP-Karren steckt also – kaum angefahren – schon tief im Schlamm. Da hilft auch dem Marburger Bund nur noch der Griff in die Trickkiste und die Entschuldigung: „Wäre es nicht zur Einführung der AiP-Phase gekommen, hätte die Gefahr bestanden, daß eine Pflichtweiterbildung eingeführt worden wäre. Pflichtweiterbildung würde bedeuten, daß der Berufsanfänger sich nach Abschluß des Medizinstudiums um eine ‚Weiterbildungsstelle‘ bemühen müßte, um über-



DRAUSSEN VOR

dg: Wie war die Situation in den Krankenhäusern?

Trutti: Im Oktober 1988 war eigentlich über die Einstellungsbedingungen alles klar. Die Krankenhäuser verhielten sich jedoch weiter abwartend. In den Uni-Kliniken hier in Münster hatten die meisten Chefs Angst vor den Ärzten im Praktikum, weil sie nicht genau wußten, wie sie einsetzen durften. „Sind das eigentlich Studenten oder Ärzte?“ Diese Frage stand zu Anfang ganz im Vordergrund. Die Chefs, die jetzt gute Erfahrungen mit AiPern sammeln, werden sich auch für die Einstellung weiterer AiPler einsetzen. Zudem viele den Vorteil sehen, mit geringeren finanziellen Mitteln mehr Ärzte einzustellen zu können. Andere Chefs mit mehr „Sicherheitsdenken“ sagen einem bei der Vorstellung: „Bei mir dürfen Sie alles, was die PJ-Studenten auch dürfen!“

Foto: Linie 4

dg: Wie geht es Ihrer Meinung nach mit der Stellsituations weiter?

Trutti: Mit der jetzt kommenden Bewerberwelle wird ein gewisser Sättigungseffekt eintreten. Der liegt etwa beim Doppelten der jetzigen Stellen. Das ist aber meine persönliche Einschätzung, ohne Wissen über das, was da noch möglich ist. Das höre ich von anderen über das Echo auf ihre Bewerbungen. Es gibt jetzt noch einige Chefs, die Ärzte im Praktikum suchen, weil sie die AiP-Regelung verschlafen haben. Die nächsten AiPler werden im Mai fertig, und ich schätze, daß die meisten von ihnen unterkommen werden. Die dritte Generation, die fertig wird, wird ganz große Probleme bekommen.

dg: Sie sind also hinsichtlich der Zahlenentwicklung halbwegs optimistisch, daß die AiPler sich bis zum Herbst dieses Jahres noch ganz gut verteilen werden?

Trutti: Ja, ich glaube, daß alle Bewerber bis zu diesem Zeitpunkt unterkommen werden, wenn sie jede Stelle annehmen, die überhaupt angeboten wird. Aber ganz klar ist jetzt schon, daß ausländische Kollegen große Probleme haben werden. Denn ab Herbst wird sich zeigen, daß nicht beliebig vie-

haupt später einmal die Möglichkeit zu haben, selbständig als Arzt zu arbeiten.“ Zwar sei der AiP nicht die Ideal-lösung, von allen angebotenen und politisch relevanten Modellen jedoch „das akzeptabelste“.

Die Schelte der Pflichtweiterbildung, wie sie unter anderem von der Gewerkschaft ÖTV, dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte und einigen Verbänden der Allgemeinmediziner gefordert wird, vermag nur ungenügend zu verdecken, daß der Marburger Bund

le Assistentenstellen umgewandelt werden können, wenn nicht die Patientenversorgung gefährdet werden soll. Ich schätze, daß pro Abteilung mit etwa zehn Ärzten ein AiPler verkraftet werden kann. Denn mit der heutigen Assistentenbesetzung in den Krankenhäusern kann mit Mühe die Routine aufrechterhalten werden.

dg: Wie wird es nach Ihrer Meinung langfristig weitergehen?

Trutti: Langfristig wird sich die AiP-Regelung als Trichter auswirken. Wie gesagt, es rechnet sich eben nicht mit den zur Verfügung stehenden Stellen. Viele werden ihre Approbation nicht bekommen und können dann auch nicht irgendwo in Krankenhäusern oder Praxen arbeiten. Viele werden draußen vor bleiben, es wird eine Selektion stattfinden, weil nicht 5000 AiP-Stellen pro Jahr geschaffen werden. Wartezeiten von zwei bis drei Jahren auf das AiP werden nicht selten sein, wie jetzt schon bei einer ähnlichen Regelung in Österreich. Dort zeigt sich, daß der Anteil der Frauen am Ende der Ausbildungsphase auf 20 Prozent absinkt, wenn es um die Berechtigung zur Niederlassung geht.

dg: Was sagen Sie zu der Behauptung, daß die AiP-Lösung scheitern wird, einmal wegen der fehlenden Stellen und zum anderen, weil diese Ausbildungsphase von den Absolventen des Studiums durch Gerichtsverfahren eingeklagt werden kann?

Trutti: Das glaube ich nicht. Wenn wir uns die Situation bei den Lehrern ansehen, dann gelten dort Wartezeiten von zwei bis vier Jahren zum Refrendariat ohne weiteres als zumutbar. Das hält rund zwei Drittel davon ab, ins Lehrerrefrendariat zu gehen, die suchen Umwege oder zusätzliche Ausbildungen. Da bietet der Marburger Bund demnächst seine Diplomregelung an. Jemand, der die AiP-Phase nicht ableisten kann, wird dann Diplommediziner und kann in der Forschung, der Verwaltung, bei Pharmafirmen arbeiten. Die „Randgruppen“ werden dann Diplommediziner. Im übrigen sehe ich neue Prüfungsverschärfungen, höhere Durchfallquoten und den Abbau von Studienplätzen.

den AiP braucht, um seine Klientel bei der Stange zu halten. Offensichtlich glaubt er, daß ihm seine Mitglieder an Universitäten und im PJ davonlaufen, wenn er ihnen nicht beteuern kann, daß der ungeliebte AiP nicht auch sein Gutes hätte: Die Möglichkeit, sich direkt als praktischer Arzt niederzulassen. Damit stützt er, daß nicht nur ein wichtiger Abschnitt der ärztlichen Ausbildung, sondern auch ein großer Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung von notwendigen inneren Reformen ausgeschlossen bleibt. □

Anzeige:

**Alternative
Kommunal
Politik**



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

...lauten die oft wenig schmeichelhaf-ten Urteile über die kommunale Politik-ebene. Da wollen wir als grün-alternati-ve Zeitschriftenprojekt gegen halten, damit in den Rathäusern der Altparteiensitz aufhört.

Die AKP berichtet laufend über alle wichtigen kommunalpolitischen Fach-themen wie Abwasser, Privatisierung, Haushalt, Kultur, Gesundheit, Abfall-beseitigung, Städtepartnerschaften, Verkehr usw..

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

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

Redaktion und Vertrieb:

ALTERNATIVE KOMMUNALPOLITIK
Herforder Str. 92
4800 Bielefeld 1
(0521/177517)

**Fachzeitschrift für grüne und
alternative Kommunalpolitik**

UTOPIE VERLOREN

Johannes Spatz, AL, kommentiert

In den Koalitionsvereinbarungen zwischen der Alternativen Liste und den Sozialdemokraten zur Gesundheitspolitik der neuen Regierung wurde ein sehr detailliertes Sachprogramm aufgestellt. Die vielen Spiegelstriche lassen erkennen, daß hier fleißig viele Reformideen zusammengetragen wurden. Die AL hat ihren Beitrag aus den Erfahrungen ihrer fünf Gesundheitsstadträte, die vier Jahre lang in der Bezirksregierung saßen, und der AL-Parlamentarier abgeleitet. Daher ist das Programm sehr stark von Einbindung in die Tagespolitik geprägt. Utopien kamen dabei kaum zum Zuge.

Johannes Spatz
Ist Gesundheitsstadtrat in Berlin-Wilmersdorf und war Mitglied der Verhandlungskommission der AL

AL und SPD haben sich geeinigt, daß in Zukunft die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung nicht mehr durch Aufbau von High-Tech-Medizinzentren geprägt werden soll. Angesagt ist eine Decentralisierung mit einer gestärkten Grundversorgung in den Bezirken. Weiterhin kam es auf

Initiative der AL zu einer eindeutigen Aufwertung ökologischer Gesundheitspolitik. Es wird in jedem der zwölf Bezirke ein Umweltamt aufgebaut. In der zentralen Gesundheitsverwaltung des Senats soll eine Abteilung für gesundheitlichen Umweltschutz eingerichtet werden, die von einem Beirat begleitet wird.

Die Mitglieder des Beirats kommen aus Bürgerinitiativen, Verbänden, Institutionen und Verwaltung. Schließlich sollen Gesundheitskonferenzen auf Landes- und Bezirksebene dafür sorgen, daß in Zukunft die Gesundheitspolitik auch von Betroffenen bestimmt wird. In diesen Konferenzen werden Bürgerinitiativen, Verbände und Verwaltungen an einem Tisch sitzen. Dabei ist ausdrücklich nicht an eine Konzertierte Aktion im Sinne von Herrn Blüm gedacht. Diese traditionelle Einengung auf die Mitsprache von verkrusteten Verbänden soll hier durch die

Beteiligung von Bürgerinitiativen aufgebrochen werden.

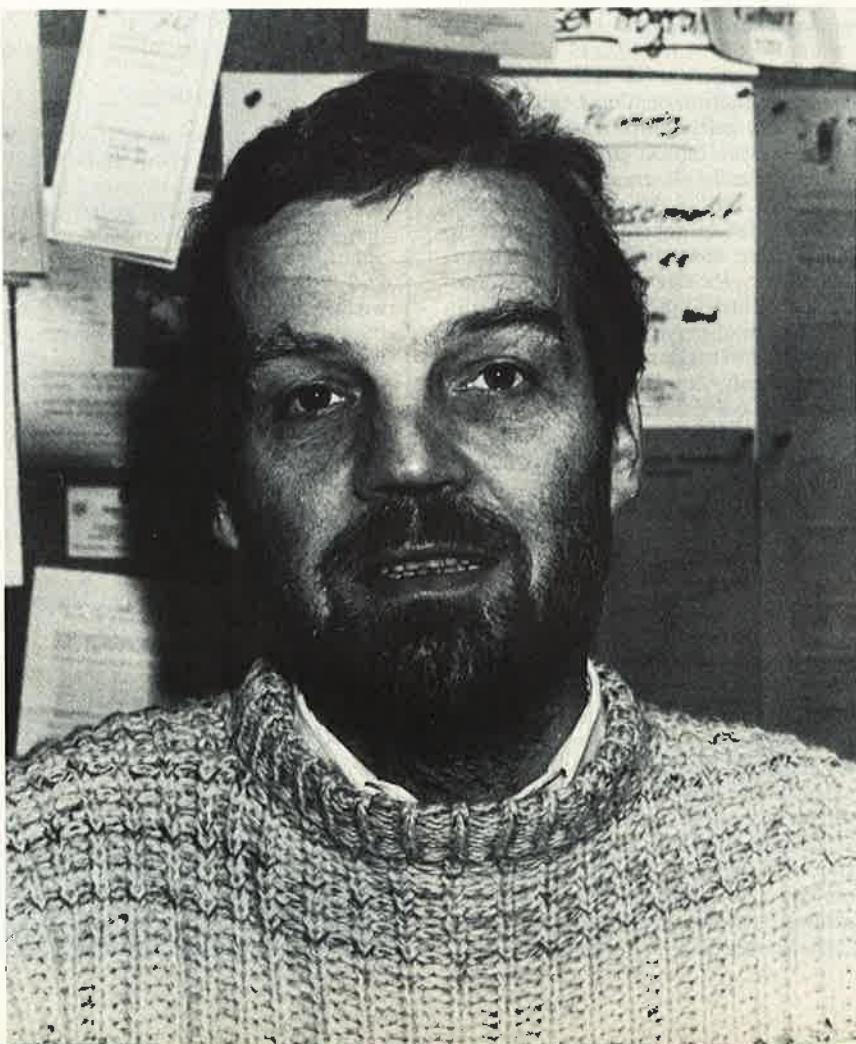
Neben diesen fortschrittlichen Vereinbarungen kam es aber auch zu großen Einbrüchen für die AL. Wie hier Utopien beiseite geschoben wurden, wird besonders am Beispiel der Psychiatrie sichtbar. Die AL hat bisher immer eine antipsychiatrische Programmatik vertreten: die Auflösung der Kliniken und Selbstbestimmung der Betroffenen. Eine große Kritik wurde an der Verabreichung von Neuroleptika und anderer medizinischer Foltermethoden geführt.

Der Ruf nach einer Gesellschaft, die die Psychiatrisierung verhindert, war fester Bestandteil von AL-Utopien. Das Ziel, psychiatrische Kliniken zu schließen, wurde nun auf die bereits praktizierte CDU-Linie des Abbaus der Großkliniken heruntergehendelt. Lediglich das psychiatrische Testament und die Forderung nach Ombudsmenschen wurden in die Vereinbarungen mit der SPD hinübergetragen.

Die Forderung nach einer suchtakzeptierenden Drogenpolitik und einer großzügigeren Methadon-Vergabe kam nicht durch. Es wurde beschlossen, eine gemeinsame Kommission einzurichten, die innerhalb eines definierten Zeitraums die Methadon-Vergabe in Angriff nimmt. Da half auch der Hinweis auf das SPD-regierte Land Nordrhein-Westfalen nichts.

Besonders wenig Hoffnung besteht, daß der Pflegenotstand deutlich abbaut wird. Bei der Frage, wie der Pflegenotstand an den Krankenhäusern und im ambulanten Bereich zu beheben sei, schieden sich die Geister. Zwar soll die Geriatric-Zulage für das Pflegepersonal auf 300 Mark angehoben werden, doch die Finanzierung von zusätzlichen Stellen ist unklar. Während die AL dafür plädiert, die Planstellen auf Kosten des Landeshaushalts aufzustocken, votiert die SPD für die Krankenkassen als Kostenträger. Die Kompromißformel beinhaltet das Warten darauf, daß durch die „Gesundheitsreform“ in den kommenden Jahren Gelder des Senats eingespart werden können, die für den Pflegenotstand verwandt werden sollen, und daß die zwischenzeitliche Besetzung von Stellen bei Fort- und Weiterbildung durch Landesmittel gewährleistet werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Vereinbarungen zwischen AL und SPD sehr stark durch realpolitische Überlegungen geprägt sind und daß grundlegende Änderungen im wesentlichen auch in Zukunft nur durch Druck der Bürger von außen realisiert werden können. Utopien werden den Betroffenen überlassen. □



Für eine soziale und ökologische Erneuerung der Gesundheitspolitik

Konsenspapier von Alternativer Liste Berlin und SPD

Mehr Einsatz für die Verhütung von Krankheiten, insbesondere durch gemeinsame Prävention sowie den Abbau der steigenden Belastungen der Umwelt, der Schadstoffe in der Luft, Wasser, Boden sowie Eindämmung des Lärms und Rehabilitation sowie die verbesserte Sicherung einer guten Pflege und Versorgung von kranken und insbesondere gebrechlichen MitbürgerInnen stehen im Vordergrund einer sozialen und ökologischen Erneuerung der Gesundheitspolitik für Berlin.

1. Zur Durchsetzung einer ökologischen Gesundheitspolitik sollen Umweltämter bei der Abteilung für Gesundheit in allen Bezirken geschaffen werden. Ein unabhängiger Umweltbeirat soll die neu zu schaffende Abteilung für gesundheitlichen Umweltschutz in der Gesundheitsverwaltung des Senats unterstützen. Systematische Umweltverträglichkeitsprüfungen sollen insbesondere in Kindertagesstätten (Kitas) und Schulen durchgeführt werden.

2.1 Zur Vermeidung von Krankheiten und zur Aufklärung über Gesundheitsschäden wird angestrebt, in jedem Bezirk modellhaft ein Gesundheitszentrum zu errichten, das die schon vorhandenen Aktivitäten verschiedener Träger der gemeinsamen Prävention und der Gesundheitsberatung koordiniert und gesundheitsfördernde Angebote macht.

2.2 Ambulante und stationäre Versorgung werden besser als bisher miteinander verzahnt. Der Ausbau und die Qualität der Sozialstationen wird in einem Gesetz geregelt, das u. a. den Leistungsrahmen, die Trägerschaften (auch kommunale) vorsieht sowie prüft, wie Vorschußkassen bei den Bezirksämtern eingerichtet werden können.

3. In jedem Bezirk wird ein Geriatrie-Zentrum d. h. eine geriatrische Versorgungskette für Rehabilitation über Pflegeheime bis hin zu betreutem Wohnen aufgebaut mit der Aufgabe, Kräne und ältere und alte Menschen zu behandeln, zu betreuen und zu beraten sowie die Qualität der geriatrischen Versorgung im Bezirk zu sichern. Eine bezirkliche Koordinationsstelle zur Beratung und Vermittlung von stationärer und offener Altenhilfe wird eingerichtet.

4. Die Situation der Krankenpflege wird verbessert. Dies wird nur Erfolg haben, wenn der Krankenpflegeberuf attraktiver in der Arbeitsplatzgestaltung sowie in der Bezahlung wird. Für die Aus- und Weiterbildung werden neue Grundlagen geschaffen. Es wird verstärkt Gruppenpflege in den Krankenhäusern durchgesetzt, wobei sich Stellenzahlen jeweils nach den organisatorischen Bedingungen des Krankenhauses sowie der erforderlichen Pflege-Intensität auf den Stationen richten. Nachdrückliche Bemühungen werden einzusetzen, um berufsferne und nicht mehr berufstätige Krankenschwestern und Pfleger für die Krankenpflege zurückzugewinnen.

5. Statt des auf Prestige gerichteten weiteren Ausbaus von teuren Zentren der Hochleistungsmizin werden alle verfügbaren Mittel für ein abgestufts Versorgungssystem in der Krankenversorgung eingesetzt, das eine dezentrale, stadtteilnahe Allgemeinversorgung von hoher medizinischer, ärztlicher und menschlicher Qualität erlaubt, in der die psychischen und sozialen Ursachen und Folgen der Krankheit die Beachtung finden, die ihnen gebührt. Die Situation der chro-

Stehen die Koalitionsvereinbarungen in Berlin zwischen SPD und Alternativer Liste für eine Neuorientierung in der Gesundheitspolitik? Wir dokumentieren das Konsenspapier beider Parteien, das Grundlage der Regierungserklärung ist, die zur Zeit ausgearbeitet wird. Außerdem drucken wir aus dem Anhang die näheren Ausführungen zur Verbesserung der Situation in der Krankenpflege

nisch Kranken wird verbessert. Die Hochleistungsmedizin wird auf zwei Krankenhäuser mit je höchstens 600 Betten beschränkt (neben den Universitätskliniken). Die Verlagerung des Klinikums Charlottenburg auf das Gelände des RVK (Rudolf-Virchow-Krankenhaus, d. Red.) wird weiterhin abgelehnt. Es werden keine neuen vertraglichen Verpflichtungen eingegangen, eingegangene Verpflichtungen werden mit dem Ziel der Nullierung überprüft. Es wird so überprüft, wie unter vertretbaren Belastungen des Landeshaushalts die Klinikumsverlagerung rückgängig gemacht werden kann. Es gibt grundsätzlich keine Privatisierung kommunaler Dienstleistungen. Zu prüfen ist, ob die Teilprivatisierung des Krankenhauses Moabit rückgängig gemacht werden kann.

In der Eröffnungsbilanz des Senats wird die hier beschriebene Neuorientierung der Gesundheitspolitik festgelegt. Damit ist beinhaltet die Neufassung des Krankenhausplans.

6. Zur Verbesserung der psycho-sozialen Versorgung wird der ambulante Bereich ausgebaut bei gleichzeitigem sozialverträglichen Abbau der stationären psychiatrischen Versorgung. Hierbei hat die Prävention, Rehabilitation sowie die Qualitätsicherung Vorrang. Die Betroffenenrechte werden nachhaltig gestärkt. In diesem Sinne ist das Psychiatrie-Gesetz zu novellieren (Aufnahme des Psychiatrie-Testaments, Ombudsman etc.). Es ist zu prüfen, wie Planung und Budgetierung (sie soll pauschal erfolgen) im psycho-sozialen Bereich auf die Bezirke verstärkt verlagert und verbessert werden kann. Die SPD und AL werden sich dafür einsetzen, daß zur Vorbereitung zukünftiger parlamentarischer Entscheidungen des Abgeordnetenhaus eine Enquetekommission zur Versorgungssituation von psychisch Kranken und Behinderten in Berlin (West) einsetzt. Die Kommission soll auf der Grundlage, der in der 10. Legislaturperiode von der SPD eingebrochenen Anträge sowie des in der Anlage aufgeführten Papier zur psychosozialen Versorgung, die Versorgungssituation der Kranken und Behinderten im Hinblick auf mögliche Mängel untersuchen.

7. Die Informations-, Planungs- und Koordinationsgrundlagen für eine Gesundheitsberichterstattung und eine wirksame Gesundheitsplanung in Berlin werden grundlegend verbessert. Auf Landes- und Bezirksebene werden Gesundheits-

konferenzen unter Einbeziehung aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligter sowie Betroffener-Organisationen eingerichtet. Eine School of Public Health soll gegründet werden.

8. Die Lücken, die die Berliner Aidspolitik insbesondere im Bereich der Drogenpolitik gehabt hat, sind umgehend durch neue Maßnahmen im Sinne des Schutzes der hauptsächlich betroffenen Gruppen von HIV und Aids wie Schwule und DrogengebraucherInnen zu schließen. Dies bedeutet gruppenspezifische Maßnahmen wie ein Stopp-Aids-Projekt und niedrig-schwellige Angebote für DrogengebraucherInnen, die zu einer abstinenten Therapie nicht bereit sind. Der Senat richtet eine Arbeitsgruppe ein, die die Kriterien und den Umfang der Vergabe von Methadon erarbeitet und nach 6 Monaten ein Konzept vorlegt. Spätestens ab 1. 1. 1990 soll mit der Umsetzung der Ergebnisse begonnen werden.

9. Im Hinblick auf das Gesundheitsreformgesetz wird eine Bundesratsinitiative ergreifen, um eine Korrektur der Vorschriften zu erreichen, die sozial schwache Kranke besonders benachteiligen. Grundlage der Initiative sind die Streichungsanträge der Fraktion der Grünen und der SPD im Bundestag. In Berlin wird eine Arbeitsgruppe gebildet, die die unsozialen Auswirkungen des GRG für die BerlinerInnen zusammenstellt und Vorschläge ausarbeitet, wie die größten Ungerechtigkeiten in Berlin aufgefangen werden können, solange bzw. soweit eine Korrektur des GRG nicht gelingt.

Anhang:

4. Verbesserung der Krankenpflege

1. Betriebliche Sozialeinrichtungen verbessern (Personalunterkünfte, Personalkantinen, Belegungsrecht in benachbarten Kitas).

2. Gesetzliche Verpflichtung zur Fort- und Weiterbildung unter Fortzahlung der Vergütung sowie zwischenzeitliche Besetzung der Stelle. Dafür wird ein Stellenpool aus Mitteln des Landes Berlin geschaffen. Der Umfang dieses Pools ist während der Erarbeitung der gesetzlichen Regelung zu prüfen.

3 a. Keine Anrechnung der SchülerInnen auf den Stellschlüssel.

3 b. Verbesserung der Ausbildung durch Einsatz von PflegeanleiterInnen auf Station.

4. Strukturelle Verbesserungen in der Krankenpflege.

Entwicklung von Pflegekategorien nach einheitlichen Kriterien und deren Anwendung auch für Bewohner von Kranken- und Seniorenhäusern. Die im Krankenpflegegesetz festgelegte Pflegeplanung muß in allen Einrichtungen umgesetzt werden.

Die Arbeitsorganisation muß auf Gruppen-/Zimmerpflege umgestellt werden.

Die Arbeitsabläufe in den Einrichtungen müssen überarbeitet und auf die Belange der Stationsbetriebe zugeschnitten werden.

Im Zusammenhang hiermit sind entsprechende Planstellen zur Verfügung zu stellen, soweit sie finanziert werden können.

4 a. Durch das Gesundheitsreformgesetz müssen die Kassen jetzt die Kosten für die medizinische Versorgung im Bereich der chronisch Kran-

ken übernehmen. Die dadurch freiwerdenden Mittel werden nicht durch eine Kürzung der Pflegesätze für den Landeshaushalt realisiert, sondern verbleiben in den Krankenhausbetrieben mit der Zielsetzung dafür – auch im Akutbereich – zusätzliches Pflegepersonal (z. B. Umsetzung der Nicht-anrechnung von Schülerinnen auf den Stellenschlüssel; Einsatz von PflegeanleiterInnen auf den Stationen; und u. a. strukturellen Verbesserungen der Krankenpflege) bereitzustellen.

5. Anhebung der Planstellen je nach Pflegeintensität der Patienten, Ausfallzeiten (inklusive Fort- und Weiterbildung) verbessern.

6. Anhebung der Vergütungen des Krankenpflegepersonals. In der Geriatrie herrschen besonders unzumutbare Zustände. Deshalb soll eine Zulage von 300 DM (von denen 67 DM abzuziehen sind, die bereits heute gezahlt werden) gezaht werden. Diese Zulage soll im Vorriff auf die anlaufenden Tarifverhandlungen in Abetracht

der großen Notsituation in den geriatrischen Bereichen gezahlt werden. Sie wird bei Abschluß des Tarifvertrages in Anrechnung gestellt.

7. Rückgewinnung aus dem Beruf ausgeschiedener Krankenschwestern

8. Gezielte Fortbildung des leitenden Krankenpflegepersonals in Krankenhausbetriebslehre und Management.

9. Eigenständige Budgetverantwortung für den gesamten Pflegepersonalbereich durch die Krankenpflegeleitung.

10. Auch AußenbewerberInnen können KrankenpflegeleiterInnen werden.

11. In der Senatsverwaltung Gesundheit und Soziales wird ein Referat Krankenpflege zur Stärkung der Berufsgruppe Krankenpflege eingerichtet. Von dort aus sind Beratung, Aus-, Fort- und

Weiterbildung von Krankenschwestern und Altenpflegern zu koordinieren.

12. Für den Bereich Krankenpflegeweiterbildung wird eine Krankenpflegehochschule eingerichtet, die sich an bundesdeutschem Niveau (BfW, DBfK, Diakonie) orientiert. Die Anbindung an eine noch zu schaffende School of Public Health ist zu prüfen.

13. Bundesratsinitiative – Altenpflegeausbildung auf 3 Jahre vereinheitlichen, gegenseitige Anerkennung von 18 Monaten (Krankenpflege/Altenpflege).

14. Beschäftigung von Krankenpflegekräften in den medizinischen Diensten der Krankenkassen.

Den vollständigen Anhang können interessierte Leserinnen und Leser bei der dg-Redaktion gegen Elsendung von 2,50 Mark in Briefmarken anfordern.

Primärprävention als Aufgabe der Krankenkassen?

Von Uwe Lenhardt

Einleitung

Über die Notwendigkeit einer um primärpräventive Gesichtspunkte erweiterten gesundheitspolitischen Strategie bestand in den 70er Jahren zumindest grundsätzlich ein „fast gesellschaftsweiter Programmkkonsens“ (Rosenbrock 1985, S. 368). Seitdem hat sich zwar infolge des theoretischen und praktischen Scheiterns früherer Präventionskonzepte sowie der zunehmenden Verengung des gesundheitspolitischen Diskurses auf ökonomische Fragestellungen eine gewisse „Verunsicherung in der Präventionsdebatte“ (Labisch 1984, S. 13) bemerkbar gemacht. Gleichwohl kann festgestellt werden, daß an (durchaus unterschiedlich zu bewertenden) Bekenntnissen zur Forderung nach einer verstärkten Vorsorgeorientierung der Gesundheitspolitik auch aktuell kein Mangel herrscht. Besonders nachdrückliche Hinweise auf die Notwendigkeit eines entsprechenden Umbaus des Gesundheitssicherungssystems kommen hierbei – wie schon seit Jahren – aus dem gewerkschaftlichen Bereich (vgl. zuletzt: Gesundheitspolitische Strukturkommission 1988, S. 44 ff.). In Verlautbarungen der ärztlichen Standardsorganisationen (vgl. etwa: Deutscher Ärzteitag 1987) findet sich das Plädoyer für vermehrte Präventionsanstrengungen allerdings ebenso wie in den Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1987, S. 148 f.; 1998, S. 91 ff.).

Auch die Krankenkassen scheinen ein erhebliches Interesse an Fragen der Prävention entwickelt zu haben. Darauf deuten sowohl Aussagen auf programmatischer Ebene (vgl. z.B.: AOK-Bundesverband 1987) als auch das „Gesundheitskassen“-Konzept der AOKen (vgl. AOK-Bundesverband 1988 a) sowie eine Fülle einschlägiger, von den Kassen bzw. unter deren Beteiligung durchgeführter Forschungsprojekte, Modellversuche und Leistungsangebote (vgl. als Überblick: Enquete-Kommission 1988, S. 66 ff.) hin. Welch hohe Relevanz der Präventionsthematik mittlerweile von Seiten der meisten GKV-Träger beigemessen wird, brachte erst vor kurzem der AOK-Bundesverband in einer Kontroverse mit dem Leiter des Kieler Instituts für Gesundheitssystemforschung, Prof. Dr. Fritz Beske, zum Ausdruck: „Die kontinuierliche Zunahme chronischer Krankheiten und die Kenntnis, daß diese Krankheitsformen zum größten Teil verhaltens- und gesellschaftlich bedingt sind, haben der Prävention in der aktuellen und wissenschaftlichen Diskussion einen hohen Stellenwert zugewiesen ... Die Verhütung chronischer Krankheiten beziehungsweise ihr

„Gesundheitsförderung“, das Thema hat Konjunktur, auch bei den gesetzlichen Krankenkassen. Sichtbares Zeichen dafür sind der Kongreß „Zukunftsauftage Gesundheitsförderung“, den die Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Ende April ausrichtet, sowie der gemeinsame Kongreß von AOK-Bundesverband und WHO „Gesundheit als Herausforderung – zur neuen Rolle für die Krankenversicherung“ im Juni diesen Jahres. Der vorliegende – gekürzte – Aufsatz beleuchtet die bisherigen Präventionsansätze der gesetzlichen Krankenkassen und geht der Frage nach, welche Möglichkeiten zu präventivem Handeln ihnen unter den bestehenden Strukturen überhaupt gegeben sind

zeitliches Hinausschieben auf spätere Altersabschnitte ist demnach die gesundheitspolitische Strategie der Wahl. Hierzu will auch die AOK ihren Beitrag leisten“ (AOK-Bundesverband 1988 b, S. 589). (. . .)

Das GRG: Erweiterter Präventionsauftrag der GKV bei weiterhin restriktiven Rahmenbedingungen

Bevor nun auf die spezifischen Bedingungen und Möglichkeiten der Prävention im Rahmen der GKV eingegangen wird, ist daher zunächst einmal

ganz grundsätzlich die Frage aufzuwerfen, weshalb ausgerechnet die Krankenkassen in diesem Bereich verstärkt tätig werden sollten. Es ist ja durchaus so, daß die Kompetenz der Kassen auf dem Gebiet der Primärprävention von verschiedenen Seiten und mit je nach Standpunkt wechselnden Begründungen (sei es, daß die GKV schon von ihrem Konstruktionsprinzip her als unzuständig bzw. ungeeignet angesehen wird, sei es, daß unter den obwaltenden Bedingungen die Durchsetzung einer effektiven Präventionsarbeit der GKV als unrealistisch gilt oder seien es andere Argumente) wenn schon nicht gänzlich bestritten, so doch eher skeptisch beurteilt wird (vgl. etwa: Göckerjan 1980; Beske 1988 sowie die Diskussion in: Rosenbrock/Hauß 1985, S. 45 ff., 243 ff.). Andererseits lassen sich m.E. aber auch einige gewichtige Gründe für ein starkes präventives Engagement der Krankenkassen anführen:

1. Kaum eine gesellschaftliche Institution erfaßt so weite Bevölkerungskreise (über 90 Prozent) wie die GKV.
2. Die Krankenkassen weisen zum überwiegenden Teil schon aufgrund ihrer Organisationsstruktur (Orts- oder Betriebsbezogenheit) eine relativ große Versichertennähe auf und besitzen von daher günstige Ansprechmöglichkeiten.
3. Die Kassen verfügen weiterhin über ein immenses Potential an präventionsrelevanten Daten und Informationen.
4. Die GKV zeichnet sich (ähnlich wie auch die Gesetzliche Unfallversicherung) dadurch aus, daß sie den von Erkrankungsrisiken Betroffenen im Rahmen der Selbstverwaltung eine institutionalisierte Einflußmöglichkeit bietet.
5. Schließlich spricht auch einiges dafür, daß denjenigen Institutionen, welche den allergrößten Teil der Krankheitskosten zu tragen haben, auch das Recht und die Pflicht zukommen sollte, Einfluß auf krankheitsverursachende Faktoren zu nehmen.

Wenn hier die Krankenkassen grundsätzlich als zuständig und geeignet für primärpräventive Aktivitäten angesehen werden, so scheint dies in voller Übereinstimmung mit den Auffassungen und Intentionen staatlicher Gesundheitspolitik in der BRD zu stehen. Bereits in der RVO ist die primäre Prävention ausdrücklich als ein mögliches Aufgabenfeld der GKV genannt: So können die RVO-Kassen laut § 187 Abs. 1 Nr. 2 im Rahmen ihrer Satzung „Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen der einzelnen Kassenmitglieder“ als Mehrleistung vorsehen. Durch diese Regelung sind allerdings nur Fälle der „personalen“

am Verhalten des einzelnen Versicherten ansetzenden Prävention erfaßt. Darüber hinausgehende Aktivitäten, etwa im Bereich der Verhältnisprävention, sind zwar durch § 364 Abs. 1 Nr. 1 gedeckt, wonach die Kassen Betriebsmittel „für besondere und allgemeine Krankheitsverhütung“ verwenden dürfen; aber auch hier ist in erster Linie an verhaltensbezogene Maßnahmen mit Aufklärungscharakter gedacht (zu den die Prävention betreffenden Regelungen der RVO vgl. ausführlich: Däubler 1984).

In dem seit 1. 1. 1989 geltenden Gesundheitsreformgesetz haben Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung als Aufgaben der GKV offensichtlich sogar noch eine Aufwertung erfahren. Sie sind z. B. nicht mehr wie in der RVO unter den Begriff der „Krankenhilfe“ subsumiert und dabei den traditionellen Krankenversorgungsleistungen nachgeordnet, sondern separat und an vorderster Stelle unter den Kassenleistungen aufgeführt (§ 20 GRG). Weiterhin sehen sich die Krankenkassen nun in allgemeiner Form zu Präventionsmaßnahmen verpflichtet, die bisher lediglich im Rahmen von Kann-Bestimmungen auftauchten. Schließlich fällt auf, daß die von der GKV zu ergreifenden Maßnahmen genauer benannt und erweitert werden: Die Kassen sollen nicht nur ihre Versicherten über Gesundheitsrisiken aufklären sowie über Möglichkeiten der Risikovermeidung beraten, sondern auch „den Ursachen von Gesundheitsschäden nachgehen und auf ihre Beseitigung hinwirken“ (§ 20 Abs. 1). Dies kann nach § 20 Abs. 2 GRG auch im Bereich arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren geschehen, nämlich in der Form, daß die Krankenkassen eigenständig Informationen über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen sammeln und diese den Unfallversicherungsträgern sowie den anderen für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen zugänglich machen. Normsetzungskompetenzen und entsprechende Sanktionsmöglichkeiten gegenüber den Unternehmen erhalten die Kassen damit zwar nicht. Dennoch lassen sich die Bestimmungen des § 20 Abs. 1 und 2 GRG durchaus als Aufforderung an die GKV zu verstärkter gesundheitspolitischer Initiative auf Gebieten der Verhältnisprävention interpretieren.

Es stellt sich nun allerdings die Frage, inwieweit den genannten Gesetzesregelungen auch eine reale Erweiterung des präventiven Handlungsspielraums der Krankenkassen entspricht. Hier ist m. E. angesichts vielfältiger, durch das GRG z.T. sogar noch verschärfter Restriktionen Skepsis angebracht:

– In wichtigen Bereichen ist die unmittelbare Verantwortung für Prävention anderen Trägern zugeschrieben (Berufsgenossenschaften, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gewerbeaufsicht, Umweltbehörden). Die Krankenkassen können hier (wie schon gesagt) zunächst einmal nur „von außen“, als Impulsgeber ohne eigene Regelungsbefugnisse wirken. § 20 Abs. 5 GRG stellt klar, daß sich daran auch künftig nichts ändern wird. All dies wäre an sich noch gar kein Anlaß zur Kritik, zumal davon auszugehen ist, daß primäre (Verhältnis-) Prävention weder ausschließlich noch vorrangig Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung sein kann (vgl. Enquete-Kommission 1988, S. 75). Vom Hintergrund der Tatsache, daß Regierung und Gesetzgeber die Funktionsfähigkeit öffentlicher Präventionsinstanzen außerhalb der GKV keinesfalls in ausreichendem Maße sicherstellen und auch darüber hinaus zwingenden präventionspolitischen Erfordernissen eher zuwiderhandeln (man denke etwa an den Bereich der Arbeits- und Beschäftigungspolitik!), gewinnt die ganze Angelegenheit allerdings einen höchst ambivalenten Charakter: Zwar erscheinen neue – in § 20 GRG ja auch nahegelegte – präventionspolitische Anstöße seitens der Krankenkassen angesichts der beschriebenen Situation um so nötiger; ob sich die Chancen, daß solche Impulse von den „zuständigen“ Akteuren aufgegriffen und konsequent umgesetzt werden, grundlegend verbessert haben, kann indes bezweifelt werden.

- Laut § 20 Abs. 4 GRG sind die Krankenkassen verpflichtet, bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung eng mit der Ärzteschaft zusammenzuarbeiten. Der Gesetzgeber folgte damit entsprechenden Empfehlungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, der die Ausgestaltung präventiver Maßnahmen weitgehend durch Verhandlungen zwischen Kassen und KVen geregelt sehen möchte und dabei ausschließlich Früherkennungs- sowie verhaltensorientierte Interventionsprogramme im Auge hat (SVR-KAIG 1987, S. 148f.). Die o.g. Bestimmung ist nicht unproblematisch, insoffern sie nämlich der Tendenz Vorschub leisten kann, Prävention v.a. bei den traditionellen Anbietern medizinischer Leistungen anzusiedeln. Eine solche Entwicklung wäre gesundheitspolitisch wenig sinnvoll, da „weder die Organisationsform der ärztlichen Niederlassung noch die Inhalte der medizinischen Profession von vornherein zur Prävention, ja auch nur zu präventivem Denken befähigen“ (Haub 1985, S. 242). Die umfassende Delegation präventiver Aufgaben an die Ärzte würde zu einer weiteren Medikalisierung und Individualisierung gesellschaftlich erzeugter Gesundheitsprobleme führen; Prävention dürfte dann zum bloßen Vehikel „einer verdeckten Expansionsstrategie für medizinische Leistungen“ (Borgers 1988, S. 61) verkommen. Im übrigen zeigen die bescheidenen Ergebnisse zweier Modellversuche, daß Gesundheitsberatungen durch niedergelassene Ärzte per se nicht erfolgversprechender sind als vergleichbare Maßnahmen anderer Träger, etwa der Krankenkassen (vgl. BMAS 1985, Bd. 2; ZI 1988). Wenn vom Gesetzgeber trotzdem eine enge Bindung des Präventionsgeschehens an die niedergelassene Ärzteschaft gewünscht wird, so läßt sich dies nur als bewußte politische Rücksichtnahme auf die Partikularinteressen einer für die Sicherung konservativer Hegemonie offenbar unerlässlichen Sozialgruppe interpretieren.
 - Die finanziellen Ressourcen für primärpräventive Maßnahmen der Krankenkassen sind durch gesetzlich festgelegte Leistungsansprüche in anderen Bereichen, deren Gewährung ca. 90 Prozent der GKV-Ausgaben binden, von vornherein begrenzt. Zwar würde der verbleibende Spielraum an sich durchaus eine spürbare Steigerung des z.Z. noch verschwindend geringen Präventionsaufwandes erlauben, die Chancen hierfür müssen jedoch solange als gering eingeschätzt werden, wie die herrschenden Strukturen des Gesundheitssystems und die darauf bezogenen Strategiemuster staatlicher Politik die GKV mit einem Problemdruck belasten, der eine ernsthafte Thematisierung gesundheitspolitischer Alternativen immer wieder blockiert. Ohne hier näher auf die schwierigsten Defizite und Fehlerorientierungen des GRG einzugehen (vgl. hierzu: Priester 1989), kann festgestellt werden, daß durch dieses Gesetz die Lösung der angesprochenen Probleme nicht gerade nähergerückt ist:
 - Trotz des von den Gesetzesinitiatoren unablässig proklamierten Anspruchs, die Kostenbelastung der GKV senken zu wollen, bleiben die kostentreibenden Strukturen innerhalb des medizinischen Versorgungssystems grundsätzlich unangetastet. Die auf „mehr Wirtschaftlichkeit“ abzielenden Regelungen werden so zwar vermutlich nicht die angekündigten Einspareffekte nach sich ziehen, dafür aber um so sicherer einen erheblichen Teil der organisatorischen Kapazität der Krankenkassen binden. Hinzu kommt, daß im Bereich der häuslichen Pflege neue Versicherungsleistungen eingeführt werden, deren finanzielle Konsequenzen für die GKV noch gar nicht voll absehbar sind.
 - Auch für die Bewältigung der aus dem gegliederten GKV-System sich ergebenden Probleme – z.T. gravierende Unterschiede zwischen den Kassen(arten) hinsichtlich Risikostruktur, Finanzierungsbedingungen und Beitragssatzniveau (vgl. hierzu: Enquête-Kommission 1988, S. 422f.) – bleibt das GRG keine Perspektive. Da das Gesetz weder eine grundlegende Reform des antiken Mitgliedschaftsrechts noch ausreichend er-

weitere Möglichkeiten des Finanzausgleichs vorsieht (der Gedanke an eine Einheitsversicherung ist ohnehin tabu), steht vorerst kaum zu erwarten, daß sich an der scharfen Konkurrenz zwischen den Krankenversicherern sowie der prekären ökonomischen Situation einzelner Kassen (vgl. Albrecht 1989) etwas ändern wird. Ein solcher Zustand (der zusätzlich verschärft wird durch die Einführung einer Pflichtversicherungsgrenze für Arbeiter) muß fast zwangsläufig präventionsverhindernd wirken: Angesichts zunehmender Finanzprobleme droht die Präventionsthematik immer weiter zugunsten offenkundig „vorrangiger“ Kostendämpfungsfragen aus dem Blickfeld v. a. der Ortskrankenkassen verdrängt zu werden. Wo sich die Kassen dennoch des Themas „Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung“ annehmen, besteht die Gefahr, daß dies hauptsächlich unter dem Aspekt der Imagepflege und der Konkurrenz um sog. „gute Risiken“ geschieht (vgl. Haub 1985, S. 237f.). Von ernsthafter Präventionsarbeit kann dann allerdings nicht mehr die Rede sein.

- Schließlich widerspricht die durch das GRG deutlich vorangetriebene materielle Individualisierung und Privatisierung von Krankheitsrisiken (vermehrte „Selbstbeteiligungen“, Möglichkeit der Beitragsrückgewähr) insofar ganz prinzipiell dem Präventionsgedanken, als sie bei den Versicherten (v. a. solchen aus unteren sozialen Schichten) die Bereitschaft verstärkt, gesundheitliche Belastungen möglichst lange – u. U. bis zum Eintreten irreversibler Gesundheitsschädigungen – hinzunehmen (vgl. Deppe 1987, S. 112).

Bei näherer Betrachtung erweist sich das GRG also keineswegs als eindeutiger Fortschritt in Sachen Prävention: Zwar formuliert es einen im Vergleich zu früher umfassenderen Präventionsauftrag an die GKV, zugleich lässt es jedoch jene gesundheitspolitischen Problem ungelöst (bzw. verschärft sie), die in der Realität zu einer sehr weitgehenden Restriktion des präventiven Handlungsspielraums der Krankenkassen führen. ►

DIE GRÜNEN

IM BUNDESTAG

Neuerscheinungen:



Umfassende Informationsbroschüre zur aktuellen parlamentarischen Arbeit des Arbeitskreises Arbeit und Soziales der GRÜNEN Bundestagsfraktion.

DIN A4, 28 S., zahlr. Abb.

VORSICHT RENTENBLUFF!

Dieses Faltblatt gibt einen Einblick in die von der Regierung angekündigte »Rentenreform« und erläutert die Forderungen der GRÜNEN und der Grauen Panther.

STERILISATION BEHINDERTER — HILFE STATT ZWANG

Diese Broschüre zur geplanten Legalisierung der Sterilisation geistig Behindeter ohne deren Einwilligung erläutert, warum wir die Vorschläge des Justizministers ablehnen und diskutiert Alternativen.
DIN A5, 88 S. Aus der Reihe **Argumente**
Schutzgebühr: DM 4,-, ab 10 Ex. DM 2,50

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

Selbstverwaltung in der GKV – Möglichkeiten und Grenzen ihrer Nutzung für eine präventionsorientierte Gesundheitspolitik

Die bisherige Analyse der Rahmenbedingungen vorsorgeorientierter Kassenaktivitäten scheint eine andere als skeptische Beurteilung des präventionspolitischen Handlungspotentials der GKV kaum zuzulassen. Die Schlußfolgerung, daß substantielle Fortschritte in diesem Bereich ohne einschneidende Strukturveränderungen des Gesundheitswesens nicht zu haben seien, trifft zwar grundsätzlich zu, kann allerdings leicht zu gesundheitspolitischem Attentismus verleiten. Um dieser Gefahr zu entgehen, bedarf es einer genaueren Bestimmung der Aktionsspielräume, die der GKV trotz ungünstiger ökonomischer und politischer Rahmenkonstellationen verbleiben. Anders formuliert: Gibt es im Kassengefüge zusätzliche Restriktionsmechanismen, die die volle Aus schöpfung präventiver Handlungsmöglichkeiten diesseits eines grundlegenden Umbaus des Gesundheitssicherungssystems verhindern?

– Einer inhaltlichen Umorientierung der selbstverwalteten sozialen Sicherungssysteme im Sinne einer final orientierten, konkreten Lebenslage-Politik steht gegenwärtig eine Vielzahl von Faktoren entgegen, die z.T. schon auf der Ebene der Problemwahrnehmung präventionspolitische Impulse gleichsam „auszufiltern“ drohen. Wesentliche Beschränkungen ergeben sich bereits aus den – auch für die GKV – grundlegenden sozialpolitischen Steuerungsprinzipien der „Verrechtlichung“ und „Ökonomisierung“, d.h. der Transformation differenzierter sozialer Bedürfnislagen in abstrakte Rechtsansprüche und deren Befriedigung mittels – nach Maßgabe des allgemeinen Wirtschaftsprozesses gestalteter – monetärer Umverteilung (vgl. WSI 1977, S. 89 ff.). Dabei muß gesehen werden, daß die dominierenden Steuerungsprinzipien des Rechts und der Ökonomie untrennbar mit der institutionellen Versäumung und Abschottung sowie der Zentralisierung der Sozialversicherungsträger verbunden sind“ (ebd., S. 126). Beide Faktoren – Steuerungsprinzipien und Organisationsstruktur – „ermöglichen und bewirken eine Sozialversicherungspolitik, die auf einem hohen abstrakten Niveau, d.h. weitgehend losgelöst von konkreten Lebenslagen, vor sich geht“ (ebd.). Hieran bleibt die Arbeit der Selbstverwaltung nicht unberührt: „Entsprechend den Anforderungen einer verrechtlichten und ökonomisierten (monetarisierten) Sozialpolitik“ richtet sie „ihr Augenmerk insbesondere auf zwei Aufgabenbereiche . . . einmal auf die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit (Beitragszahlerorientierung), zum zweiten auf Kontrolle der Recht- und Gesetzmäßigkeit des Verwaltungshandelns“ (ebd., S. 130).

– Neben der „Bürokratisierung“, d.h. der „Transmission von Auffälligkeiten der Umwelt (Krankheiten) in Verwaltungsakte“, stellt die „Professionalisierung“, hier verstanden als die mit vorwiegend „status- und einkommenspolitischen Erwartungen“ verknüpfte exklusive Zuständigkeit der Ärzte, eine weitere dominante Bearbeitungsform von Gesundheitsproblemen dar (Göckenjan 1980, S. 162). In die hierdurch definierten Zielsesteme und Handlungsparameter ist eine präventions- und lebenslageorientierte Politik nur schwer integrierbar. Die Mechanismen der Bürokratisierung und Professionalisierung „überlagern . . . Ziele und Inhalte präventiver Gesundheitspolitik so sehr, daß sie als symbolische Präventionspolitiken leerlaufen“ (ebd., S. 174, Hervorh. U.L.). Dessen zentrale Funktion ist es, „institutionelle Prävention zu verhindern, und zwar durch vielfältige Dethematisierungsstrategien, die im balancierten System der GKV angelegt sind, und durch Strategien der Konfliktverschiebung, insbesondere durch Präsentation alternativer Wahrnehmungsmuster (Risikoverhalten) und korrespondierender Institutioneller Regelungen (Gesundheitserziehung)“ (ebd.).

– Bei der Beurteilung des präventionspolitischen Handlungspotentials der Kassen ist zunächst zu beachten, daß Entwurf und Durchführung von primärpräventiven Maßnahmen zumeist „etablierter Interessen- und Machtpositionen vor allem in den Feldern ihrer Intervention“ berühren (unternehmerische Gestaltungsaufnahme hinsichtlich Technologieeinsatz, Arbeitsorganisation, Produktentwicklung usw.; vorherrschendes medizinisches und gesundheitspolitisches Paradigma) und deshalb zumindest potentiell stets konfliktiv“ sind. „Für die Austragung politischer Konflikte, also als ‚Kampfgelände‘ . . . ist die (RVO; U.L.) Kasse aufgrund der Kapital-Arbeit-Parität in der Selbstverwaltung jedoch explizit nicht konstruiert“ (Rosenbrock 1985, S. 381; Hervorh. U.L.). Diese Parität „hat zu einer politischen Selbstblockade der Selbstverwaltung geführt“, so daß hier „nur das geht, was als kleinster gemeinsamer Nenner der Sozialparteien gelten kann“ (WSI 1977, S. 124).

– Ein weiteres strukturelles Problem der Selbstverwaltung stellt deren „negative Institutionierung“ (Göckenjan 1980, S. 168) gegenüber der hauptamtlichen Geschäftsführung aufgrund eines „Gefälles an inhaltlicher Kompetenz und Verbindlichkeit“ (ebd., S. 165) dar. Dieses „Kompetenzgefälle bedeutet, daß in der Interaktionsbeziehung von Kassenverwaltung und Selbstverwaltungsorganen letztere in der Regel nicht die steuernde Instanz sind, sondern ihnen umgekehrt die Funktion als zentrale Aktions- und Legitimationshebel der Verwaltung zukommt“ (ebd.). Die größten präventionspolitischen Progressionschancen bestehen daher vermutlich zunächst in solchen Kassen, „in denen eine engagierte Geschäftsführung mit einer Selbstverwaltung kooperiert, die bereit ist, in vorgeschlagener Weise ‚mitzuhören‘“ (ebd.). Sofern im umgekehrten Falle präventionsbezogene Initiativen direkt von der Selbstverwaltung ausgehen, scheint deren „Erfolgswahrscheinlichkeit in hohem Maß von der Geschäftsführung abzuhängen“ (ebd., S. 168).

– Als zentrales Defizit der Selbstverwaltung ist schließlich auch die „fehlende Rückkopplung von den Versichertenvertretern zu einer wie auch immer gearteten Basis“ (WSI 1977, S. 126) anzusehen. Ein bekanntes Symptom dieser mangelnden Anbindung ist die schon seit langem äußerst geringe Beteiligung an den Sozialwahlen, von denen vielfach noch nicht einmal soviel ins Bewußtsein der Versicherten dringt, daß es sie überhaupt gibt.

– Zweifellos verweisen die beschriebenen Probleme allesamt auf grundlegende strukturelle Defizite und Fehlkonstruktionen unseres Sozialversicherungssystems, ohne deren Beseitigung (z.B. Wiederherstellung der Versichertennehrheit in der Selbstverwaltung) eine den tatsächlichen Erfordernissen angemessene präventive Gesundheits- und Sozialpolitik kaum denkbar erscheint. Allerdings darf angenommen werden, daß der zu beobachtende Ausprägungsgrad dieser Strukturen und Mechanismen sowie der hieron ausgehenden präventionshemmenden Effekte keineswegs so zwangsläufig und unbeeinflußbar ist, als daß man „vor jeder Veränderungsmöglichkeit auf alle allesamt lösende Strukturreform warten“ müßte (Braun/Reiners/Teske 1983, S. 316). Im folgenden seien einige „Indizien für offensichtlich mögliche Modifikationen angeblich starrer Regelungsstrukturen“ (Braun/Reiners/Teske 1984, S. 154) genannt:

● Die Untersuchung des WZB über das präventionspolitische Handlungspotential von Betriebskrankenkassen hat gezeigt, daß die „Themenkarriere“ (Rosenbrock 1985, S. 386), die das Problem „Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefährden“ innerhalb der Kasse durchläuft, vielfach bereits auf solchen Stufen abgebrochen bzw. „umgebogen“ wird, auf denen sich die „direkt restriktierende, z.B. durch Konfliktivität blockierende Wirkung“ der Arenenstruktur „eigentlich noch gar nicht entfaltet“ (ebd., S. 391). Als Bei-

spiel wird die Tatsache angeführt, daß die BKs zwar größtenteils über Zugänge zu allen sinnvollen Informationsquellen zum Thema „Arbeit und Gesundheit“ verfügen, diese sie aber weder ausreichend nutzen noch zu praktisch verwendbaren Kenntnissen (etwa in Form eines betrieblichen Gesundheits-Berichtssystems) verarbeiten, und zwar, ohne daß sich bereits ernsthafte Widerstände und Blockadetendenzen bemerkbar gemacht hätten (vgl. ebd., S. 387 ff.). Den hier zugrundeliegenden Mechanismus bezeichnen die WZB-Autoren als „Konsensfalle“. Deren Wirkungsweise bestehe v.a. darin, „daß Kassenakteure dazu tendieren, gesundheitspolitische Vorschläge von vornherein so zuzuschneiden bzw. zu reduzieren, daß sie mit der (konsensualen) Kassenroutine verträglich bleiben. Dabei gehen die vermuteten bzw. bei früheren Versuchen erfahrenen interessemitteligen Empfindlichkeiten der anderen Akteure schon in die Struktur und Reichweite der Vorschläge, Projekte und Forderungen ein“. Dieses „antizipative Kompromißverhalten“ limitiert also in der Regel die „Reichweite schon der vorgeschlagenen und erst recht der potentiell durchsetzbaren Projekte auf solche Maßnahmen, die mit keiner (oder allenfalls mit einer) der beiden letztendlich tangierten Interessenpositionen (unternehmerische Gestaltungsaufnahme, dominantes gesundheitspolitisches Paradigma) kollidieren können. Dies führt in der Regel zu gesundheitspolitisch suboptimalen, häufig auch zu wirkungslosen oder zu kontraproduktiven Ergebnissen“ (ebd., S. 391).

● Die Erfahrung zeigt weiterhin, daß die Zielsysteme und Handlungsorientierungen der hauptamtlichen Kassenverwaltung trotz der unbestreitbar hohen Restriktivität ihres bürokratisierten und verrechtlichten Aktionsraumes durchaus nicht so hermetisch gegen präventionspolitische Impulse abgeschottet sind, wie oftmals angenommen. Bei immer mehr Geschäftsführern und Sachbearbeitern führt die „Erfahrung . . ., daß viele sozial für notwendig und sinnvoll erachtete Aktivitäten durch die technischen Möglichkeiten, z.B. der Datenverarbeitung, auch machbar werden“ (Braun 1985, S. 183 f.). Infolgedessen entwickeln sie eine erstaunliche Offenheit gegenüber präventionsrelevanten Aktivitäten, wie z.B. der Ausweitung von Krankenkassen-Routinedaten nach epidemiologischen Kriterien (vgl. Braun 1985, S. 184 ff.). Hier besteht zweifellos ein Ansatzpunkt für entsprechende Initiativen der Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung.

● Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß die vielfältigen Probleme und Defizite, denen sich die Versichertenvertreter in der Selbstverwaltungsarbeit gegenübersehen, keineswegs vollständig mit den dort vorherrschenden Grundstrukturen (z.B. der paritätischen Sitzverteilung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern) erklärt werden können. Vielmehr spielen hier auch Schwächen des „subjektiven Faktors“ eine nicht zu unterschätzende Rolle. Zusammenfassender Ausdruck dieser Schwächen ist die starke Neigung der Selbstverwaltung, „sich immer noch als gesetzesvollziehendes oder sozialverwaltendes, statt als gesetzliches und auch politisches Mitbestimmungsorgan zu verstehen“ (Braun/Reiners/Teske 1983, S. 319).

Das Problem zeitlicher Überforderung wie auch das zuvor angesprochene apolitische Selbstverständnis vieler Versichertenvertreter mit all seinen Folgewirkungen hängt nicht zuletzt mit Defiziten der gewerkschaftlichen Rekrutierung und Qualifizierung der Selbstverwalter zusammen: Ganz generell ist zu sagen, daß „gemessen an den Auswahl- und Qualifikationskriterien in anderen gewerkschaftlichen Mitbestimmungsbereichen (Betriebsräte, Vertrauensleute), . . . die Situation für die Selbstverwaltung weit unterentwickelt (ist)“ (ebd., S. 321). Hier dürfte trotz mancher Fortschritte noch ein enormer Nachholbedarf bestehen (zu Verbesserungsvorschlägen für die gewerkschaftliche Selbstverwaltungearbeit vgl.: ebd., S. 323 f.).

wird fortgesetzt

DAUMEN HALTEN

Jürgen Egert, SPD, kommentiert

Seit dem 16. März 1989 ticken die Uhren auch in der Gesundheitspolitik in West-Berlin anders. Unter der politischen Verantwortung von Senatorin Ingrid Stahmer und Staatssekretärin Ursula Kleinert schicken sich Alternative Liste und SPD an, einen grundsätzlichen Wandel in der Gesundheitspolitik in West-Berlin einzuleiten. Auf der Bundesebene sollen die patientenfeindlichen und sozialschädlichen Folgen der Blümischen „Gesundheitsreform“ rückgängig gemacht werden. Eine Arbeitsgruppe der beiden Parteien soll darüber hinaus initiativ werden, um Vorschläge zur Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Absicherung des Risikos „Pflegebedürftigkeit“ zu erarbeiten. In West-Berlin haben sich die Koalitionäre selbst verpflichtet, eine neue soziale und ökologische Gesundheitspolitik einzuleiten. Eine gemeindenahen Prävention soll helfen, Krankheiten besser zu verhüten. Die steigenden Belastungen der Umwelt sollen abgebaut werden. Schadstoffe in Luft, Wasser und Boden gemindert, der Lärm eingedämmt werden. Die Pflege und Versorgung der kranken, gebrechlichen Bürger und Bürgerinnen soll verbessert werden.

Die ökologischen Zielsetzungen und die Absicht der gemeindenahen Prävention bedingen, daß die Bezirke bei der Wahrnehmung dieser Aufgaben stärker beteiligt werden. Gesundheitszentren sollen vorhandene Aktivitäten besser koordinieren und gesundheitsfördernde Angebote machen. Im Mittelpunkt der Arbeit steht dabei ein verbessertes Angebot für die Versorgung älterer Menschen. Die Reibungsverluste zwischen den verschiedenen Trägern der pflegerischen Arbeit, die sich zu Lasten der Menschen auswirken, sollen abgebaut werden. Um dieses zu erreichen, sollen geriatrische Zentren in den Bezirken eingerichtet werden.

Die Situation der Krankenpflege soll im Rahmen der Möglichkeiten, die die Landesregierung hat, verbessert werden. Für Aus- und Weiterbildung sollen neue Grundlagen geschaffen werden, das Personal soll nach pflegerischer Intensität eingesetzt werden.

Ein entscheidender Wandel in der Gesundheitspolitik drückt sich im Verhalten der Koalitionsparteien zu Einrichtungen der Hochleistungsmedizin aus. Statt des auf Prestige gerichteten weiteren Ausbaus von teuren Zentren der Hochleistungsmedizin sollen alle verfügbaren Mittel für ein abgestuftes Versorgungssystem eingesetzt werden, so daß eine dezentrale, stadtteilnahe Allgemeinversorgung von hoher medizinischer, ärztlicher und menschlicher Qualität gewährleistet ist. Eine Versorgung, in der die psychischen und sozialen Ursachen und Folgen von Krankheiten beachtet werden.

Die Koalitionsparteien verpflichten sich zur Vorlage eines neuen Krankenhausbedarfsplans. Diese Verpflichtung schließt ein, Entscheidungen des CDU/FDP-Senats daraufhin zu überprüfen, ob sie unter Sach- und Kostengesichtspunkten korrigiert werden können. Dabei steht im Mittelpunkt der Überlegung von SPD und AL, gegebenenfalls die Verlagerung des Klinikums „West End“ zum Rudolf-Virchow-Krankenhaus rückgängig zu machen. Die Koalitionspartner lehnen die Privatisierung kommunaler Dienstleistungen ab. Sie werden prüfen, ob auf diesem Hintergrund Entscheidungen des Vorgänger-Senats rückgängig gemacht werden können.

Um die psychosoziale Versorgung zu verbessern, setzen SPD und AL auf den Ausbau des ambulanten Bereichs. Die stationäre Versorgung psychisch Kranke soll gleichzeitig sozial verträglich abgebaut werden. Die Rechte der Betroffenen sollen gestärkt werden. Das Psychiatriegesetz soll unter diesen Zielsetzungen novelliert werden. Planung und Budgetierung im psychosozialen Bereich sollen verstärkt in die Bezirke verlagert werden. Das Abgeordnetenhaus von Berlin wird eine Enquête-Kommission einsetzen, die die Versorgungssituation psychisch Kranke und behinderter Menschen in West-Berlin untersuchen wird.

Die Informations-, Planungs- und Koordinationsgrundlagen für eine Gesundheitsberichterstattung sollen

grundlegend verbessert werden, damit die Voraussetzung für eine wirksame Gesundheitsplanung gegeben sind. Die Gesundheitskonferenz auf Landes- und Bezirksebene soll die an der Gesundheitsversorgung Beteiligten sowie die betroffenen Organisationen zusammenbringen.

Die ehrgeizigen Ziele von SPD und AL werden angesichts knapper Finanzmittel nur dann erfolgreich umgesetzt werden können, wenn es gelingt, die vorhandenen Strukturen und Institutionen im Gesundheitswesen im Interesse der Patienten gelenkiger im Umgang miteinander zu machen. Trotz der eher skeptischen Prognose des Chronisten, was die Beweglichkeit der überkommenen Strukturen angeht, darf man dennoch gespannt sein, ob West-Berlin statt eines Mekkas der Medizin zu einem Mekka der Gesundheit wird. Im rot-grünen Experiment dürfen auch fortschrittliche Gesundheitspolitikerinnen und -politiker die Daumen drücken. □

**Jürgen Egert,
MdB, ist Vorsitzender des Ausschusses für
Arbeit- und Sozialordnung in
Bonn und war an den Berliner Koalitionsverhandlungen beteiligt.**



Foto: Menzen

ES IST GENUG



Foto: Seehafer

Offensichtlich können nur noch Demonstrationen und die Drohung mit Streiks die Einsichtsfähigkeit der öffentlichen Arbeitgeber stärken. In den ersten beiden Verhandlungsrunden haben sie sich schlicht geweigert, auch nur einzugehen, daß es einen Pflegenotstand in der Krankenpflege gibt. 20 Jahre Stillstand bei den materiellen Arbeitsbedingungen der Krankenschwestern und -pfleger sind genug, meint Ellen Gassenmeyer, Pflegedienstleitung des Klinikums der Universität Frankfurt

Fast 20 Jahre alt ist die letzte strukturelle Neugestaltung der Vergütungsordnung für das Krankenpflegepersonal. 1970 wurden unter Berücksichtigung der damaligen Anforderungen die Tätigkeitsmerkmale neu festgelegt und die Eingruppierung nach Alter, nicht wie bis dahin nach Berufsjahren, ausgerichtet. Was damals eine deutliche Verbesserung bedeutete, wird den heutigen Ansprüchen nicht mehr gerecht. 2600 Mark brutto verdient eine Krankenschwester in der Vergütungsgruppe Kr.IV im Alter von 25 Jahren. Und zu mehr wird es bei vielen nicht langen. Einen Berufsbeginn mit 20 Jahren unterstellt, wäre die betreffende Pflegekraft fünf Jahre im Beruf, ein Zeitraum, in dem statistisch geschen bereits eine Abwanderung aus der Pflege erfolgt. Die Verweildauer im Beruf liegt zur Zeit zwischen vier und sechs Jahren. Ein Grund ist sicher die Höhe der Einkünfte, nach einer Studie des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung in Köln liegt die Bundesrepublik mit der Bezahlung des Pflegepersonals im Vergleich mit den westlichen Industrienationen an 16. Stelle. Die Ärzte haben es da besser, ihre Einkommen nehmen neben denen in den USA einen Spitzenrang ein.

Ebenfalls zwanzig Jahre alt sind auch die zur Zeit gültigen Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Berechnung des Personalbedarfs. Die einzige Änderung bestand bisher darin, die inzwischen vollzogene Verkürzung der Arbeitszeit mit zu berücksichtigen. Für die Beschäftigten in der Krankenpflege bedeuten die veralteten Berechnungsgrundlagen ständige Leistungsverdichtung, unplanbare Frei- und Dienstzeit, an eine Fünf-Tage-Woche ist in der Regel nicht zu denken. Hinzu kommt, daß die Auszubildenden, deren Vergütung bis zu 200 Mark abgesenkt wurde, auf den Stellenplan angerechnet werden. Für die praktische Ausbildung auf der Station gibt es nicht genügend ausgebildetes Personal. Die Folge ist nicht nur, daß die erforderliche und mögliche Pflege der Patienten nur noch bedingt geleistet werden kann, der Leistungsdruck wirkt sich auch gesundheitsgefährdend auf die Pflegekräfte aus.

Nicht mehr zeitgemäß sind schließlich die Möglichkeiten der außerbetrieblichen Weiterbildungen. Sie müssen seit Jahren überwiegend selbst und unter persönlichen Opfern finanziert werden. „Rechnen“ tut sich der Aufwand nicht: Die Aufstiegschancen in der Krankenpflege sind gering und finanziell unattraktiv.

Dieser Stagnation steht auf der anderen Seite eine dynamische Entwicklung der Aufgaben der Krankenpflege gegenüber. Der medizinische Fortschritt, die Zunahme der Patienten im hohen Lebensalter und die Verkürzung der Verweildauer der Patienten im Krankenhaus haben zu einem hohen qualitativen und quantitativen Bedarf von Pflegepersonal geführt. Gestiegen sind die Anforderungen an Lehrende und Lernende in Theorie und Praxis durch die Novellierung des Krankenpflegegesetzes im Jahr 1985. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand auf den Gebieten der Pflegetheorien, der Arbeitswissenschaften und der psychosozialen Bedürfnisse hat sich ständig erweitert. Um die Anforderungen jedoch nur ansatzweise in die Praxis umzusetzen, fehlen die Voraussetzungen. Die Pflegkonzeptionen und Arbeitsstrukturen sind hinter den Erkenntnissen zurückgeblieben.

Gewandelt haben sich aber auch die Lebensverhältnisse der Pflegekräfte. Die Zahl der alleinstehenden Krankenschwestern, die in zwar preiswerten, aber dafür unzureichenden Personalunterkünften wohnte, ist rückläufig. Das Krankenpflegepersonal will ein eigenständiges „normales“ Leben führen, angewiesen ist es deshalb auf adäquate Vergütungen und Sozialleistungen.

Die Diskrepanz zwischen gestiegenen Anforderungen und Ansprüchen und der fast zwanzigjährigen Stagnation mußte zwangsläufig zum Pflegenotstand führen. Handlungsbedarf gab es nicht erst seit 1987, als der Mangel an Pflegepersonal und Auszubildenden erneut augenfällig wurde. Schon Anfang der achtziger Jahre war eine Anpassung der Arbeitsbedingungen an die gestiegenen Anforderungen an die Krankenpflege längst überfällig. Änderungen kamen jedoch nicht zustande, da kurzfristig nach dem marktwirtschaftlichen Gesetz von Angebot und Nachfrage gehandelt wurde. Zu dieser Zeit gab es noch einen steilen Aufwärtstrend in der Stellenbesetzung im Pflegedienst und im Zustrom von Auszubildenden in die pflegerischen Berufe.

Ein wichtiger Bestandteil erforderlicher Verbesserungen besteht in der Neugestaltung des für das Pflegepersonal gültigen Tarifvertrags. Die Gewerkschaft ÖTV ist mit einem entsprechendem Forderungskatalog in die erste Verhandlungsrunde am 28. Februar eingetreten. Um kurzfristig Ergebnisse zu erzielen, soll zunächst auf der Basis der für Pflegekräfte geltenden Anlage 1b zum BAT verhandelt werden.

Die Arbeitgeber haben bislang kein Verhandlungsbasis vorgelegt. Statt dessen wird von ihnen die Existenz des Pflegenotstands gelehnt, und es wird vermutlich versucht, über die Erörterung von Manteltariffragen sich Verbesserungen der Vergütung „abkaufen“ zu lassen. Zur Disposition gestellt



Zytglogge

Bücher aus der Praxis
für die Praxis

Erica Brühlmann-Jecklin



Vogelbeeren

Frauen und ihre
kranken Geschichten

Zytglogge

Krankheit beginnt nicht
dort, wo die Symptome
erstmals auftauchen.
Sie hat mit der Lebensge-
schichte des Kranken zu
tun. Manchmal scheint sie
Teil eines Reifeprozesses
zu sein. Werte werden neu
geordnet.

Erica Brühlmann-Jecklin



Irren ist ärztlich

Analyse einer Krankengeschichte

Zytglogge

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

werden soll zum Beispiel der Paragraph 15/7 BAT, der Wege- und Umkleidezeiten als Arbeitszeit definiert. Erstaunlich ist in diesem Zusammenhang, daß einzelne Krankenhausträger ernsthaft über die Gewährung von außertariflichen Zulagen zur Verbesserung ihrer Konkurrenzfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt nachdenken. Gäbe es genug Krankenschwestern und -pfleger, so wäre ein solcher Schritt kaum zu erwarten.

Mit Verbesserungen des Tarifvertrags ist aber nur ein kurzfristiger Effekt zu erzielen. Dringend notwendig ist eine Veränderung der Anhaltszahlen. Nach Paragraph 19 des Krankenhausgesetzes ist es Aufgabe der Krankenkassen und der DKG, unter anderem Empfehlungen für Maßstäbe und Grundsätze der Bemessung des Personalbedarfs mit dem Ziel der Einigung zu erarbeiten. Im Fall der Nichteinigung soll der zuständige Bundesarbeitsminister die Initiative zur Regelung ergreifen. Die von der DKG erbrachten Vorgaben sind bislang nicht durchgesetzt. Dem Vernehmen nach beabsichtigt der Bundesarbeitsminister, demnächst als erstes über Vorgaben für die psychiatrische Krankenpflege und die Anrechnung der Krankenpflegeschüler auf den Stellenplan zu entscheiden. Es kann unter Umständen noch Jahre dauern, bis die Personalbemessungsgrundlagen für die übrigen Bereiche neu definiert sind.

Restriktive Änderungen des Arbeitsförderungsgesetzes aus den letzten Jahren müssen zugunsten der Förderung der Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen rückgängig gemacht werden. Verbesserte Sozialleistungen müssen dringend angeboten werden, zum Beispiel Kindertagesplätze mit Öffnungszeiten für den Schichtdienst, die Schaffung und Unterhaltung betriebseigener Kindertagesstätten oder auch Wohnraums zu bezahlbaren Preisen.

**Wenn die
Konkurrenzfähigkeit
eines Krankenhauses
gestärkt werden soll,
bäckt ein Arbeitgeber
auch schon einmal
kleine Brötchen:
Dann gibt es
nämlich plötzlich
Pflegenotstand, und
man zahlt ein paar
Mark drauf, um eine
Schwester zu
bekommen**

Durch Demonstrationen in verschiedenen Regionen der Bundesrepublik haben Krankenschwestern und -pfleger erstmals über die Grenzen von Verbandszugehörigkeiten hinaus deutlich gemacht, daß sie nicht gewillt sind, die derzeitige Lage weiter hinzunehmen. Das Ziel, gemeinsam die Arbeits- und Lebensbedingungen zu verbessern, hat eine noch nie zuvor dagewesene Solidarität erzeugt. Und es wächst die Bereitschaft der Pflegenden, für ihre Forderungen in den Streik zu treten. Bedacht werden muß dabei jedoch, daß nur Mitglieder einer tariflichen Gewerkschaft ohne Gefahr einer Maßregelung durch den Arbeitgeber streiken können. Weitere Aktionen sind notwendig und bieten die Chance, gemeinsam die Interessen der Pflegenden durchzusetzen. Fast zwanzig Jahre warten sind genug. □

Schwerpunkte der tariflichen Forderungen der ÖTV

Streichung der untersten Vergütungsgruppe Kr. I.

Entscheidende Höherbewertung der unmittelbaren Krankenpflege am Krankenbett.

Honorierung der beruflichen Erfahrung durch Zeitaufstiege.

Aufnahme der Altenpfleger und -innen in die Vergütung für das Krankenpflegepersonal (bisher gab es für diese Berufsgruppe keine tarifvertragliche Regelung).

Deutliche Erhöhung der Entgelte für

Ausbildende.

Ablösung der Unterstellungsverhältnisse als Eingruppierungsmerkmal. Statt dessen die Honorierung fachlicher Kompetenz und Verantwortung.

Bessere Bewertung der Unterrichtstätigkeit an Krankenpflege- und Altenpflegeschulen sowie an Fort- und Weiterbildungsstätten.

Honorierung von Zusatzausbildungen.

Anpassung der Vergütung leitender Pflegekräfte an deren aktuelle Aufgabe und Stellung im Betrieb.

„RISIKOPATIENT“

Am Göttinger Institut für Humangenetik wird seit Anfang des Jahres ein Gentest auf die Huntingtonsche Krankheit angeboten. Um die Schutzbedürfnisse und -interessen der Betroffenen zu wahren, hätte man sich an den Testrichtlinien der internationalen Huntington-Laienorganisation orientieren können. Man wollte nicht und stellte eigene Richtlinien auf. Kai Krahnen hat sie sich genauer angesehen

kungsrisiko zu besitzen. Die Chorea Huntington führt aufgrund einer Stoffwechselstörung zu einer Degeneration des Zentralnervensystems. Dadurch kommt es zu Einschränkungen der Motorik, des Intellekts und dadurch schließlich auch der Psyche. Die Krankheit beginnt in der Regel im Alter von 35 bis 50 Jahren und zieht sich über ein bis zwei Jahrzehnte hin. Eine erfolgreiche Therapie gibt es bisher nicht.

Für einen Betroffenen, der vor Ausbruch der Krankheit als krank diagnostiziert wird, können sich drastische Konsequenzen ergeben. Zum einen steht er großen psychischen Belastungen gegenüber, da ihm das Testergebnis zunächst keinerlei Therapiemöglichkeiten erschließt, sondern ausschließlich seinen genetischen Status als „krank“ definiert. Obwohl er noch frei von Symptomen ist, hat er die annähernd hundertprozentige Sicherheit, irgendwann zu erkranken. Obwohl noch gesund, beginnt seine Umwelt ihn als „Kranken“ zu betrachten. Hinzu kommen zum anderen psychosoziale und sozioökonomische Schwierigkeiten (Arbeitsplatz, Versicherungen zum Beispiel), die sich ihm entgegenstellen.

Bei den derzeitigen Testverfahren muß der Krankheitsverlauf über drei Generationen hinweg verfolgt werden, um eine zuverlässige Aussage machen zu können. Auf diese Weise sammelt sich eine große Menge genetischer Daten an, die eine sogenannte „aktive Beratung“ ermöglichen können. Das heißt, der behandelnde Arzt recherchiert in der ganzen Familie bis hin zu entfernten Verwandten unter der Fragestellung, wer noch eventuell Erbträger der Krankheit sein könnte. Informationen über den genetischen Status werden dabei oftmals an bislang nicht informierte Personen herangetragen.

Das Verfahren birgt die Gefahr, daß Betroffene ohne angemessene Vorbereitung zu einem Test verleitet werden könnten. Die massenhafte Speicherung genetischer Informationen und der Aufbau von Datenbanken und Archiven in den entsprechenden Zentren führt außerdem zu der Problematik eines möglichen Mißbrauchs zu bevölkerungspolitischen und „eugenischen“ Zwecken.

Diese Gefahr wird deutlich, wenn man verfolgt, wie die Frage des Rechts auf Wissen versus des Rechts auf Nichtwissen von M. B. Shaw im „American Journal of Medical Genetics“ im April 1987 erörtert wurde. Mit der Formel einer „Pflicht zu wissen“ forderte sie, die Geburtenrate von Huntington-Erbträgern zu senken, um so schließlich die Krankheit „ausrotten“ zu können. Der mit solchen Aussagen entstehende soziale Druck auf eine Minderheit erzeugt ein repressives Klima – eine der sozialrisikenreichen Konsequenzen, die mit dem Testverfahren verbunden sind.

E

ine der bislang wenigen Erbkrankheiten, für die ein „Gentest“ bereits entwickelt und zur Anwendung gebracht wurde, ist die Huntingtonsche Krankheit. 1983 wurde in den USA ein Test auf genomanalytischer Grundlage entwickelt, der eine vorzeitige Diagnose ermöglichen soll. Noch aber ist es nicht möglich, das Gen genau zu identifizieren, Voraussetzung für eine eventuelle Therapie. Die Testgenauigkeit liegt derzeit zwischen 90 und 96 Prozent.

Die weitreichenden Folgen, die ein solcher Test für die Betroffenen hat, hängen eng mit der Huntingtonschen Krankheit zusammen. Es handelt sich dabei um eine autosomal-dominant vererbhbare Krankheit, das heißt, die Kinder eines an ihr erkrankten oder gestorbenen Elternteils leben mit der Gewißheit, ein 50prozentiges Erkran-

Schon einmal war versucht worden, die Krankheit auszurotten. In den dreißiger und vierziger Jahren wurden systematisch Familienstammbäume von Huntington-Kranken – damals unter dem Namen „erblicher Veitstanz“ – erfaßt. Ziel war dabei die „Ausmerze“ des Gens durch Sterilisation, Isolation und/oder „Euthanasie“ der Erbträger. Dicsem erbziologischen und rasszygogenen Vernichtungsprogramm sind mehrere hunderttausend Menschen zum Opfer gefallen.

Diese Problematik hat die „Huntington-Gesellschaft“ sensibilisiert, gerade dort, wo die Betroffenen in eine unfreiwilige Vorreiterrolle genomanalytischer Testverfahren geraten sind, auf Risiken hinzuweisen und Rechte einzuklagen. Gefordert wird von ihr unter anderem ein Verbot der „aktiven Beratung“, ein Recht auf genetische Selbstbestimmung und eine uneingeschränkte Beachtung der Richtlinien der „International Huntington Association“ (IHA).

Vor allem wegen der psychischen und psychosozialen Folgen, die ein Test haben kann, fordern sowohl die IHA als auch die „Research Group on Huntington's Chorea“, eine Forschungsgruppe in der Welt-Neurologen-Föderation, eine Vor- und Nachsorge für den Test. In diesem Sinn wurde von der IHA ein Richtlinienkatalog verabschiedet, der für die Durchführung des Tests verbindlich sein soll. Darin wird festgelegt, welche Vorsorgemaßnahmen getroffen werden sollen, und es wird eine möglichst umfangreiche vorausgehende Information über die möglichen Folgen eines Tests gefordert. Die Betroffenen sollen mehrmals im Verlauf der Vorbereitung vor die Entscheidung gestellt werden, ob sie den Test wirklich durchführen lassen wollen. Diese Frage soll auch unmittelbar vor der Bekanntgabe des Befunds noch einmal wiederholt werden. Besonders nach der Bekanntgabe eines positiven Befunds ist eine weitere Betreuung – auch in psychologischer Hinsicht – besonders wichtig. Das Testzentrum soll deshalb auch weiterhin mit den Betroffenen in engem Kontakt bleiben.

Dic ersten drei Pilotprojekte starteten in den USA, bei denen diese Richtlinien in etwa auch befolgt wurden. Mittlerweile gibt es weltweit über ein Dutzend solcher Projekte, unter anderem auch in der Bundesrepublik. Seit Anfang dieses Jahres wird der Gentest für die Huntington'sche Krankheit in Göttingen angeboten, nachdem bereits letztes Jahr eine erste Testphase in der Landesklinik Düsseldorf im Rahmen eines Pilotprojekts mit umfangreichen Durchführungsrichtlinien angelaufen ist.

Das Team des Göttinger Instituts für Humangenetik, Professor W. Engel, Frau Dr. U. Thies und Frau Dr. B. Zoll, hat sich für seine Arbeit eigene Richtlinien gegeben. Diese sei-

Ist es etwas anderes als eugenisches Denken, wenn Wissenschaftler den Betroffenen eine „Pflicht zum Wissen“ abverlangen, um die Krankheit „ausrotten“ zu können?



en „auf Grundlage der IHA-Richtlinien erarbeitet“ worden, heißt es von den Wissenschaftlern, doch bei genauem Hinsehen muß man feststellen, daß von den zentralen Forderungen der IHA nur ein Gerüst geblieben ist.

Positiv ist zu vermerken, daß explizit gegen die „Beteiligung privater und auf kommerzieller Basis arbeitender Labors“ und gegen eine „aktive Beratung“ Stellung bezogen wird. Das aber ist eher funktionalistisches Selbstverständnis aller humangenetischen Universitätsinstitute in der Bundesrepublik als eine erwähnenswerte Einnahme eines besonderen Standpunkts. Bei allen Diskussionen, die in Göttingen kontrovers stattgefunden haben mögen, muß den vorgelegten Richtlinien und ihren Autoren vorgeworfen werden, daß elementarste Bestandteile der IHA-Richtlinien gestrichen, entstellt und verdreht wurden. Offensichtlich hatte die „Praktikabilität“ Vorrang.

Fallengelassen wurden zum Beispiel die wichtigsten Bestandteile der Vor-testphase, nämlich Informationen nicht nur über die Krankheit, Erbmodus und Test anzubieten, sondern auch über die damit verbundenen psychischen, soziökonomischen und sozio-politischen Probleme und Konsequenzen. Bestandteile, die die IHA für verpflichtend hielten, sind zu Empfehlungen geschrumpft. Erreicht wird so, daß wichtige Aufgaben, die das Testzentrum tragen sollte, dem einzelnen Ratsuchenden übertragen werden. Kurz: Vortestberatung und -betreuung sowie die Nachbetreuung – nach den Richtlinien der IHA fest im Procedere institutionalisiert – werden den Risikopersonen aufgebürdet. Dem geforderten Anspruch, daß der Test als Paket eine Einheit von Vortestphase, Test, Ergebnis-Mitteilung und Nachbetreuung bilden soll, wird das Göttinger Verfahren nicht gerecht.

Die verbleibenden Bestandteile der dortigen Richtlinien unterscheiden sich dann auch nicht mehr wesentlich von „normalen“, das heißt, nicht in gesonderte Richtlinien eingebettete Testverfahren. Forschungsinteressen scheinen gegenüber den Schutzinteressen der Ratsuchenden im Vordergrund zu stehen. So sollen Verwandte zwar gleich neurologisch mit untersucht werden, ohne daß die Untersuchungen – wo, wie, in welchem Umfang – erläutert werden. Außerdem ist eine Einbeziehung dieser Verwandten in die Vortest-betreuung nicht vorgesehen, obwohl

sie sich bei Erhalt der Test-Ergebnisse den gleichen Risiken und Problemen gegenüber schen wie die eigentlichen Testteilnehmer. Kommentarlos wird die „Asservierung von DNA eines Kranken in einer Familie auf jeden Fall ganz wichtig“ gefunden, ohne zu erklären, für welche der beteiligten Stellen dies gilt.

Einer der heikelsten Punkte der Testeinführung ist die „Ferndiagnostik“, das Testen einer Person, ohne daß diese selbst zum Zentrum kommt. Ein Schweizer Team, das die eingeschickte DNA einer Würzburger Huntington-Familie molekulärbiologisch untersucht hat, ohne die IHA-Richtlinien zu beachten, mußte einen Suizid verantworten. Zwar machen die Göttinger ausdrücklich ein Hinzuziehen der lokalen humangenetischen Beratungsstelle und eine Festlegung auf die von ihnen erstellten Richtlinien zur Voraussetzung. Aber es sind gerade die fatalen Verkürzungen in diesen Richtlinien, die die vorgegebene Sorgfalt absurdum führen.

Das „Gentest-Angebot“ der Göttinger ist weit davon entfernt, den Schutzinteressen und -bedürfnissen der Betroffenen entgegenzukommen. Dafür spricht schon die unsensible Terminologie, die aus Risikopersonen immer wieder „Patienten“ macht und in dem Versprecher „Risikopatient“ gipfelt. Dafür spricht auch, daß bislang noch nicht einmal der Versuch gemacht wurde, sich mit den Kritikern einer überstürzten Test-Einführung in Verbindung, geschweige denn auseinanderzusetzen. Es bestehen weder Kontakte zur Huntington-Gesellschaft noch zum Internationalen Richtlinien-Komitee.

Die Göttinger Richtlinien sind nicht nur ein Schlag ins Gesicht der Laienorganisationen, die seit 1984 für die Einführung von internationalen Richtlinien gekämpft haben. Sie sind zudem weitgehend eine Täuschung der Laien, weil sie einen gezielt falschen Eindruck erwecken. Damit stellt sich auch die emphatische Selbsteinschätzung der Regelungen in Frage, nach der die angebotene Diagnostik für die Huntington'sche Krankheit „keine Krankheitsprävention“ darstellt. □

Die Richtlinien der IHA, Problemstellungen und Hintergründe zu den Auseinandersetzungen in der Bundesrepublik und die Einführung des Tests auf die Huntington'sche Krankheit hat die Huntington-Gesellschaft in ihrer Richtlinien Broschüre veröffentlicht. Sie kann bestellt werden bei der Huntington-Gesellschaft, Dettenseer Straße 18, 7426 Empfingen

Kal Krahn ist Mitglied im Vorstand der Huntington-Gesellschaft und im „International Committee on Predictive Testing on Huntington's Disease“



Sharon Fonn von der Workers' Information Group in Johannesburg berichtet von einer Befragung gewerkschaftlich organisierter Frauen: „Das erste, was sie beschreiben, ist nicht der niedrige Lohn oder die Angst vor Arbeitslosigkeit oder die Härte der Arbeit, sie sprechen zuerst von Müdigkeit, ewig und alles durchdringend. Sie sprechen von den langen Stunden, die sie für die Anfahrt brauchen, und der langen Arbeitszeit, auf der Arbeitsstelle und dann zu Hause. Sie sprechen von der Angst vor Gewalt, wenn sie zur Arbeit fahren oder nach Hause zurück, von der Angst vor Vergewaltigung und der Angst um die Kinder.“

Erzwungene Umsiedlungen und das Homeland-Konstrukt führen dazu, daß die Männer monatlang die Familie verlassen müssen, um Arbeit zu finden. Damit erhöhen sich nicht nur die Ausgaben für die Familien – bei ohnehin minimalen Löhnen – in eklatanter Weise, die Familie selbst existiert im Grunde nicht mehr. In den ländlichen Regionen des Bantustan sind in 59 Prozent der Familien Frauen das Familienoberhaupt. Darüber hinaus befördelt das Wanderarbeitssystem die Ausbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten. „Wie kann man erwarten“, fragt Nkosozana Zuma vom ANC, „daß Jemand, der elf Monate des Jahres von zu Hause weg ist, nur einen Partner hat, wie es in der Aids-Prävention angepriesen wird?“



Eindringlich schildert Stephanie Urang vom American Committee on Africa, was sie in den Flüchtlingslagern der Frontstaaten erlebte: „Es gab Frauen, die während meines Besuchs ihr zweites Kind verloren hatten, aber die noch mit Lebhaftigkeit sprechen, lachen und von der Rückkehr in ihr Dorf träumen konnten. Es gab Frauen, die erschöpft und schmerzerfüllt aussahen. Was mich am stärksten betroffen machte, waren die, die herumsaßen, bewegungslos und ohne Ausdruck im Gesicht. Sie starnten wie leblos auf die Besucher.“

Frauen und Apartheid

Erst kürzlich debattierten Leser in der „Ärzte-Zeitung“, ob es denn den Schwarzen in Südafrika wirklich so schlecht gehe, wie Apartheidgegner dreist behaupten. In Wirklichkeit, so die eine Seite, sei das Ganze doch nicht so schlimm, viel besser jedenfalls als anderswo auf diesem großen Kontinent. Die andere Seite präsentierte Zahlen, die sich nicht daran messen lassen wollen, ob es außerdem noch größere Not gibt.

Frauen unter der Apartheid – dem Thema, dessen sich jetzt Medico international in einem Dokumentationsband angenommen hat, ist leider so leicht nicht beizukommen. „Der Skandal ist“, schreibt im Editorial Eva Wichtmann, „daß es Beweistücke nicht gibt“, die belegen könnten, wie es um die Gesundheit schwarzer Frauen in Südafrika und von der Apartheidspolitik bedrohten Ländern bestellt ist. Als eine der Autorinnen des Bandes in südafrikanischen Archiven nach Informationen über Frauen und Gesundheit sucht, findet sie nur eine einzige Quellenangabe: Weiße Frauen geben ihrer Besorgnis über die Ansteckungsgefahr aus der benachbarten Schwarzensiedlung Ausdruck.

Und doch findet das Thema langsam mehr Beachtung: bei den Workshops an der schwarzen Columbia-Universität in New York, die der Medico-Band dokumentiert, bei Tagungen der WHO zur Müttersterblichkeit in Afrika, die nicht mehr allein in Forderungen münden, mehr Milchpulver für Kleinkinder an die Mütter auszugeben, sondern in denen offiziell formuliert wird, daß es die Reduktion der Frau auf ihre reproduktiven Fähigkeiten ist, die ihre Gesundheitsversorgung der Konjunktur des Kinderkriegs unterordnet. Afrikanische Frauen forderten dort offen, zukünftig als eigenständige Personen einer besseren Gesundheit für wert befunden zu werden und nicht nur als Schaltstellen, von der die Gesundheit der Kinder und der Familie abhängt.

Ein Vorwurf, den sich auch das allenthalben hochgelobte Konzept der Primary Health Care gefallen lassen muß, das Frauen zwar einerseits begünstigt, aber oft statt Entlastung nur noch mehr Anforderungen an sie stellt, eben weil sie für die Versorgung – Wasser, Nahrungsmittelbeschaffung und -zubereitung, Hygiene – zuständig sind. Erst wenn sich durchsetzt, daß die Gesundheit von Frauen nicht nur wichtig ist, weil die Gesundheit der Familie wichtig ist, wird auch die Philosophie des Primary Health Care den Schatten los, daß ihre ursprünglich besten Absichten einfach umgekehrt werden können: Auch Südafrika hält sich unter dem Etikett der Primary Health Care Gesundheitsdienste, in denen Milchpulver für Kleinkinder an schwarze Frauen nur dann ausgegeben wird, wenn sie sich zuvor „kontrazeptiv behandeln“ lassen.

Eine scharfe Abgrenzung zu solchen Befriedungs- und Unterdrückungsabsichten war Grund dafür, daß sich in Theorie und Praxis der Gesundheitsarbeit in Südafrika ein neues radikal-demokratisches Modell herausschält: Progressive Primary Health Care (PPHC), was meint, daß die politische Kontrolle von Gesundheit durch die Bevölkerung selbst realisiert werden muß. Ein Fortschritt, sicher, der die politischen Bedingungen nicht ausklammert. „Allerdings“, so Eva Wichtmann, „scheint die oppositionelle Gesundheitsbewegung Gefahr zu laufen, auch hier die ‚Frauenfrage‘ unter der ‚Community‘-Trägerschaft abzuhandeln.“

Trotzdem lohnt es, den englischsprachigen Dokumentationsband zu lesen, eröffnet er doch Einsichten in die realen Lebensbedingungen schwarzer afrikanischer Frauen und die Diskussion im Exil.

ud

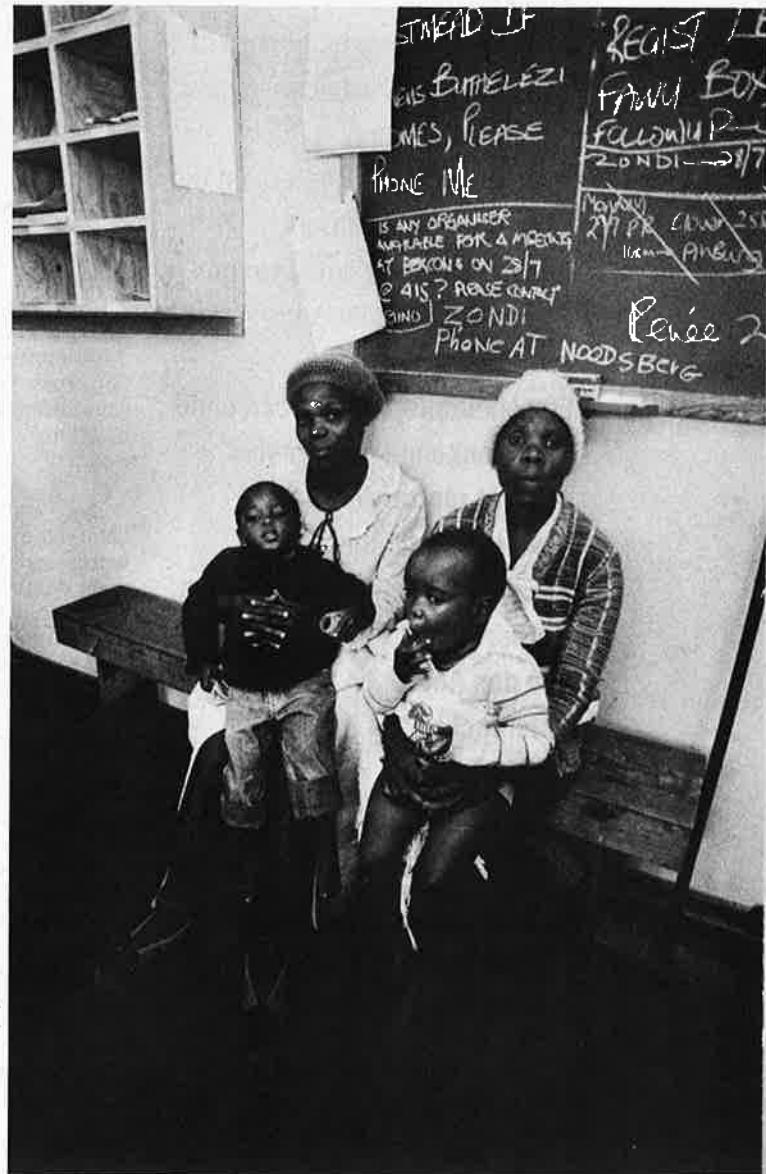


Foto (4): medico / afapix

Primary Health Care richtet sich auch mit seinen Aufklärungsbemühungen zur Ernährung hauptsächlich an Frauen. Doch nützt dies, selbst wenn die Frauen die Nahrung zubereiten, wenig, da in allen ländlichen und den meisten städtischen Haushalten Männer zuerst essen und die besten Happen serviert bekommen, wie eine Untersuchung der Universität Zimbabwe ergab. Außerdem akzeptieren sie weder ihre Frauen noch weibliche Berater, wenn es um Ernährung geht. Männer hielten generell nichts von Ernährungsberatung, und wenn, dann höchstens die durch einen männlichen Arzt. Sie fanden es „schwierig, Frauen ernst zu nehmen“.

WILDE

Heute wie gestern arbeitet die Krankenpflege unter Bedingungen, die nicht anders als unzumutbar zu nennen sind, auch wenn einiges erreicht wurde. Heute wie gestern ist der Widerstand zersplittert. Ansätze, sich für eine bessere Pflege einzusetzen, sind Leistungen von Einzelkämpferinnen. Doch ohne das Krankenpflegepersonal wäre es nie zu einer gewerkschaftlichen Krankenhauspolitik gekommen. Norbert Andersch hat die Zeit von den Anfängen bis 1933 untersucht

Als sich in der Mitte des 19. Jahrhunderts die industrielle Arbeiterschaft rasant ausdehnte und sich im Proletariat die familiären Bindungen – auch im Falle von Sicchum und Krankheit – auflösten, wurde die Errichtung öffentlicher Krankenanstalten dringend notwendig. Der Zustrom von Arbeitswilligen in die Fabriken hatte die Einwohnerzahlen der großen Städte sprunghaft ansteigen lassen. Schwere Epidemien kamen hinzu und führten bereits 1835 in Preußen zu einer Gesetzesinitiative, die Gemeinden von über 5000 Einwohnern die Bildung von Sanitätskommissionen auferlegte, die bei Ausbruch von Seuchen die erforderlichen Räume zur Betreuung und Behandlung zur Verfügung stellen mußten.

Doch erst als im Jahr 1884 die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt wurde und die Krankenhausträger erstmals damit rechnen konnten, daß die erbrachten Leistungen auch in größerem Umfang abgegolten würden, stieg der Krankenhausbau massiv an. Alle großen staatlichen und städtischen Krankenanstalten wie die von Leipzig, Berlin, Hamburg-Eppendorf, Barmen, München-Schwabing entstanden im letzten Drittel und zu Beginn des 20. Jahrhunderts.

Die Entwicklung eigener Krankenhausberufe, besonders im ärztlichen und pflegerischen Bereich, brachte für die gewerkschaftliche Organisationsfähigkeit einige Besonderheiten mit sich. Anders als diejenigen, die im Arbeiter- und Verwaltungsbereich im Krankenhaus tätig und schon früh in hoher Zahl gewerkschaftlich organisiert waren, übten Ärzte und Schwestern besondere Tätigkeiten aus, da die erbrachte Arbeits- und Dienstleistung nicht mittelbar über einen Konsumenten erfolgte, sondern direkt am Patienten erbracht wurde. Die Krankenpflege sah sich in der Nachfolge von früher in der Familie unentgeltlich ausgeführten Tätigkeiten, und zwangen besonders die kirchlichen und karitativen Träger nicht, der Arbeit entsprechende Entgelte zu zahlen.

In den städtischen Einrichtungen bestand das Hilfspersonal der Krankenhäuser im 19. Jahrhundert im wesentlichen aus Wartefrauen und Wärtern, die unter die Gesindeverordnung fielen und im persönlichen und arbeitsrechtlichen Verhältnis weitgehend unfrei waren. Erst zum Ende des Jahrhunderts entwickelte sich im Krankenhaus daraus eine Pflegetätigkeit im umfassen-

den Sinne, da die Tätigkeit der Wartefrauen und Wärter vorher vorwiegend in Bewachung und Aufsicht, aber auch Disziplinierung der großteils zwangseingesetzten Hilflosen bestand.

Nach der industriellen Revolution konnten die „ortsangehörigen und proletarischen Wärterinnen“ den vermehrten und neuen Pflegeaufgaben nicht mehr gerecht werden und waren auch zu teuer, wie Hilde Steppé nachgewiesen hat. Die Umwandlung der Krankenhäuser aus Verwahr- in zumindest teilweise Behandlungseinrichtungen wie auch die stürmische Entwicklung in der medizinischen Wissenschaft machten einen eigenständigen Krankenpflegeberuf unverzichtbar. Die höher spezialisierten Tätigkeiten konnten dabei von dem Wartepersonal häufig nicht mehr geleistet werden. In diesem Zusammenhang entstand der Gedanke, bürgerliche Frauen in großem Umfang für den Pflegebereich zu rekrutieren. Die Arbeit wurde jedoch als Ausdruck einer Berufung oder selbstlosen Aufopferung mit allenfalls ideeller Anerkennung dekoriert, ein Faktum, das die Krankenpflege lange relativ lange davon abhielt, sich als Berufsgruppe mit der Arbeiterbewegung und der proletarischen Frauenbewegung zu solidarisieren, wie Steppé es einschätzt.

Unentgeltliche oder zumindest nicht lohnabhängige Tätigkeit im Pflegebereich des Krankenhauses blieb noch lange vorherrschend und ließ auch die entstehende reguläre lohnabhängige Tätigkeit sogenannter freier Schwestern keine Gleichstellung mit anderen lohnabhängigen Arbeiten erfahren.

Das Pflegepersonal im Krankenhaus zählte um 1900 rund 30 000 Personen, davon 25 000 Frauen, wie das ÖTV-Magazin 1984 angab. Laut Emil Fritz stieg ihre Zahl dann auf circa 70 000 im Jahr 1910, 90 000 im Jahr 1927 und mehr als 130 000 im Jahr 1938. Der Anteil der Frauen betrug dabei immer mehr als 80 Prozent. Wie groß der Einfluß der nicht-lohnabhängigen Schwestern mit Gestellungsverträgen und Mutterhausbindungen war, läßt sich daran ermessen, daß für das Jahr 1926 22 500 Diakonieschwestern angegeben werden, für das Jahr 1936 mehr als 38 000 Caritasschwestern und für 1939 mehr als 18 000 DRK-Mutterhaus-schwestern.

Die Arbeitsbedingungen des Warte- und Pflegepersonals um die Jahrhundertwende, aber auch noch zum Ende

SCHWESTERN?



Foto (2): Stiftung preußischer Kulturbesitz

des 1. Weltkriegs können nur als miserabel bezeichnet werden. Dies bezieht sich nicht allein auf die extrem langen Arbeitszeiten, sondern auch auf Unterbringung, Kost, Gesundheitsgefährdung, eine mangelnde Ausbildung sowie zum Teil die Kasernierung durch den Arbeitgeber.

Die Arbeitszeit wird in einer erstmals 1904 von der Gewerkschaft veröffentlichten Berufsstatistik mit mindestens 14 Stunden, Nachtwachen nicht inbegriffen, angegeben. 1910 betrug die durchschnittliche Arbeitszeit zwischen 11 und 13½ Stunden ohne Pausen. Laut der Statistik des Verbands der Gemeinden- und Staatsarbeiter, die Claudia Bischof zitiert, mußten mehr als ein Drittel der Krankenpflegepersonen noch 14 bis 17½ Stunden ununterbrochen arbeiten. Die reguläre Arbeitszeit wurde dabei aber durch ein System von sogenannten „Schlafwachen“ erheblich verlängert. In 15 Prozent der 1910 befragten Krankenanstalten wurde überhaupt keine dienstfreie Zeit gewährt.

Erst die gesetzliche Einführung des Acht-Stunden-Tags brachte eine deutliche Verbesserung. Eine von der Gewerkschaft im Oktober 1920 erstellte Statistik zeigte, daß in 467 Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten von 30 962

Pflegepersonen 19 887 acht Stunden, 3024 bis zehn Stunden, 4085 bis 12 Stunden und 3356 bis 15 Stunden arbeiteten.

Miserabel waren auch, wie von Bischof, Steppe, Fritz, Labisch und anderen Autoren beschrieben, die Wohn- und Kostverhältnisse der Krankenpflege. Gleichwohl mußten für Unterkunft und Kost zum Teil noch erhebliche Anteile der niedrigen Löhne abgegeben werden. Auch für die Arbeitskleidung war zu zahlen. Die Gesundheitsgefährdung des Pflegepersonals war außerordentlich hoch. Statistiken weisen eine extrem hohe Mortalitäts- und Morbiditätsrate in den ersten 30 Jahren des 20. Jahrhunderts mit einer zusätzlichen Spitze in den konfessionellen Häusern auf. So starben nach Angaben von Emil Fritz zwischen 30 und 60 Prozent der Schwestern des Diakonieverbands in den Jahren 1918 bis 1927 an Tuberkulose.

Die Entlohnung des Warte- und Pflegepersonals war extrem niedrig. So schwankten 1904 die Anfangslöhne für Pfleger zwischen 20 und 70 Mark, die Endlöhne zwischen 33 und 91 Mark im Monat. Bei den Krankenschwestern lagen die Anfangslöhne mit 15 bis 50 Mark sowie die Endlöhne zwischen 30 und 60 Mark noch erheblich niedriger.

Von etwa 1910 an wurde dann noch weniger gezahlt, in Berlin zum Beispiel auch für männliche Pflegekräfte nur noch 45 Mark. Dies erklärt sich daraus, daß Warte- und Pflegepersonal durch billigere, aber durchweg besser ausgebildete Schwestern aus den Mutterhäusern ersetzt werden konnte. Bei höherer verwerbarer Leistung erwiesen sich die konfessionell gebundenen Schwestern auch als billiger als das männliche Personal.

Zur Bekämpfung dieser indiskutablen Lebens- und Arbeitsverhältnisse hatte schon 1899 der „Verband der in Gemeinbetrieben beschäftigten Arbeiter und Unterangestellten“ beabsichtigt, seine Tätigkeit auf die Krankenanstalten auszudehnen. Der Verband befand sich anfangs in Konkurrenz zu vielen Standesvereinen von Schwestern und Berufsvereinigungen von Lohnwärtern und Wärterinnen, die meist ohne Erfolg eine Verbesserung angestrebt hatten. Andere objektive Hindernisse gewerkschaftlicher Arbeit ergaben sich auch dadurch, daß ständige Schikanen und politische Unterdrückung das Klima in den Mutterhäusern beherrschte. Für Schwestern in Gestellungsverträgen oder in Mutterhäusern war gewerkschaftliche Tätigkeit ohnehin ein vollständiges Tabu.

Obwohl die gewerkschaftliche „Reichssektion Gesundheitswesen“ erst 1904 gegründet wurde, waren 1933 bereits zwischen 15 und 20 Prozent der weiblichen Pflegekräfte organisiert. Und das, obwohl den an Gestellungsverträge oder Mutterhäuser gebundenen Schwestern jede gewerkschaftliche Tätigkeit streng untersagt war

Neben den wenigen Organisierten aus diesem gewerkschaftlichen Verband entstand im Frühjahr 1899 auch auf frei gewerkschaftlicher Grundlage ein „Verband des Massage-, Kranken- und Pflegepersonals“, der für seine Mitglieder einen Stellennachweis einrichtete und von November 1901 an die „Sanitätswacht“ als Zeitschrift herausbrachte. Beide Verbände vereinigten sich am 1. Juli 1904 zur „Reichssektion Gesundheitswesen“ im späteren „Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter“.

Zum Zeitpunkt des Zusammenschlusses wird die Zahl der organisierten Mitglieder mit 400 angegeben. Die eher spärlichen Angaben über Mitgliederzahlen und die Berufszugehörigkeit der in der „Reichssektion“ Zusammengeschlossenen lassen gleichwohl einen zunehmenden Organisationsgrad erkennen. Im Jahr 1910 lag die Zahl bereits bei rund 3000. Die Zahlenangaben für 1919 und 1920 schwanken zwischen 38 000 und 50 000. Für die Mitte der 20er Jahre werden 35 000 Organisierte angegeben, wobei bis 1930 wieder ein Anstieg auf 49 000 zu verzeichnen ist. Der relative Anteil der Reichssektion Gesundheitswesen im Verband der Gemeinde- und Transportarbeiter stieg damit von anfangs deutlich unter 10 auf fast 15 Prozent.

Über den Organisationsgrad im Krankenhaus selbst, insbesondere bezüglich der einzelnen Berufsgruppen, kann allerdings nur wenig ausgesagt werden, da die Zahlenangaben sämtliche Beschäftigte der Reichssektion auch außerhalb der Krankenhäuser und im Krankenhaus auch den nicht pflegerischen Berufsgruppen einschließen. Für die Zeit vor dem 1. Weltkrieg ist erkennbar, daß der größte Teil der Mitglieder sich aus dem Pflegepersonal rekrutiert. Die Aushebung der Gesindeordnung und die Koalitionsfreiheit am Ende des 1. Weltkriegs führten dann zu einem massiven Zulauf für die

Gewerkschaften, der Mitte der 20er Jahre etwas abebbte. 1930 dürfte der Organisationsgrad des weiblichen Pflegepersonals mit zwischen 15 und 20 Prozent seinen Höhepunkt erreicht haben.

„Grundlegende Forderungen der Reichssektion Gesundheitswesen“ wurden im November 1904 von einer Programmkommission vorgelegt. Es ging darin unter anderem um eine reichsgesetzliche Regelung des Pflegedienstes mit obligatorischer Ausbildung und Regelung des Prüfungswe-sens, um die Unterstellung des Anstaltspersonals unter die Reichsgewerbeordnung, die Zahlung angemessener und auskömmlicher Löhne unter Festlegung von Minimalsätzen und Dienstalterszulagen. Außerdem sollte nun die gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung auch für das Personal im Gesundheitswesen gelten und eine Pension oder eine Ruhelohn gewährt werden. Bei den Arbeitszeiten sollte eine Höchstdauer von 12 Stunden täglich einschließlich der Pausen festgelegt sein, mindestens aber wöchentlich 36 Stunden Freizeit gelten. Eine wichtige Forderung war auch die Anerkennung der persönlichen Freiheit während der dienstfreien Zeit und die Beseitigung des Kost- und Logiswesens in den Anstalten.

Die erste Reichskonferenz des in der Reichssektion zusammengeschlossenen Krankenpflege-, Massage- und Badepersonals fand 1906 in Mainz statt. Weitere Konferenzen 1911 in Berlin, 1919 in Jena, 1926 in Düsseldorf beschäftigten sich vorrangig mit Fragen der Berufsausbildung und der Anerkennung des Berufsbilds. Lediglich 1924 in Jena standen Berufsgefährdungen im Vordergrund.

Der gesetzlichen Einführung des Acht-Stunden-Tags folgte nach 1918 die Auseinandersetzung um dessen Einführung in der Wirklichkeit. Doch dem leisteten besonders die konfessionellen Krankenhausträger so energischen Widerstand, daß mit Hilfe des Ermächtigungsgesetzes 1924 die Arbeitszeit wieder bis zu 60 Stunden pro Woche ausgedehnt wurde. Die tägliche Arbeitszeit – und das ist bis heute gültig – durfte bis zu zehn Stunden betragen.

Eine erste positive Resonanz fanden die Forderungen der Gewerkschaft, als der Staat Preußen 1907 erstmals Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen nach einem einjährigen Lehrgang in einer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule vorschrieb. 1921 wurde dann der Forderung der Gewerkschaft nach einem zweijährigen Lehrgang in der Krankenpflege stattgegeben. Erfolge hatte die Gewerkschaft auch in der Anerkennung von Heil- und Pflegeanstalten als staatliche Krankenpflegeschulen. 1928 wurde die Krankenpflege dann endlich in die Unfallversicherung einbezogen und in die Rentenversiche-



rung eingruppiert. 1931 kam es zur Gründung der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.

Auch in der Lohnpolitik gab es gewisse Fortschritte: Der erste Tarifvertrag (noch für das Badegewerbe) wurde im August 1904 abgeschlossen. Die Zahl der Tarifverträge stieg 1912 auf drei, dann 1926 sprunghaft auf 129 und 1929 auf 164 Tarifverträge für 862 Krankenanstalten mit 52.571 Beschäftigten. 1928 konnte in Stuttgart erstmals auch ein Tarifvertrag allein für freie Schwestern abgeschlossen werden.

Die Gleichstellung der staatlich anerkannten Krankenpflegerinnen als reguläre „Schwestern“ dauerte allerdings bis in die 30er Jahre. Bis dahin hatten die konfessionellen Pflegeverbände wie die Rot-Kreuz-Schwesternschaften versucht, den Begriff „Schwester“ für das mit Gestellungsverträgen an sie gebundene Personal zu reservieren. Die massiven Pressionen und Einschränkungen der Gestellungsverträge führten allerdings dazu, daß viele Schwestern die Mutterhäuser verließen, da sie einen eigenen Lebensunterhalt erwerben wollten. Sie wurden zuerst als „freie oder wilde Schwestern“ bezeichnet.

1928 hatte die Schwesternschaft der Reichssekktion bereits einen Aufruf verbreitet, in dem sie die Berufsbezeichnung „Schwester“ für alle staatlich anerkannten Kranken-, Säuglings-, Wohlfahrtspflegerinnen, Hebammen und technische Assistentinnen ohne Unterschied des religiösen Bekenntnisses und der politischen Weltanschauung einforderte. Erstmals entsprochen wurde dieser Forderung trotz massiver Geigenwehr von konfessioneller Seite 1929 in den Berliner Städtischen Krankenhäusern, 1931 dann auch in Leipzig.

Als im Mai 1933 die Nationalsozialisten die Gewerkschaften zerschlugen, wurden die Berufsgruppen der Reichssekktion den faschistischen Einheitsverbänden untergeordnet. Das Pflegepersonal ging an die „Reichsarbeitsgemeinschaften der Berufe im sozialen und ärztlichen Dienst“, zu deren „Reichsfachschaft“ auch die freien Schwestern gezählt wurden. 1936 bildeten die Nationalsozialisten dann den „Reichsbund der Freien Schwestern und Pflegerinnen“, der der Reichsfrauenschafterin unterstellt war.

Aus den Reihen der gewerkschaftlich organisierten Schwestern gingen etliche in den Widerstand und beteiligten sich auf Seiten der Republik am Spanischen Bürgerkrieg. Ein Teil der Gewerkschaftsfunktionäre, der stark ständisch geprägt war und auch die Nationalsozialisten unterschätzte, versuchte vergeblich, Einfluß auf die weitere Zwangsorganisation des Krankenhauspersonals zu gewinnen. □

Ausführliche Literaturliste bei der dg-Redaktion, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1.

Aufruhr hat der Protest Münchner

Ärztinnen und Ärzte an die Bundesärztekammer wegen antisemitischer Leserbriefe im Deutschen Ärzteblatt verursacht. Renate Jäckle zu Karsten Vilmars Antwort auf den offenen Brief der Münchner

Streit um das Deutsche Ärzteblatt

Meinungsvielfalt?

Der Arbeitskreis „Faschismus in München“. Aufgezeigt am Schicksal der aus „rassischen“ und/oder politischen Gründen verfolgten Opfer in der Münchner Ärzteschaft“ der Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte protestierte im Februar in einem offenen Brief an die Bundesärztekammer gegen eine „antisemitisch-rassistische“ Leserbriefkampagne im Deutschen Ärzteblatt (siehe dg 4/89). Anfang April hat nun der Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, geantwortet.

Vilmars wörtlich: „Es wäre . . . meines Erachtens ein eklatanter Angriff auf die im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland garantierte Meinungs- und Pressefreiheit, von der Redaktion des Deutschen Ärzteblatts zu verlangen, daß sie Meinungen ihrer ärztlichen Leser unterdrückt.“ Ob denn die Verfasser des „Offenen Briefes“ eine andere Verfassungswirklichkeit im Auge hätten und tatsächlich die Einführung einer Zensur von Meinungsausschüttungen durch Redaktion oder Herausgeber erwarteten, fragt er, ganz beleidigte und beleidigende Unschuld.

Tatsächlich war von Zensur nicht die Rede gewesen. Es wurde in dem offenen Brief keineswegs verlangt, einzelne Leserbriefe nicht abzudrucken, es wurde dagegen protestiert, wie dies geschehen ist. Der Kernpunkt der Kritik bestand darin, daß das Ärzteblatt unkommentiert mehrere antisemitische Leserzuschriften veröffentlichte und daß es schließlich dem „ärztlichen Leser“ Hennig, der den rassistischen Reigen eröffnet hatte, ein umfangreiches Schlußwort zubilligte – und dieses auch noch selbst aus zwei Briefen zusammenstellte. Dieses Schlußwort war ein „Pamphlet“, das „alle Anzeichen einer neonazistischen Propagandaschrift hat“, wie es der Medizinhistoriker H. P. Kröner aus Münster formulierte.

Kritisiert worden war auch, daß Hennig den Medizinhistoriker Wolf-

gang U. Eckart aus Hannover, der Anfang Dezember 1988 gegen den ersten Brief Hennigs im Ärzteblatt protestiert hatte, beim Kultusministerium denuncierte, daß das Ärzteblatt darüber informiert war, und dennoch Hennig in seinem Schlußwort eine Schmähkritik über Eckart ausschütten ließ.

Der offene Brief der Münchner Ärztinnen und Ärzte ging außerdem darauf ein, daß das Ärzteblatt hinter das angebliche Schlußwort einen weiteren antisemitischen Leserbrief setzte: „. . . alles waren Juden, die sich außerdem sehr arrogant und aggressiv aufführten, offenbar fühlten sich die Juden damals schon als die Herren der Welt.“

Schließlich wurde kritisiert, daß das Standesblatt der deutschen Ärzteschaft mit seiner anscheinend ausgewogenen Auswahl der Leserzuschriften den Eindruck erwecke, als wäre, unter Strich betrachtet, die Ärzteschaft eher Pro und als könne man über Für und Wider von Antisemitismus und Rassismus pluralistisch und wissenschaftlich diskutieren. Genau dies ist der eigentliche Skandal, den Vilmar in seiner Antwort auf den offenen Brief auch noch reproduziert. Die veröffentlichten Leserbriefe sind nichts als die Verhöhnung der Opfer des Naziterrors und eine Beleidigung der lebenden jüdischen Kolleginnen und Kollegen.

Mit keinem Satz ist Vilmar in seiner Antwort, die inzwischen auch von der Ärzte-Zeitung am 3. April veröffentlicht wurde, auf die eigentlichen Kritikpunkte eingegangen. Und falls die Leserzuschriften wirklich ein repräsentatives Meinungsspektrum widerspiegeln sollten, dann würde das erschreckend deutlich machen, wie dringend geboten eine in die Tiefe gehende, inhaltliche Auseinandersetzung zum Thema Nationalsozialismus und Medizin, Rassismus und Antisemitismus innerhalb der Ärzteschaft ist. Dies um so mehr, als in der Bundesrepublik alte und neue ausländerfeindliche und rassistische Strömungen erneut salontüchtig werden. □

DRAUFSETZER



Der Richter Ott hat an den Tag gebracht, daß in der Justiz nur Menschen sitzen, wenn auch bisweilen besonders scheinheilige. Nicht weniger, aber auch nicht mehr. Von „Hexenverfolgung“ zu reden, hält Helmut Copak für politisch falsch

Sieben Monate wird jetzt schon am Landgericht Memmingen gegen den 50-jährigen Frauenarzt Horst Theissen verhandelt. 79 Frauen, die in der Praxis des Angeklagten eine Schwangerschaftsunterbrechung durchführen ließen, wurden bisher vor Gericht ausführlich befragt. Seit den großen Debatten um die Reform des Paragraphen 218 wurde nicht wieder so erbittert über die Notwendigkeit einer humaneren Lösung der Abtreibungsfrage gestritten.

Dieser Prozeß, dessen Zustandekommen nicht der Boshaftigkeit einer blinden Justiz anzulasten ist, sondern der ohne die realitätsferne und unkluge Kompromißlösung der Parteien bei der Reform des Paragraphen 218 niemals stattgefunden hätte, offenbart so viele Ungeheuerlichkeiten, daß man gar nicht weiß, wo man anfangen soll. Man braucht nur reinzugreifen in die Fülle der Gerichtsreportagen, und schon stockt man nach wenigen Sätzen. Man mag nicht weiterlesen, weil man es nicht glauben kann, was da steht. Da werden die Frauen auf eine Art und Weise über ihre Lebensverhältnisse ausgefragt, die selbst noch als nüchternen Bericht zwischen all den täglichen Katastrophenmeldungen unerträglich sind. Man möchte aufstehen vom Frühstück und sofort mit jemandem darüber reden, sich empören und sich darüber aussprechen, was man dagegen tun kann. So authentisch wurde man bislang noch nicht über die Abgründe unterrichtet, die es zwischen der Lebenswirklichkeit der Mehrheit unserer Bevölkerung und dem Gestaltungsnotstand einer realitätsfernen Minderheit gibt.

Da schildern Frauen ein Stück ihres Alltags, geben Gedanken über ihre Lebensplanung wider, zeigen auf, warum für sie zu einem bestimmten Zeitpunkt

ein weiteres Kind nicht tragbar erschien. Und dann müssen sie sich nur deshalb, weil sic die Tortur einer Ge-wissensüberprüfung nicht über sich ergehen lassen mochten, Jahre nach der Abtreibung gefallen lassen, daß man sie vor dieses selbstherrliche Tribunal bestellt. Es sind alles pensionsberechtigte, gut verdienende Männer. Und vor diesem Tribunal wird all das nachgeholt, was sich die Richter und Staatsanwälte unter einer ordentlichen Ge-wissensprüfung vorstellen. Einer Ge-wissensprüfung, an deren Ende immer wieder herauskommt: Das Kind wird ausgetragen, es gibt keinen Grund für eine Abtreibung.

Auffallend an den Auszügen, die man in verschiedenen Gerichtsreportagen lesen konnte, waren bei den Verhören die penetranten Fragen nach den wirtschaftlichen Verhältnissen. Wenn das Geld für ein Auto reichte, dann hätte man auch genug für ein Kind gehabt. Einlassungen der Frauen und ihrer Ehemänner, man hätte das Auto gebraucht, um zur Arbeit zu kommen, wurden als Ausreden abgetan.

Die Sorgen alleinstehender Frauen um die Beaufsichtigung der Kleinkinder wurden abgeschnitten mit den naiven Vorschlägen weltfremder Apologeten eines Sozialstaats, wie er nur in den Broschüren der Ämter, auf Hochglanzpapier mit bunten Fotos existiert: Es gibt für alles eine Lösung. Man muß nur wollen.

Ein geradezu inquisitorischer Draufsetzer, einer, der mit den Antworten der armen Frauen nie zufrieden war und immer noch eine Frage nachschob, war der Richter Ott. Auf den wenigen Fotos, die es von den drei Richtern unter dem bayerischen Staatswappen gibt, sieht er paradoxe Weise immer tödlich gelangweilt und müde aus. Ohne daß er es wollte, wurde er durch die Indiskretion der Presse zu einem lebenden Beispiel für die Absurdität dieses ganzen Spektakels. War er doch selbst der Antreibende gewesen in einer ähnlichen Situation, wie sie ihm täglich im Gericht wie in einem nie endenden Theaterstück dargestellt wurden.

Auch Richter Ott fand sich vor Jahren in einem Konflikt, für den es – seine überstrengen Maßstäbe angelegt – noch eine Menge anderer Lösungen gegeben hätte. Seine Freundin erwartete ein Kind von ihm. Die Beziehung lief nicht mehr, das Ende war abzusehen, das Kind paßte einfach nicht in die Lebenplanung. Es war ein Fall, bei dem eine Abtreibung nur unter großzügiger Auslegung der Notlagenindikation möglich gewesen wäre. Und von dieser großzügigen Praktizierung der Gesetze und der dazugehörigen Ausführungsbestimmungen, dieser weichen Form der Auslegung des Paragraphen 218, die das Leben mit diesem unvollkommenen Gesetz bislang noch möglich machte, von dieser Möglich-

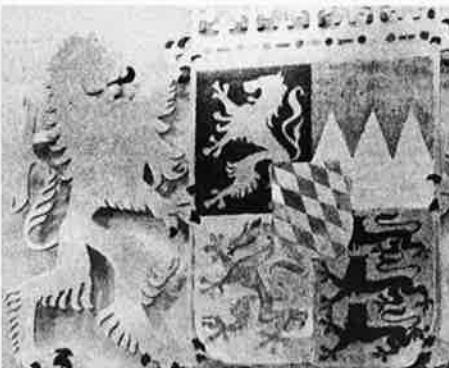
keit machte auch der jetzige Richter Gebrauch.

Die Hämme, die man nach Bekanntwerden dieser „Sünde“ über den Richter ausgoß, ist angesichts der rüden Verhandlungstaktik im Gerichtssaal nur zu verständlich. Der Protest hat auch zur Ablösung des Richters geführt. Man kann sehr schön darüber spekulieren, mit welchen Gefühlen er den Frauen im Gerichtssaal gegenübertrat. Ob er vielleicht ein schlechtes Gewissen bekommen hatte wegen der Abtreibung, die er nicht nur nicht verhindert hatte, sondern die er sogar energisch durchsetzte. Jetzt würde er seine unverarbeiteten Schuldgefühle nicht beherrschen können. Die Frauen müßten büßen für das, was er selbst getan hat. Solche und andere Vermutungen wurden zwar von der scriösen Prozeßberichterstattung nicht ernsthaft diskutiert, aber jeder, den man auf dieses delikate Detail ansprach, ließ seine Phantasie in diese Richtung schweifen. Ganz zu Unrecht sicher nicht.

Aber was ist damit bewiesen? Daß es in der Justiz Heuchler gibt? Daß man nur lange genug im Privatleben der Richter und Staatsanwälte schnüffeln müsse, um die Heuchelei des ganzen Systems aufzudecken? Genug. Man hat

die Decke weggezogen, und was darunter lag, war das normale Leben. Wer etwas anderes erwartet hatte, dem ist nicht zu helfen. Nur kann man aus solchem Befund verschiedene Schlüsse ziehen. In diesem Fall wäre es sicher nützlicher, darüber nachzudenken, wie unvernünftig ein Gesetz sein muß, das sozusagen erst durch seine Aushöhlung oder vernünftige Umgehung für die Mehrheit der Bevölkerung akzeptabel wird. Es sind nicht die Heuchler, die uns bedrohen, sondern die Gesetze, die die Heuchelei produzieren.

Deshalb reicht es auch nicht, die „Hexenverfolger“ an den Pranger zu stellen oder gar von einem zweiten Mittelalter zu sprechen. Man wird besser beraten sein, alle Anstrengungen zu unternehmen, den bisherigen mangelhaften gesetzlichen Boden der Schwangerschaftsunterbrechung zu verbessern. Die Bayern haben vorexerziert, wie lückrig das bestehende System ist und daß ein Gesetz, das von soviel gutem Willen abhängig ist, nicht viel wert sein kann. Die Prozesse in Memmingen zeigen überdeutlich, wie notwendig eine Absicherung der bestehenden Rechte der Frauen ist und daß jedes Stehenbleiben bei einer Reform des Paragraphen 218 ein Rückschritt ist und ein Fehler dazu. □



**Wenn man liest,
was da geschieht,
möchte man auf-
stehen vom Früh-
stück und sofort
mit jemandem
darüber reden,
sich empören und
darüber ausspre-
chen, was man
dagegen tun kann**

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.



**Gine Elsner (Hrsg.),
Handbuch Arbeitsmedizin. Ein Leitfaden
für Betriebsräte, Personalräte und Gewerkschafter, Hamburg
1988. VSA-Verlag,
238 Seiten, 34 Mark**

Ob als Teilnehmer oder Referent, ob in Südwürttemberg oder Norddeutschland oder im Ruhrgebiet – ich habe kein Arbeitsschutzseminar im Rahmen der IGM-Bildungsarbeit erlebt, in welchem die Kolleginnen und Kollegen nicht durchgängige, teilweise harte Vorwürfe gegen „Ihre“ Betriebsärzte vorgebracht haben. Zufriedenheit und Lob mit der Durchführung der betriebsärztlichen Pflichten, die seit 1973 im Arbeitssicherheitsgesetz geregelt sind, war und ist die Ausnahme. Zum Teil mag die Häufung dieser Kritik in der wirtschaftlichen Abhängigkeit der Ärzte als Angestellte des Unternehmens liegen, oder an der gesetzwidrigen, aber häufig praktizierten einseitigen Bestellung der Ärzte durch die Unternehmer unter Mißachtung der Mitbestimmungsrechte der Betriebs- und Personalräte. Zum Teil mag sie auch auf das Desinteresse vieler Betriebs- und Personalräte an Fragen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes zurückzuführen sein. Bereits die Ankündigung eines Leitfadens für Betriebsräte, Personalräte und Gewerkschafter mit dem Titel „Handbuch Arbeitsmedizin“ verspricht Antworten auf viele brennende Fragen betrieblicher und außerbetrieblicher Arbeitsschützer.

Im ersten von vier Teilen werden die politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen behandelt, unter anderem das Arbeitssicherheitsgesetz, arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, das Berufskrankheitenrecht, die Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte des Betriebs- oder Personalrats bei der Bestellung beziehungsweise Abberufung von Betriebsärzten und ein Beitrag des bekannten Arbeitsrechtlers Däubler über die Schweigepflicht des Betriebsarztes – bekanntlich ein Thema, welches nicht wenigen betrieblichen Konflikten und traurigen Einzelschicksalen (Kündigung, Versetzung) zugrunde liegt.

Im zweiten Teil geht es um Krankheitsursachen: Chemische Schadstoffe, krebserzeugende Arbeitsstoffe, Lärm, Schwingungen, Klima und Strahlen.

Arbeits- und berufsbedingte Erkrankungen findet der Leser im dritten Abschnitt, zum Beispiel Ausführungen zu arbeitsbedingten Erkrankungen der Atemwege, des Herz-Kreislauf-Systems, der Leber, der Niere, des Stütz- und Bewegungssystems, der Haut, des Bluts und des Verdauungssystems. Die einzelnen Beiträge sind kurz gefaßt (circa zehn Seiten), gut zu begreifen. Sie bieten dennoch einen grundlegenden und kompakten Wissenstand, um Ursachen und Wirkungszusammenhänge in der konkreten Arbeitssituation erkennen zu können und betrieblichen Arbeitsschützern notwendige Argumentationshilfen gegenüber Vorgesetzten oder auch leichtfertigen Kolleginnen und Kollegen zu geben.

Der vierte Teil befaßt sich mit Arbeitnehmerbefragungen. Die Beiträge gehen von dem Standpunkt aus, daß die Betroffenen, das heißt, die Arbeitenden selbst, in den Prozeß eines wirksamen betrieblichen Arbeitsschutzes miteinbezogen werden – daß Arbeitsschutz, als Stellvertreterfunktion betrieben, nicht erfolgreich sein kann. Sinnvolle praktische und rechtliche Hinweise zur Vorbereitung, Durchführung, Auswertung und Veröffentlichung von Arbeitnehmerbefragungen sind ausführlich erläutert.

Adressen-, Literatur- und Stichwortverzeichnis runden den Band ab, der sich auch als ausführliches Nachschlagebuch eignet. Als solches sollte er eigentlich in jedem Betriebs-, beziehungsweise Personalratsbüro stehen, um in den vielfach schwierigen Auseinandersetzungen um arbeitsbedingten Gesundheitsverschleiß Hilfe zu leisten.

Was fehlt in diesem Buch mit den kompetenten Autoren, den sehr guten Beiträgen und den über 200 Seiten? Natürlich fehlen einige wichtige Bereiche, welche die Arbeitsmedizin betreffen. Der Leser findet wenig Hinweise und kein Kapitel über die erschreckende Vielfalt und Zunahme arbeitsbedingter psychischer Erkrankungen, die nach Angaben des Statisti-



schen Bundesamtes mit 9,9 Prozent an den Ursachen der Berufskrankheiten beteiligt sind: Monotonie, Stress, permanente Untergebenheit, in Einzelheiten vorgeschriebene Arbeit, fehlende Entfaltungsmöglichkeiten in der Arbeit und so weiter.

Auch die Problematik des Arbeitsschutzes bei Leiharbeitnehmern oder in anderen nicht regulierten Arbeitsverhältnissen wird nicht behandelt. So bleiben Fragen offen wie: Welchen Arbeitsschutz gibt es bei den Arbeiten von Strafgefangenen? Mit welchen Stoffen wird in Behindertenwerkstätten gearbeitet? Gibt es besondere Betroffenheit bei unseren ausländischen Kolleginnen und Kollegen?

Daß dieses „Handbuch Arbeitsmedizin“ nützlich für die tägliche Betriebsarbeit der Interessenvertretung ist, muß nicht wiederholt werden. Betriebliche Arbeitsschützer sollten es sich unbedingt anschaffen – ein solch umfassendes, gleichwohl übersichtlich und schön aufgeklärtes Buch über Arbeitsschutz kommt nicht alle Tage auf den Markt und der Arbeitgeber muß nach Paragraph 40 des Betriebsverfassungsgesetzes die Kosten tragen – in diesem Fall sinnvoll verwendete 34 Mark.

Max Geray



Wolfgang Kirchhoff (Hrsg.), Zahnmedizin im Faschismus, Marburg/Lahn 1987. Verlag Arbeiterbewegung und Gesellschaftswissenschaft, 203 Seiten, 25 Mark

„Zahnmedizin im Faschismus“ ist der Titel einer von Wolfgang Kirchhoff herausgegebenen Sammlung von Aufsätzen und Referaten, die sich mit der Verstrickung einer weiteren Berufsgruppe in das nazistische System befaßt. Waren in den vergangenen Jahren vor allem Juristen und Mediziner, Schulen und Kirchen Gegenstand von verschiedenen Veröffentlichungen, gibt es bis zu dieser Veröffentlichung keine systematische Untersuchung über die Rolle der Zahnmedizin in den Jahren der nationalsozialistischen Machtergreifung und danach. Waren die Zahnärzte weniger als Juristen, Ärzte und Lehrer in das Unrechtssystem verstrickt? Gehörten sie vielleicht nur zu den vielen mehr oder weniger anpassungsbereiten Nutznießern oder passiven Duldern des Systems?

Nach der Lektüre des Buches dürfte es eigentlich niemanden mehr geben, der solche Thesen vertreibt. Denn hier wird klar, daß es nicht nur einzelne „schwarze Schafe“ aus der Berufsgruppe der Zahnärzte waren, die an der Rampe in Birkenau über Leben und Tod entschieden, die das Einwerfen von Zyklon B in die Gaskammern überwachten und schließlich ihren vergasten Opfern noch das Zahngold ausbrechen ließen. Nein, die Haltung der Zahnärzte insgesamt und ihrer standespolitischen Vertretung war vor 1933 gekennzeichnet durch die aktive Wegbereitung für den deutschen Faschismus und später durch die Unterstützung und

Max Geray ist ehrenamtlicher Referent für Arbeitsschutz der dortigen IG-Metall. Seine Buchkritik erschien zuerst in der Zeitschrift „gegengift“ der Gruppe „Arbeit und Gesundheit“ am Gesundheitsladen Hamburg

bereitwillige Mitarbeit im NS-Staat. Auch bei den Sterilisationskampagnen und den Euthanasieverbrechen der Nazis.

Da die Beiträge zumindest überwiegend nicht gezielt auf ihre Veröffentlichung in diesem Buch entstanden sind, ergeben sich manche Überschneidungen und Brüche. Der Herausgeber hat dieses Problem gesehen und es mit einem einführenden programmatischen Überblick geschickt verstanden, die auseinanderstrebenden Teile mit einem roten Faden zu verknüpfen. Mag man auch manche Wertung von Kirchhoff nicht teilen, so gibt seine Einführung dem Sammelband doch Rahmen und Tiefe.

Im ersten Abschnitt machen die Beiträge von Stephan Leibfried, Walter Wuttke, Hans Mausbach und Norbert Guggenbichler unter jeweils verschiedenen Aspekten die zumindest partielle Identität der gesundheitspolitischen Ziele des NS-Staates einerseits und der Zahnärzteschaft andererseits deutlich. Gerade die Schilderung der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung in der Weimarer Republik, sozusagen des berufs-ideologischen Dunstkreises der Zahnärzte, liefert wichtige Anhaltspunkte zur Erklärung des Verhaltens der Zahnärzte. Man muß sich dabei in Erinnerung rufen, daß die Zahnärzte damals nicht nur – mehr noch als heute – eine nach Herkunft und Sozialisation stockkonservative Berufsgruppe bildeten. Auch ökonomisch ging es ihnen weniger gut, zumal sie bis zur Auflösung dieser Einrichtungen durch die Nazis der effektiven Konkurrenz durch Schulzahnkliniken und kasseneigenen Ambulatorien ausgesetzt waren.

Der zweite Abschnitt ist der Schilderung des – kaum anzu treffenden – Widerstands in der Zahnärzteschaft und des Schicksals einiger dem Terror ins Exil entronnener Zahnärzte gewidmet. Hervorzuheben ist hierbei besonders die Lebensgeschichte des jüdischen Zahnarztes und Sozialmediziners Professor Alfred Kantorowicz, eines konsequenten Sozialdemokraten, der den Nazis so verhaftet war, daß sie ihn schon im April 1933 in das KZ Börgermoor steckten. Gunther Richter beschreibt das angepaßte Verhalten der zahnärztlichen Standesführung, die sich nach 1933 sofort freiwillig eine neue Naziführung gab, im Ge-

gensatz sogar zum Dentistenverband, dem die neue, den Nazis genehme Führung zwangsläufig verpaßt werden mußte. In ihrem Bereich betrieben die zahnärztlichen Ständespolitiker die politischen „Säuberungen“ sogar schneller als die Nazi-Bürokratie.

Das dahinter steckende System hatte Otto Kirchheimer schon sehr früh aus dem Exil heraus analysiert: „Das Individuum ist dem Gesetz seines Berufsstandes genauso unterworfen wie dem maßlosen Befehl des Staates. Hinsichtlich seiner täglichen Pflichterfüllung überläßt die Regierung es der Vormundschaft des Standes, um allerdings unverzüglich von ihrem eigenen Zwangsapparat Gebrauch zu machen, wenn dessen Überredungs- und Disziplinierungsmittel hinsichtlich der beruflichen, rassischen und intellektuellen Koordinierung und Diskriminierung wirkungslos geblieben sind“ (The Legal Order of National Socialism, New York 1941).

Das von den Nazis veränderte Kassenarztrecht ist in seinen wesentlichen Grundlinien bis heute unangetastet geblieben. Wen wundert es da, daß sich die heutige Standesvertretung der Zahnärzte nicht der Aufarbeitung des Themas „Zahnme-

dizin im Faschismus“ stellt? Wäre das doch nicht nur eine Auseinandersetzung mit dem Versagen des eigenen Berufsstandes in der NS-Diktatur. Sondern es würde auch deutlich, daß die Zahnärzte ihre gesundheitspolitischen Barriaden, auf denen sie sich heute gegen die Forderungen nach einer qualitativ besseren, weniger profitorientierten Zahnmedizin zur Wehr setzen, der NS-Diktatur verdanken. Erschrecken löst daher weniger das Schweigen und Verharmlosen durch die Standesvertretungen aus, als vielmehr der Umstand, daß noch heute zahnmedizinische Forschungspreise nach dem faschistischen „Reichsdzentenführer“ der Zahnärzteschaft Loos benannt werden.

Angesichts solcher Traditionslinien, die der dritte Abschnitt des Buches behandelt, erfährt die Frage von Hans Mausbach, wie sich die Medizinforscher vor vergleichbarer Inanspruchnahme durch ein politisches System schützen können, bedrückende Aktualität. Es bleibt die Hoffnung, die Kirchhoff zu Beginn formuliert, daß es in Zukunft nicht mehr ganz so einfach sein möge, sich in der bisherigen und lapidaren Form an dieser Periode der Berufsgeschichte vorbeizutügeln.

Georg-Dietrich Falk

Anzeige:

WECHSELWIRKUNG

WECHSELWIRKUNG

TECHNIK NATURWISSENSCHAFT GESELLSCHAFT

204

Forschungslabor I

II

III

IV

Gegenwissenschaft: Ausweg oder Sackgasse?

Petunien • B-Waffen • Zeppelin • Haber-Bosch-Verfahren
Kernspaltung • Solarenergie in China

Anzeige:

HANNELORE CYRUS/VERENA STEINECKE

Ein Weib wie wir??

Auguste Kirchhoff (1867 - 1940)
Ein Leben für den Frieden
und für die Rechte der Frauen

Auguste Kirchhoff ist nahezu vergessen. Viel bekannter geworden sind ihre politischen Freundinnen Anita Augspurg, Lida Gustava Heymann, oder Minna Cauer.

Mit diesem Buch soll ein Versäumnis nachgeholt und Auguste Kirchhoff der Platz in der Geschichte der Frauenbewegung eingeräumt werden, der ihr gebührt.

Grundlage der biographischen Würdigung sind 104 politische Schriften, die Auguste Kirchhoff in der Zeit von 1908 - 1932 verfaßte.

Auguste Kirchoffs politischer Kampf hat seine Aktualität nicht verloren. Ist auch das Frauenwahlrecht erstritten, kann doch von wirtschaftlicher und politischer Gleichberechtigung nicht die Rede sein. Die Debatte um den § 218 hat sich erneut zugespielt. Heute wird wieder, wie Auguste Kirchhoff einst beklagte, auf den „anklagenden Schrei der Ungeborenen“ stärker gehört, als auf die Verzweiflung der Geborenen. Auguste Kirchoffs Ruf „Nie wieder Krieg“ und ihr Kampf gegen den „Giftgasunfug“ ist aktuell geblieben.

ISBN 3 926768 01-0

152 Seiten, DM 19,80

VERLAG IN DER SONNENSTRASSE
Bennigsenstr. 31b • Tel. 04 21/44 63 70 • 2800 Bremen

Nr. 40, Februar 1989

Schwerpunkt:

Gegenwissenschaft – Ausweg oder Sackgasse?: Anmerkungen zu Tendenzen und Entwicklungen in der Gegenwissenschaft * Erfahrungen im Amsterdamer Wissenschaftsladen * Was ist alternativ an der alternativen Forschung? * Erkenntnisweg ökologische Forschung * * Neue Institute braucht das Land * Weniger Analytik – mehr Analyse *

Weitere Themen:

Nationales Symbol: Der Zeppelin * Petunia non olet * Zur Militarisierung der Biowissenschaften * 50 Jahre Kernspaltung * 75 Jahre Ammoniaksynthese * Bei den Teerkochern am Jangtsekiang *

Probeheft für DM 4,- in Briefmarken bestellen!

Bestellungen an WECHSELWIRKUNG
Gneisenaustr. 2, 1000 Berlin 61
DM 7,- Einzelheft (+ Versandkosten)
DM 28,- Abonnement für 4 Hefte (incl.
Versandkosten); erscheint viertel-
jährlich

IRREN IST ÄRZTLICH



impressum

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1, Tel. 0228/69 33 89 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

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

Redaktion:

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

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

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

Redaktionskonto für Spende:

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

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

Pahl-Rugenstein-Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/36 00 20, Konten: Postgiroamt Köln 6514-503, Stadtsparkasse Köln 10662236 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Juniheft: 2. Mai 1989

Graphik: Renate Alf, Regula Hartmann

Titelblatt: yn, Größer, Hartmann

Layout: Ursula Daalmann, Joachim Neuschäfer

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

ISSN: 0932-5425

Aufbruch!

Im vergangenen Monat haben wir Ihnen einige Vorüberlegungen der Redaktion zu unserer Herausgeberkonferenz mitgeteilt – notwendigerweise vage, da die Ergebnisse der Konferenz ja noch offen standen. Wir schrieben, daß es einen Aufbruch in der gesamten Linken gibt: ein Aufbrechen alter Linien, einen Aufbruch zu neuen Ufern. Nach vielen Vorgesprächen mit unseren Herausgebern, Debatten mit Autorinnen und Autoren, Leserinnen und Lesern und nach intensiver, rund sechsstündiger Diskussion stand für uns eine Konsequenz daraus fest: Wir machen Dr. med. Mabuse, der anderen linken Zeitschrift im Gesundheitswesen, ein Angebot zur Zusammenarbeit.

Über das Aufbrechen alter Gegensätze, was die politischen Auffassungen betrifft, ließen sich derzeit Bücher schreiben. Wir könnten bei Glasnost und Perestrojka beginnen oder beim ökologischen Umdenken bis weit hinein ins christlich-soziale Lager. Wir könnten damit anfangen, daß die Formel „Verstaatlichung“ als Wundermittel ausgedient hat, ohne von der Kritik der Privatisierung im Gesundheitswesen zu lassen. Wir könnten uns bestätigen, daß die Gesundheitsbewegung nicht das geleistet hat, was viele von ihr erwartet haben, und würden festhalten, daß noch nie so breit diskutiert wurde, welche gesundheitliche Bedeutung Verkehrs- und Umweltpolitik, die Entwicklung in der Gentechnik, die Veränderungen der Familienstrukturen und der Arbeit haben. Wir könnten anfangen mit einer Debatte über Strategien im Postfordismus, über alte und neue Aufgaben der Gewerkschaften, und würde am Ende feststellen, wie weit fortgeschritten und konkret auf den Alltag bezogen die Diskussion in dg und Mabuse über die gesellschaftliche Verantwortung des Individuums ist und wo man gemeinsam versuchen könnte, an die Defizite heranzugehen.

Viele der von der Linken gegebenen Antworten passen nicht mehr wie der Deckel aufs Töpfchen, und für die alten Differenzen verschwindet zusehends der Boden. Das bemerkten wir

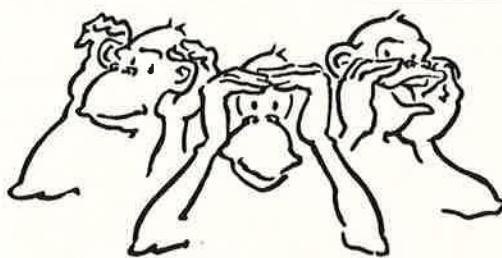
auch ganz konkret in der täglichen Redaktionsarbeit: Es häuften sich in den letzten zwei Jahren die Fälle, wo dem Mabuse und uns die selben Artikel zugeschickt wurden, so daß sich die Redaktionen absprechen mußten. Mehr und mehr schrieben Autorinnen und Autoren, die vor einiger Zeit noch fest an eine der beiden Zeitschriften „gebunden“ waren, auch für die jeweils andere. Immer häufiger hörten wir solche Auffassungen wie die: „Ich schaffe es nicht mehr, beide Zeitungen zu lesen, und eigentlich sehe ich auch keinen Sinn darin, daß es zwei linke Zeitungen für Leute im Gesundheitswesen gibt.“ Wir konnten sehen und lesen, daß wir die selben Themen zum selben Zeitpunkt für wichtig hielten und daß auch die Bewertungen sich nicht unterschieden.

Hinter unseren Überlegungen steht auch ökonomischer Druck. Produktion und Personal sind einfach so teuer, daß für den notwendigen Werbeaufwand nicht mehr genügend übrig bleibt. Die Abonnentenzahlen von dg stagnierten, so daß wir beständig nach einer Lösung für die Frage suchten: wie eine fortschrittliche gesundheitspolitische Zeitschrift aussehen sollte, die sich besser verkauft. Gerade weil linke Projekte dabei besondere Schwierigkeiten zu überwinden haben, meinen wir, daß es auch in ökonomischer Sicht gute Gründe dafür gibt, sich gemeinsam anzustrengen. „Die politische Situation in der Linken und gesamtgesellschaftlich hat sich so geändert, daß es keine Legitimation mehr gibt für zwei Zeitschriften.“ – „Die Fusion würde die Möglichkeit bieten, dem politischen Ziel näherzukommen, daß die, die dieses Gesundheitswesen umbauen wollen, eingriffsfähiger werden.“ – „Eine Fusion könnte ein Modell sein für die breite Zusammenarbeit von linken und alter-

nativen Strömungen – mit Ausstrahlung über das Gesundheitswesen hinaus.“ So einige Stimmen von der Herausgeberkonferenz, die darauf verweisen, daß Zusammenarbeit nicht einfach Addition des schon Vorhandenen wäre, sondern eine völlig neue Qualität in der publizistischen Arbeit der Linken im Gesundheitswesen. Selbstredend gibt es auch Vorbehalte: „Die Profile der Zeitschriften sind trotz der inhaltlichen Annäherung noch ganz unterschiedlich.“ – „Ist es möglich, die bestehenden gegenseitigen Vorurteile auszuräumen?“ – „Lassen sich die organisatorischen und strukturellen Unterschiede überbrücken?“

Wir sind in der Diskussion.

Ihre dg-Redaktion



AN ALLE, DIE LIEBER HINSEHEN, ZUHÖREN UND IHRE MEINUNG SAGEN

Wenn Sie Interessiert sind und nicht verdrängen, wenn Sie lieber zuhören, anstatt Ablenkung zu suchen, wenn Sie lieber Ihre Meinung sagen, anstatt zu schwiegen, dann sollte das ROBIN WOOD Magazin Ihre Pflichtlektüre sein.
Mit dem Coupon aus dieser Anzeige können Sie das ROBIN WOOD Magazin abonnieren. Sie sind dann regelmäßig über alles informiert, was ROBIN WOOD zum Schutz unserer Umwelt unternimmt. Aus erster Hand. Das Jahresabo hat vier Ausgaben und kostet 15,- DM.



Ich will aus erster Hand informiert sein. Bitte schicken Sie mir regelmäßig bis auf Widerruf das ROBIN WOOD Magazin.

Name, Vorname _____
Straße, Nr. _____
PLZ, Wohnort _____ Bitte in Blockschrift ausfüllen!
15,- DM für das erste Jahr zahle ich per Rechnung. Mit dieser Bestellung geh ich keine Verpflichtung ein. Ich kann das Abonnement jederzeit, ohne irgendwelche Frühstrikaturen, durch eine kurze Mitteilung beenden. Gezahlte Beiträge für Hefte, die noch nicht geliefert wurden, erhält ich dann zurück.

Datum: Unterschrift _____

ROBIN WOOD
Gewaltfreie Aktionsgemeinschaft für Natur und Umwelt e.V.

Postvertriebsstück
Gebühr bezahlt

PAHL-RUG. GOTTESW. 54 5000 KOELN
G 2961 E 394711 346

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

Die Broschüre über das Katastrophen- schutzergän- zungsgesetz:

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

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

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.