

dg

Demokratisches
Gesundheitswesen
Nr. 4 · April 1989
Einzelheft 5 Mark
G 2961 E



ZIGARETTEN- PAUSE

RAUCHEN
IM
KRANKENHAUS

NASE VOLL – PFLEGEDEMO IN DORTMUND

NOTWENDIG ? – FCKW IN ARZNEIMITTELN

WAS TUN ETHIK-KOMMISSIONEN ?

Hungerstreik der RAF-Gefangenen

OHNE GNADE?



Norbert Andersch ist Arzt an einer
Duisburger Klinik

Schweine sollen, wie eine Großanzeige in der „Westdeutschen Allgemeinen“ am 10. März ankündigte, „wieder ihre Mutter kennen“. Schluß mit der artfremden Haltung. Schluß mit dem Isoliertsein, ohne Kontakt zu den Mitschweinen. Eine echt menschliche Initiative, nur wenig dadurch getrübt, daß sie vom um die Umsätze bangenden Metzgerhandwerk ausgeht.

„Artgerechte Haltung“, das mag bei Schlachtvieh noch angehen. Nicht aber bei jenen Menschen, die als RAF-Mitglieder in bundesdeutschen Isolationseinrichtungen gehalten werden. Hier kann von einem „artgerechten“ Umgang – „menschlich“ würde in diesem Fall die Übersetzung heißen – nicht die Rede sein. Für RAF-Gefangene gelten seit 18 Jahren verschärfte Sonderbedingungen: Besondere Straftatbestände, besondere Haftrechte, besondere Staatsschutzsenate, besondere Überwachungsmethoden und besondere Isolationseinrichtungen. Gefängnis wäre dafür der falsche Ausdruck.

Selbst unter freiwilligen Versuchsbedingungen führen Handlungs- und Kontakteinschränkung sowie Reizverarmung bereits nach Tagen zu Denkschwierigkeiten, zu Phantasien und Tagträumen, zu körperlichen Illusionen und Täuschungen, zu Unruhe und Aktivitätsbedürfnis, zu somatischen Beschwerden wie Kopf-, Augen- und Rückenschmerzen, zu Angst- und Panikreaktionen, zum Bewußtwerden minimalster Wahrnehmungsreize und zu Platzangst. Der völlig normale menschliche Reflex, eine solche Abschottung zu durchbrechen, wird bei RAF-Gefangenen als besondere Form der Gemeingefährlichkeit gedeutet und dient den Staatsschützern als Beweis für die Notwendigkeit ihres Vorgehens.

Seit dem 1. Februar befinden sich die RAF-Gefangenen im Hungerstreik, eine ohnmächtige Gegenwehr. In ihrer Erklärung fordern sie die Zusammenlegung der Gefangenen, die Freilassung der Kranken, deren Gesundung unter Haftbedingungen ausgeschlossen ist, sowie freie politische Information und Kommunikation mit allen gesellschaftlichen Gruppen. Beim Lesen der Hungerstreikerklärung sind Untertöne der Verzweiflung, aber auch der Gesprächsbereitschaft nicht zu überhören. Doch kaum jemand nimmt Notiz davon. Aus dem durch die moderne deutsche „Sonderbehandlung“ perfekt geschaffenen RAF-Ghetto läßt Gene-

ralbundesanwalt Rebmann nichts und niemanden heraus. Informationen zum Hungerstreik eingeschlossen. „Besser für unsere Sicherheit, wenn möglichst wenig darüber geschrieben wird“, so sein Kommentar.

Tabuzone ist alles, was mit der RAF zu tun hat. Ob Mitglieder, Mitläufer, Sympathisanten oder Rechtsanwälte, wer sich auf die RAF einläßt, kann nur ein Verbrecher sein. Und wer Humanität im Umgang mit solchen Menschen fordert, ist davon wohl nicht weit entfernt. So sieht es die seltene Einheitsfront von deutscher „Rechts“-Ordnung, deutscher Presse und deutscher Stammtische. „Keine Gnade“ heißt hier die liberale Variante, „Rübe ab“ die gern zitierte Volksmeinung.

Das Gnadenkontingent ist in der Bundesrepublik einfach erschöpft. Wurde doch jahrelang NS-Tätern von Richtern der gleichen Generation Gnade gewährt. Da war keine Untat groß genug, um nicht doch noch Nachsicht zu finden. An dieser Schiefelage von Justitias Waage ändert auch die Begnadigung Angelika Speitels durch den Bundespräsidenten nichts.

Von den RAF-Gefangenen wird verlangt, daß sie ihrer politischen Überzeugung abschwören. Eine Forderung, die unter den bestehenden Haftbedingungen einer Bitte um freiwillige Selbstzerstörung gleichkommt, da die politische Überzeugung oft die einzige Möglichkeit in der Isolation ist, die eigene Identität gegen eine schleichende und wirksame Persönlichkeitszerstörung zu verteidigen. Menschen können – auch in der Haft – dazulernen. Aber nicht unter solchen Bedingungen.

Teile der bundesdeutschen Linken und bürgerliche Humanisten haben sich seit 1977 bis heute feige verhalten. Sie haben sich – uneingestanden – Rebmanns Argumentation zu eigen gemacht: Ein Wort für die Häftlinge, und man ist ein halber Terrorist. Mit Distanzierungs- und Entschuldigungen wollte man sich lieb Kind machen, ohne zu sehen, daß dadurch nicht nur das eigene Rückgrat gekrümmt, sondern auch die RAF-Häftlinge zur „Sonderbehandlung“ freigegeben werden.

Die Hungerstreikenden fordern, als Gefangene wie Menschen behandelt zu werden. Das unterstütze ich und verzichte auf die wohlwollende Unterstützung der Bundesanwaltschaft.

Report

Zigaretten-Pause
Rauchen im Krankenhaus 12

Krankenpflege

„Pflegernotstandskommando“ 18

Mutterersatz
Umfrage zum Ansehen der
Krankenpflege 23

Geladen
Demonstration gegen Pflege-
notstand in Dortmund 30

Umwelt

Pffff
FCKW in medizinischen Sprays 24

Licht aus?
Novelle der Strahlenschutz-
verordnung 34

Ausbildung

Ausbildung für Ausbilder 26

Arbeitsbedingungen

ArzthelferInnen:
Es geht um Mäuse 27

Ethik

Auf den Hund kommen
Zur Arbeit von Ethik-
Kommissionen 32

Dokumente

Entwurf des Sozialpolitischen
Programms des DGB
Absatz C, Gesundheit 19

Offener Brief
Antisemitische Leserbrief-
kampagne im Deutschen
Ärzteblatt 22

Rubriken

Echo 4
Trends 6
Memo 10
Lesezeichen 35
Kölnstr. 198 39

IN HALT



Manche Räume im
Krankenhaus ähneln
verblüffend Räucher-
kammern. Uli Menges
hat nachgehört, warum
es so schwer ist, in der
Klinik eine Zigaretten-
pause einzulegen

12 24

Auch mit medizini-
schen Sprays wird das
Ozonloch vergrößert –
viele enthalten FCKW.
Sind diese Treibgase
in der Klinik und der
Praxis wirklich nicht
ersetzbar?

Foto: Linie 4



In Dortmund demonstrierten am 28. Februar
über 20 000 Krankenschwestern- und pfleger
gegen den Notstand im Krankenhaus. Ein
gutes Zeichen, daß sich die Pflege nicht
länger auf Sparflamme kochen läßt

30

Ignoranz

dg 2/88: „Medizinischer Pups“, Leserbrief von Wolf Herman von Arnim und „Neuroleptika verbieten? Aber...“

Neuroleptika-Diskussion ohne Ende? Diese Diskussion soll solange kein Ende finden, bis diese verhängnisvollen Medikamente nicht mehr gegen Patienten eingesetzt werden dürfen, weder als Folter-Medikament (diese Bezeichnung ist nicht übertrieben) auf geschlossenen psychiatrischen Stationen oder in Gefängnissen, noch als „ambulante Arznei“ in Psychiater- und Arztpraxen.

Der Verteidigungsrede für Neuroleptika von Edi Erken in dg 2/89 – Zitat: „...mag ich Neuroleptika nicht verbieten“ – und dem nicht inhaltlich, sondern grobschlächtig reagierenden Nervenarzt Wolf Hermann von Arnim – Zitat: „medizinischer Pups“ – lassen sich gleichermaßen folgende Argumente entgegenhalten: Beide sprechen von sich und ihren Bedürfnissen, Neuroleptika gegen Patienten einzusetzen; beide Ärzte ignorieren, welches Unglück sie an „ihren“ Patienten anrichten. 25 Millionen Menschen sind, Neuroleptika-bedingt, lebenslang zum Teil schwerst geschädigt – darauf geht keiner der beiden Ärzte ein.

„Schon“ 1985 auf dem Welt-Psychiatrie-Kongreß in Brighton wurde einstimmig eine Resolution verabschiedet, die sogenannte Charta 2000, in der es unter anderem heißt: „Viele psychiatrische Behandlungsmethoden sind schädigend. Sie können das Gedächtnis zerstören (wie die Elektroschock-Behandlung), Bewegungsstörungen verursachen (wie die Behandlung mit Neuroleptika) oder die Nieren schädigen (wie die Behandlung mit Lithium). Behandlung hat deswegen nur auf freiwilliger Basis zu erfolgen. (...) Die pharmazeutische Industrie soll allen Patienten finanzielle Entschädigungen zahlen, die an Bewegungsstörungen oder anderen Wirkungen von Psychopharmaka leiden...“

Auf diesem Welt-Psychiatrie-Kongreß waren Psychiater und Ärzte aus der Bundesrepublik, im Gegensatz zu anderen Nationen, kaum vertreten; so ist es auch nicht verwunderlich, daß die weltweit anwachsende Diskussion um die schädlichen Wirkungen der Neuroleptika hier kaum Spuren hinterläßt.

NEUROLEPTIKA VERBIETEN?



ABER...

Daß hochpotente und Depot-Neuroleptika verboten werden sollen, hat die Bezirksfraktion der Grünen von Oberbayern beantragt (dg 1/89). Edi Erken hält dagegen

Millionen Menschen sind von Psychiatern und Ärzten gesundheitlich beeinträchtigt, ja sogar zugrunde gerichtet worden. „Ich möchte auf Neuroleptika nicht verzichten“, „medizinischer Pups“. Welche Ignoranz!

Wenn man überhaupt Arzneimittel-Skandale miteinander vergleichen kann, so läßt sich bereits jetzt feststellen, daß das Ausmaß der durch Neuroleptika angerichteten Schäden noch verheerender ist als seinerzeit die schlimmen Folgen von Contergan. Die Contergan-Opfer, Eltern und betroffene Kinder, konnten „wenigstens“ gegen die Pharmafirma protestieren, prozessieren, öffentlich anklagen und konnten dadurch vielleicht weiteren Schaden bei anderen Menschen verhindern. Psychiatrische oder andere Psycho-Patienten sind oft zu schwach, um sich zur Wehr zu setzen; sie sind – zum Beispiel in geschlossenen Einrichtungen – ihren Neuroleptika-verordnenden Peinigern ausgeliefert. Neuroleptika hätten doch aber auch, so wird von Befürwortern eingewandt, positive Effekte. Auch Contergan hatte irgendwelche „positiven“ Einzeleffekte, aber um welchen Preis! Der bekannte Psychiater Klaus Dörner erklärt: „Neuroleptika kön-

nen zwar psychotische Symptome ‚wegdämpfen‘, verwandeln aber die psychiatrischen Patienten damit gleichsam in neurologische Patienten mit dem Aussehen und der Behinderung von Parkinson-Kranken.“

Hinzu kommen oft eine quälende körperlich-seelische Unruhe (Akathisie usw.), und – auf Dauer – schwere Depressionen, die einen sogar in den Selbstmord treiben können. Und schließlich besteht noch das Risiko von bleibenden Hirnschäden und von unheilbaren, entstellenden Bewegungsstörungen, sogenannten Spät-Dyskinesien. Wer würde – wenn er genügend aufgeklärt wäre – solche Medikamente einnehmen oder sich gar freiwillig eine Injektion mit mehrwöchiger (!) Wirkungsdauer geben lassen? Wenn von ärztlicher Seite vor allem hochpotente Neuroleptika langfristig Patienten verordnet werden, dann stellt sich meines Erachtens die bittere Frage, ob dies „nur“ Verantwortungslosigkeit oder bereits medizinisches Verbrechen ist.

JOSEF ZEHENTBAUER
München

Eine für alle

Als ein dg-Abonnent der ersten Stunde habe ich mit wachsender Langeweile die Beiträge, mit wachsendem Ärger auch die Larmoyanz der letzten zwölf Monate verfolgt. Ich denke, eine „einzige Zeitschrift aus dem Gesundheitswesen für alle“ könnte spannender, offener, selbstkritischer sein. Also ein Plädoyer zur Zusammenarbeit zum Beispiel mit dem Mabuse. Ich möchte dg eine Denkpause gönnen.

DR. STEPHAN FEGERS
Mönchengladbach

Illusionär

dg 1/89: „Hochpotente Neuroleptika verbieten“ – Antrag der oberbayerischen Grünen
sg 2/89: „Aber...“ – Kommentar von Edi Erken und „Medizinischer Pups“ – Leserbrief von W. H. von Arnim

Wir sind Mitarbeiter in einer psychiatrischen Klinik (Westfälische Klinik Gütersloh, ehemals Landeskrankenhaus), wo im Vergleich zu anderen Kliniken eher über- als unterdurchschnittlich viele hochpotente Neuroleptika (HPN) verordnet werden. Wir selbst machen da mit und müssen unser Handeln demnach auch verantworten. Wir tun dies aber mit zunehmend schlechtem Gewissen. Denn wir können immer weniger die Grenze erkennen, wem HPN aus therapeutischen Gründen gegeben werden und wem sie wegen Ruhe und Ordnung verabreicht werden. Außerdem wird uns der langfristige therapeutische Effekt dieser „Medizin“ immer unklarer.

Wir teilen die Kritik der Kollegen v. Arnim und Erken, daß die Grünen Tranquilizer als Alternative sehen. Darüber hinaus finden wir, daß der Antrag der Grünen noch zu sehr in medizinischem Denken verhaftet ist. Sie denken zuwenig darüber nach, ob eine sinnvolle Akutbehandlung überhaupt in den bisher bestehenden Krankenhausstrukturen möglich ist.

An der Kritik der Kollegen von Arnim und Erken fällt uns folgendes auf: In ihren Arbeitsfeldern wären sie vom Antrag der Grünen gar nicht betroffen. Denn nur in den psychiatrischen Krankenhäusern sollen dem Antrag der Grünen nach die HPN verboten werden. Weshalb regen sie sich dann so auf? Offensichtlich sind sie sehr in einem naturwissenschaftlich-medizinischen Denken über psychische Erkrankungen getroffen.

Sie argumentieren beide vorwiegend mit dem Zwang zur symptomatischen Behandlung, solange die Ursachen psychischer Erkrankungen nicht erkannt seien. Die Symptomfreiheit ist ihr aktuelles Ziel. Die Ursachenforschung und damit Verhinderung psychotischer Erkrankungen ihre Hoffnung. Solange dies nicht erfüllt ist, bleibt einem nichts anderes übrig, als auf die HPN zurückzugreifen.

Wir halten diesen Denk- und Behandlungsansatz für ver-

kehrt. Und das aus folgenden Gründen:

1. HPN wirken nicht „symptomspezifisch“: Sie führen zu einer allgemeinen Hemmung des Denkens, der Gefühle und der Motorik, wobei sozusagen als Nebenwirkung auch psychotische Symptome gehemmt werden. Damit blockieren sie aber in der Hauptsache die Fähigkeiten, die ein Mensch braucht, um konstruktiv mit seinen Lebensproblemen umzugehen.

2. Wir bezweifeln den Zusammenhang „Symptome weg = Krankheit weg“. Dies mag für manche körperlichen Erkrankungen stimmen. Für psychische Erkrankungen stimmt er auf keinen Fall. „Auch haben wir ja nicht in erster Linie eine Krankheit, sondern einen besonderen Menschen in einer kranken und krankmachenden Situation zu behandeln.“ (Ciampi) Eine Schizophrenie und andere psychische Erkrankungen sind keine Grippe!

3. Viele Therapeuten behaupten,

daß die Symptommfreiheit durch HPN die Voraussetzung wäre, einen Zugang zum psychisch kranken Menschen zu finden.

Dieser Vorstellung liegt häufig die Vorstellung zugrunde, daß diese Menschen sich gern von ihren Symptomen „befreien“ lassen. In der Praxis muß man aber bei den meisten Menschen hartnäckige Verhandlungen führen oder Zwang anwenden, um sie von der Notwendigkeit einer Neuroleptikamedikation zu überzeugen.

Unseres Erachtens steckt hinter der Aussage „Symptommfreiheit als Zugangsvoraussetzung zum Menschen“ die Unfähigkeit der Therapeuten, den lebensgeschichtlichen Sinn in den Symptomen zu entdecken oder diese auch mal eine Weile auszuhalten, auch wenn man ihren Sinn nicht erkennen kann.

Verfechtern dieser therapeutischen Haltung sollte auch zu

denken geben, daß Fortschritte im Umgang mit psychisch kranken Menschen bisher nur dort erreicht werden konnten, wo man sich auf ihre Lebensäußerungen, ihre Lebensentwürfe eingelassen und sie begleitet hat und nicht dort, wo man sie bekämpft hat, egal ob chirurgisch, elektrisch, neuroleptisch oder pädagogisch/psychologisch.

Wenn in einer Nervenarztpraxis, auf einer neurologischen Station oder auch in einem psychiatrischen Krankenhaus wie bei uns noch zu viel HPN gegeben werden müssen, so bedeutet dies nur, daß in diesen Arbeits- und Behandlungsstrukturen andere, neuroleptikafreie oder -ärmere Behandlungswege nicht machbar sind. Dieses sich selbst und auch der Öffentlichkeit zuzugeben, halten wir für sinnvoller, als eine Neuroleptikamedikation mit mangelnder Ursachenkenntnis zu rechtfertigen.

Besonders konsequent scheint gar der Kollege Edi Erken in diesem Zusammenhang zu argumentieren. Er meint, die Verhinderung von psychotischen Erkrankungen sei ein erstrebenswertes Ziel. Und solange dies nicht erreicht sei, müsse man eben wie in anderen Gebieten der Medizin vorgehen. Diese Auffassung trennt nicht scharf genug zwischen der Hoffnung, in einem dialogischen und gleichberechtigtem Prozeß mit psychisch kranken Menschen bessere Wege zur Krisenbewältigung als bisher zu finden, und der Hoffnung, durch Erkenntnis der gesellschaftlichen und/oder biologischen Verursachung psychische Erkrankungen überflüssig zu machen. Letzteres halten wir für illusionär und gefährlich.

Warum? – Forschungen zu Fragen der transkulturellen Psychiatrie sind sich in einem Punkt einig: In keinem Kulturkreis und in keiner Gesellschaftsformation haben Menschen bisher auf die nur ihnen eigene Möglichkeit verzichtet, psychisch krank zu werden. Auch wir können uns zur Zeit keine humane Gesellschaft vorstellen, die so widerspruchsfrei und glatt durchgestylt ist, daß die Menschen auf die Möglichkeit verzichten könnten, mit psychischen Irritationen zu reagieren.

Der Glaube, daß man mit körpermedizinischen Verfahren psychische Erkrankungen „heilen“ könne, hat in der Geschichte der Medizin zu zahllo-

sen Irrwegen auf Kosten der so Behandelten geführt, aber nie zu Heilungen. „Es gab kaum eine Erfindung der Körpermedizin, die nicht auch als therapeutisches Mittel bei Menschen mit psychischen oder sozialen Auffälligkeiten ausprobiert wurde. Nicht einmal der Umstand, daß die Entlassungszahlen keineswegs dramatisch in die Höhe schnellten, konnte der Begeisterung für die Heilbarkeit Abbruch tun.“ (Dörner) Dies gilt auch für die Anwendung der HPN. Die Frage, die hier viel wichtiger ist, lautet doch wohl: Durch welche Mechanismen wird dieser Irrglaube auch heute noch aufrecht erhalten?

Die einzigen, die sich bisher eine widerspruchsfreie Gesellschaft und daraus abgeleitet eine erfolgreiche Ursachenbekämpfung psychischer Krankheiten vorstellen konnten und dies auch in die Tat umgesetzt haben, waren die Ärzte und ihr Hilfspersonal im deutschen Faschismus. Mit bekanntem Ergebnis: Die angeblich Unheilbaren wurden ermordet. Was weniger bekannt ist: Für die – wie auch immer – als heilbar erkannte Erkrankten sollte nach dem Krieg eine konsequente und durchdachte Therapie angeboten werden. Die Pläne der Nazipsychiater sind bekannt (Rudin, de Crinis) und haben erstaunliche Ähnlichkeit mit der Psychiatrieenquete unserer siebziger Jahre. An diesem historischen Beispiel können wir sehen, daß ein rigoroser medizinischer Bekämpfungswille und ein technokratisches Reformkonzept durchaus zusammengehen können – mit mörderischer und therapeutischer Konsequenz.

Unsere Schlußfolgerungen: Die Verteidigung der HPN durch die Kollegen v. Arnim und Erken ist sehr eng verbunden mit einer naturwissenschaftlich-körpermedizinischen Denkhaltung und Heilungserwartung. Diese ist aber auf die Psychiatrie nicht übertragbar und schadet den Betroffenen.

Eine humane Begleitung von Menschen mit psychotischen Krisen kann nur durch Helfer geschehen, die es als eines ihrer wesentlichen Ziele ansehen, auf HPN zu verzichten. Dieses Ziel in die öffentliche Diskussion zu bringen, ist ein Verdienst der oberbayerischen Grünen.

ULI LEWE
HUBERT SCHMIDT
THEISS URBACH
Gütersloh



„Falschaussage“

dg 2/89: Leere Kassen – Wie geht's weiter mit der AOK?

Mit großem Interesse habe ich den obengenannten Artikel gelesen. Allerdings bin ich sehr verwundert, daß in diesem Beitrag die AOK in Tauberbischofsheim als „Schwarzes Schaf“ mit einem Beitrag von über 14 Prozent bezeichnet wird. Ihre Kenntnisse über die Höhe der Beitragssätze entsprechen nicht mehr dem aktuellen Stand. Die AOK Main-Tauber-Kreis hat zum 1. Januar 1989 ihren Beitragssatz um 0,6 Prozentpunkte auf 13,6 Prozent gesenkt. Eigentlich unterstelle

ich einer Zeitschrift, die fachkompetent sein will, daß sie sich entsprechend informiert und keine Falschaussagen verbreitet.

Die AOK Main-Tauber-Kreis ist gerne bereit, falls Sie nicht über entsprechende Informationsquellen verfügen, Ihnen bei der Beschaffung benötigter Angaben behilflich zu sein, um Fehlerquellen zu vermeiden.

DR. LEOPOLD
Geschäftsführer der
AOK Main-Tauber-Kreis

Wir bedauern sehr, die Beitragssatzsenkung der AOK Main-Tauber-Kreis vom 1. Januar nicht berücksichtigt haben zu können. Der Redaktionsschluß für die Februarnummer war der 5. Januar. Die Red.

Haarsträubend

dg 2/89: „Tödliche Experimente? Studie zum akuten Herzinfarkt“

Als ich vor acht Jahren meinen Dienst in der Klinik begann, wurde ich auch mit Studien konfrontiert. Das Pflegepersonal hatte dabei die Möglichkeit, bei Gefährdung der Patienten einzugreifen. Außerdem konnten wir mitbestimmen, wie die Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Pflegepersonal erfolgen sollte. Leider hat das Engagement sehr stark abgenommen. Es wird alles geschluckt, und ohne großes Nachdenken wird alles ausgeführt, was von „oben“ diktiert wird.

Als die ISIS-2-Studie angesagt wurde, diskutierten Ärzte und Pflegekräfte, wie die Mehrarbeit aufgeteilt werden sollte. Ein Honorar von 30 000 Mark stand zur Debatte, und es wurde abgestimmt, wer nun für dieses Geld die Mehrarbeit in „Kauf“ nimmt – das Pflegepersonal darf gesetzlich kein Geld annehmen. Die Mehrarbeit bestand darin, alle Telefonate – pro Anruf gab es zehn Mark extra – aus allen Berliner und bundesdeutschen Krankenhäusern entgegenzunehmen und die Daten in ein dafür vorgesehenes Buch einzutragen sowie die Aktenführung, die bei Studien gesondert angelegt wird, zu übernehmen. Das Pflegepersonal entschied, diese Aufgaben ganz den Ärzten zu gönnen, denn der Pflegenotstand existiert nicht erst seit ein paar Tagen. Hier hatte man den Versuch gemacht, uns die Arbeit mit einem Honorar schmackhafter zu machen.

Zur Zeit läuft eine Studie, die ich mehr als fragwürdig halte. Bei Einlieferung mit akutem Herzinfarkt werden die Patienten zuerst gefragt, ob sie eine Einwilligung zu der Studie geben, obwohl sie noch starke Schmerzen haben, an Luftnot leiden. Bisher habe ich noch keinen Patienten erlebt, der ein „Nein“ geapst hätte. Die Studie trägt den Namen NAP, „Nitro, Adalat, Placebo“. Obwohl auch diese Medikamente mehr als gut bekannt sind, bei Adalat sogar der begründete Verdacht

besteht, daß es krebserregend ist, wird diese Studie nach dem Zufallsprinzip gehandhabt.

Der Ablauf ist einfach haarsträubend. Die Patienten stehen ständig unter Streß. Haben sie akute Schmerzen, werden Schmerzmittel gegeben, aber es gibt keine Möglichkeit, daß diese Mittel wirken können. Unsere Aufgabe ist es, über die Dauer von 100 Minuten im Zehn-Minuten-Rhythmus Blutdruck zu messen, den Patienten zu befragen und die Klassifizierung der Schmerzangabe genau zu dokumentieren. Das heißt, auch nachts darf der Patient nicht schlafen. Und wenn die Untersuchungszeiten nicht eingehalten werden, dann werden Beschwerden der Ärzte laut. Hat ein Patient das Pech, erneut Schmerzen zu bekommen, dann geht die 100minütige Tortour von vorne los.

Ich frage mich, ob mit diesen Studien ein Medikament für die Pharmaindustrie wichtig gemacht wird, ob ein Arbeitsvertrag eines Arztes verlängert werden kann, wenn er an einem Forschungsprojekt arbeitet?

Ob es sich um „tödliche Experimente“ handelt, hängt nicht nur von den ausprobierten Medikamenten ab, es kommt viel mehr darauf an, wie die Studien durchgeführt werden. Das zu prüfen, halte ich für äußerst notwendig.

MONIKA LOCH
Berlin

Lob

Ein riesiges Kompliment an Sie und Ihre Zeitschrift. Es war schon lange mal Zeit, daß im Gesundheitswesen eine Zeitschrift erscheint, die aus dem bisherigen Sumpf heraussticht. Weiter so!

Zu meiner Frage: Wäre es möglich, gleich mehrere Probehefte zu bekommen, um sie an Kolleginnen und Kollegen zu verteilen?

RALF LEHMANN
Karlsruhe

Anmerkung der Redaktion:
Wenn Sie dg bei Kolleginnen und Kollegen bekannt machen wollen, schicken wir Ihnen gerne ältere Ausgaben zu. Postkarte oder Anruf an die Redaktion genügt: dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 69 33 89.

Isolationshaft verurteilt

Der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ) hat anlässlich des Hungerstreiks der nach Paragraph 129a verurteilten RAF-Angehörigen an die Verantwortlichen in Politik und Verwaltung appelliert, die Isolation der Gefangenen aufzuheben. Ihre Haftbedingungen gingen, wie die medizinische Literatur und Untersuchungen an den Gefangenen selbst belegt hätten, offensichtlich mit gesundheitlichen Schäden einher. Der VdÄÄ nannte dabei Störungen wie vegetative Dysregulation, psychovegetative Erschöpfungszustände mit einer Abnahme der Muskulatur und Untergewicht trotz ausreichender Kalorienzufuhr. Diese Störungen seien dadurch verursacht, weil in der Isolation die Variation der Reize und damit die sinnlichen Erkenntnisprozesse und die Aktivität der Häftlinge reduziert würden. Der VdÄÄ machte in diesem Zusammenhang noch einmal auf das Gutachten des Schweizer Psychiaters Ralph Binswanger vor dem UN-Menschenrechtsausschuß aufmerksam, der in der Isolationshaft, wie sie in der Bundesrepublik praktiziert wird, den Tatbestand der Folter nach international anerkannten Definitionen erfüllt sieht.

Großbritannien: Umstrukturierung des Gesundheitswesens

Anfang Februar hat die britische Regierung erste Pläne für eine Umstrukturierung des für die Bürger weitgehend kostenlosen, steuerfinanzierten staatlichen Gesundheitswesens veröffentlicht. Demnach soll unter anderem für jeden praktischen Arzt eine Höchstsumme festgelegt werden, die er für Medikamente ausgeben darf. Gruppenpraxen mit 11 000 eingeschriebenen Patienten sollen beantragen können, einen bestimmten Haushaltsposten zu erhalten, der für die Bezahlung der Krankenhausbetreuung von Patienten dienen soll, wobei sie Überschüsse zur Hälfte einbehalten können. Staatliche Krankenhäuser mit mehr als 250 Betten sollen selbständig werden können und ihre Dienste an örtliche Gesundheitsbehörden,

Ärzte oder direkt an Privatpatienten verkaufen. Auch sie sollen Überschüsse erwirtschaften dürfen.

Sprecher der Labour-Opposition sehen in den Vorschlägen einen ersten Schritt zur Durchsetzung von Markt- und Wettbewerbsprinzipien im staatlichen Gesundheitssystem. Auch die Britische Ärztevereinigung hat die Reformpläne scharf kritisiert. Wenn den Ärzten Höchstsummen für Medikamente und Krankenhausbetreuung vorgeschrieben würden, könnten die Patienten sich nicht mehr sicher sein, ob die Ärzte aus finanziellen Gründen oder im Interesse der Kranken handelten. Gewerkschaften und Labourpartei wiesen darauf hin, daß die eigentlichen Probleme des britischen Gesundheitswesens durch den Entwurf der Regierung unangetastet blieben. Es werde zum Beispiel nichts dagegen unternommen, daß zur Zeit etwa 70 000 Patienten auf eine Krankenhausbehandlung warteten und die Kindersterblichkeit höher als in jedem anderen vergleichbaren Land sei.

Immer älter

Die durchschnittliche Lebenserwartung der Bundesbürgerinnen und -bürger nimmt nach Angaben des Statistischen Bundesamts in Wiesbaden weiter zu. Sie liegt für neugeborene Jungen bei 71,8 Jahren, für Mädchen sogar bei 78,4 Jahren. Seit 1970/72 ist damit die Lebenserwartung bei Ausgangswerten von 67,4 Jahren für Männer und 73,8 Jahren für Frauen jährlich um 0,3 Jahre gestiegen. In den sechziger Jahren hatte die Entwicklung zeitweise stagniert: Innerhalb des gesamten Jahrzehnts war die Lebenserwartung um weniger als ein halbes Jahr bei Männern und 1,4 Jahren bei Frauen gestiegen.

Literatur zur Ärzteausbildung

Ab sofort steht eine Literaturdokumentation zur Ärzteausbildung bei der Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin der Freien Universität Berlin allen Interessierten zur Verfügung. Die Dokumentation umfaßt rund 2000 Titel und ist auch nach Stichworten gegliedert. Informationen bei der Forschungsstelle, Eberhard Göbel, Udo Schagen, Klingsorstr. 119, 1000 Berlin 45.



Behindertensolidarität

Die Gesellschaft Internationale Solidarität Behinderter (GISBe) in Hamburg, deren Ziel es ist, im In- und Ausland für ein selbstbestimmtes Leben von behinderten Menschen einzutreten, ruft zum Beitritt auf. Die Gründungsmitglieder der GISBe kommen aus emanzipatorischen Krüppel- und Behinderteninitiativen und aus der „Soli-Bewegung“, wie sie in ihrem Aufruf schreiben. Die Gesellschaft will Kontakte von Einzelpersonen, Initiativen und Organisation im In- und Ausland herstellen und dem Ziel der „Hilfe zur Selbsthilfe“ entsprechende Projekte unterstützen. Sie grenzt sich dabei bewußt von der etablierten bundesdeutschen Behindertenpolitik ab, die nur „goldene Käfige“ für Behinderte schaffe, Unselbstständigkeit reproduziere und Behinderte zu Objekten der Wohltätigkeit degradiere.

Kontakt: GISBe, c/o Udo Sierck, Nati Radtke, Fischersallee 78, 2000 Hamburg 50.

UdSSR: Psychiatrie-Inspektion

Eine Kommission aus 19 US-amerikanischen Psychiatern und Ärzten hat sich Anfang März zwei Wochen lang in der UdSSR aufgehalten, um psychiatrische Kliniken der Sowjetunion zu besichtigen. Die Kommission hat nach Angaben ihres Leiters, des stellvertretenden Staatssekretärs für Menschenrechtsfragen der USA, Robert Farrand, die neuesten Entwicklungen und Veränderungen der Psychiatrie in der UdSSR untersucht. Ein Bericht über die Untersuchung werde demnächst veröffentlicht.



Spenden für Dr. Theissen

Die Humanistische Union hat jetzt ein Spendenkonto zur Prozeßkosten- und allgemeinen Unterstützung von Dr. Horst Theissen, der seit September 1988 wegen illegaler Abtreibungen in Memmingen vor Gericht steht, eingerichtet. Bis zum Urteil würden die Prozeßkosten mehrere hunderttausend Mark betragen, befürchtet die Humanistische Union, und bei einer eventuellen Revision, einem Gang vor den Bundesgerichtshof, würden weitere Kosten entstehen. Im Memminger Prozeß gehe es nicht allein um das berufliche und persönliche Schicksal von Dr. Theissen, er berühre darüber hinaus die Interessen aller Frauen, die in Zukunft einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, erklärte der Bundesverband von Pro familia, der den Spendenaufruf mit unterstützt. Dr. Theissen ist nach Zeitungsberichten bereits gezwungen gewesen, sein Privathaus und seine Praxis zu verkaufen. Spenden Sie bitte auf das Sonderkonto Dr. Theissen, Kontonr. 1700 678 604, Bank für Gemeinwirtschaft München, BLZ 200 101 11.

USA: Nur noch Jungen?

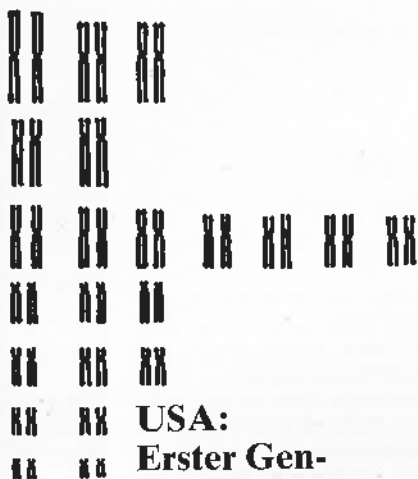
Amerikanische Pränataldiagnostiker befürworten immer stärker eine vorgeburtliche Geschlechtsbestimmung als Grundlage einer Abtreibungsentscheidung. Dies ergebe ein Vergleich zweier Untersuchungen, in denen die Ärzte in der Pränataldiagnostik über ihre Einstellung zur Geschlechtsbestimmung während der Schwangerschaft befragt wurden, wie die „Ärzte Zeitung“ am 1. März meldete. 1973 hätte nur ein Prozent der betreffenden Ärzte solche Untersuchungen befürwortet, während es 1988 annähernd 20 Prozent gewesen seien. Ursachen für die steigende Akzeptanz sehen die Verfasser der Studie, Fletcher, Virginia, Evans, Detroit, und Platt, Los Angeles, in der deutlich gewachsenen Verfügbarkeit der Diagnosetechniken, einer stärkeren Nachfrage der Eltern und der wachsenden Bereitschaft von Ärzten, sich unabhängig von medizinischen Erfordernissen an den Wünschen von Eltern zu orientieren. Fast immer werde männlicher Nachwuchs gewünscht.

Pestizidvergiftungen in der Dritten Welt

In den Ländern der Dritten Welt kommt es zu erheblich mehr Pestizidvergiftungen, als bisher angenommen wurde. Diesen Schluß legt eine Untersuchung nahe, bei der in Nicaragua fast 400 Vergiftungsfälle entdeckt wurden, die normalerweise nicht registriert worden wären (New Scientist 120, 1636, 1988). Eine Arbeitsgruppe der McMasters Universität in Ontario hatte in der Region Leon-Chinandega in Nicaragua Blut

von 1960 Arbeitern getestet, die mit Pestiziden in Kontakt kommen. Bei 151 von ihnen fanden sich unnormal erniedrigte Cholinesterase-Werte, was zu den typischen Symptomen einer Pestizidvergiftung, zu Muskelkrämpfen, führe. In den Monaten September bis Dezember, wenn die meisten Pestizide versprüht werden, stiege die Zahl der Fälle auf das Achtfache an. Der Epidemiologe Donald Cole, der an der Untersuchung teilnahm, zieht daraus den Schluß, daß die bisher statistisch erfaßten Fälle von Pestizidintoxikationen nur „die Spitze eines Eisberges“ seien.

Foto: Rantzow



USA: Erster Gen- versuch beim Menschen

Zum ersten Mal soll jetzt in den USA Menschen genetisch verändertes Material injiziert werden, wie Dr. W. French Anderson, Leiter eines Projekts am National Institute of Health in Bethesda/Maryland, in einem Interview mit der Neu-Isenburger „Ärzte Zeitung“ vom 20. Februar erklärt hat. Der Versuch sei von den zuständigen Behörden endgültig genehmigt worden und werde im Anschluß an die letzten Sicherheitsüberprüfungen demnächst gestartet.

Bei dem Experiment sollen bei zehn Patienten mit malignem Melanom im Endstadium besondere Lymphozyten, Tumor

Infiltrating Lymphozyten, extrahiert werden, um diese mit Interleukin-2 zu aktivieren und anschließend den Patienten wieder zu injizieren. Bisher sei es nicht möglich gewesen, den Weg dieser Zellen im Körper zu verfolgen. Anderson hofft, dies nun mit Hilfe einer genetischen Markierung leisten zu können. Für die Patienten sei diese Markierung nahezu ohne Risiko, wie der Wissenschaftler gegenüber der „Ärzte Zeitung“ erklärte.

Die Molekularbiologin Regine Kollek kritisierte das Vorhaben der US-amerikanischen Forscher als ersten Schritt „auf jenen schlüpfrigen Abhang, der mit ziemlicher Sicherheit in die genetische Veränderung des Menschen“ münden werde. Problematisch sei, daß man einen viralen Vektor benutze, um ein neues Gen einzuschleusen. Dabei sei nicht geklärt, ob dabei neue Viren entstehen oder bereits vorhandene Viren aktiviert würden.

Flaschenpost gegen Plastikmüll

Mit einer originellen Aktion protestiert der Bund für Umwelt und Naturschutz (BUND) gegen Einwegverpackungen aus Kunststoff. Über 300 Kreis- und Ortsgruppen des BUND schickten im März eine „Flaschenpost in ausgedienten Limonadenflaschen an die wichtigsten deutschen Handelszentralen, die eine PETition gegen Plastik-ProVoCation enthält. Dort werden die Unternehmen aufgefordert, Kunststoffflaschen, die PET und PVC enthalten, aus dem Programm zu nehmen. Obwohl am 1. März die Rechtsverordnung über die Rücknahme und Pfanderhebung von Getränkeverpackungen aus Kunststoff in Kraft trat und Coca-Cola und Pepsi-Cola ihre Plastikverpackungen für Getränke vom Markt gezogen haben, seien weiterhin zahllose Plastikbehälter auf dem Markt. Derzeit landeten jährlich 2,7 Milliarden Kunststoffflaschen, das seien 83 000 Tonnen, in der Bundesrepublik auf dem Müll, monierte der BUND.



Arztpraxen: Keine Frittenbude

yn – Arztpraxen sind etwas Besonderes. Hier darf zwar Geld verdient werden, aber ein Gewerbebetrieb sind sie deshalb noch lange nicht

Anfang Januar bekommt Martina Gerber von ihren Chefs eine betriebsbedingte Kündigung. Die schwieriger werdende wirtschaftliche Situation mache Einsparungen erforderlich, so heißt es in dem Schreiben der drei Laborärzte, die insgesamt etwa 70 Frauen in ihrer Laborpraxis beschäftigen. Ob die Herren am Hungertuch nagen? Wohl kaum, denn sie können es sich immerhin leisten, Frau Gerber zum 31. März zu kündigen, aber auf ihre Arbeit bereits mit dem Tag der Kündigung, dem 6. Januar, zu verzichten.

Einen Betriebsrat, der dagegen protestieren könnte, gibt es nicht, und vielleicht liegt hier die Stelleneinsparung begründet, denn Martina Gerber hatte sich im vergangenen Jahr für die Wahl einer Arbeitnehmervertretung stark gemacht. Vergeblich. Auf der Betriebsversammlung hätten die Chefs gedroht, bei der Wahl eines Betriebsrats den Laden dicht zu machen, so Gerber gegenüber dg. Eine Drohung, die wohl besonders wirksam ist, wenn die Beschäftigten zumeist ungelernt oder ohne entsprechende Fachausbildung sind, wenn viele der Frauen alleinerziehend sind und

vorher lange arbeitslos waren. Ein niedriger gewerkschaftlicher Organisationsgrad tut da sein übriges. Vor dem Arbeitsgericht, vor dem Frau Gerber gegen die Kündigung klagte, erklärten die Ärzte, weshalb sie nichts von einem Betriebsrat wissen wollen: Weil „ihr Labor nach ihrer Ansicht kein betriebsratsfähiger Betrieb sei“.

Für das Arbeitsgericht war die betriebsbedingte Kündigung in Ordnung. Wegen der gesetzlichen Kostendämpfungsmaßnahmen spräche viel dafür, daß nur ein geringer Teil der Beschäftigten gehalten werden könne. Und da die Arbeit der Klägerin auf zehn andere Laborbeschäftigte verteilt worden sei, wäre es möglich gewesen, sie sofort von der Arbeit freizustellen.

Die betriebsbedingte Kündigung war nicht die einzige, mit der sich das Arbeitsgericht auseinandersetzen mußte. Hilfsweise sprachen die Laborärzte weitere ordentliche Kündigungen aus. Was war geschehen? Am 10. Januar war ein Beamter des Gewerbeaufsichtsamts zur Überprüfung der Praxis erschienen. Der hatte pikanterweise ein Schreiben der ÖTV an die Aufsichtsbehörde liegen gelassen, in dem die Gewerkschaft mitteilt, daß Mitglieder Mängel in der „Einhaltung der Arbeitsstättenverordnung, der Unfallverhütungsvorschriften und Verstöße gegen das Arbeitssicherheitsgesetz“ angezeigt hätten. Durch diese Anzeige, so fand das Gericht, sei das für jedes Arbeitsverhältnis notwendige Vertrau-

Arbeitgeber „versicherten- feindlich“

Der Vorsitzende des Verbands der Angestellten-Krankenkassen, Karl Kaula, hat die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) für „versichertenfeindlich“ erklärt. Mit diesem Argument lehnte er die Forderung des BDA ab, auch bei den Ersatzkassen eine paritätische Besetzung der

ensverhältnis gestört. „Wenn eine von einem Arbeitnehmer gegen seinen gesetzwidrig handelnden Arbeitgeber erstattete Anzeige sogar zur außerordentlichen Kündigung berechtigen kann ... so wird das um so mehr auch für eine ordentliche Kündigung zu gelten haben“, stellte das Gericht fest. Frau Gerber hätte vorher den Arbeitgeber auf die Mißstände aufmerksam machen müssen, bevor sie sich an die ÖTV beziehungsweise an das Gewerbeaufsichtsamt wandte.

Dank dieser Entscheidung und dank der Schusseligkeit, oder wenn man böse sein will, der Kumpanei des Gewerbeaufsichtsamts, wird sich wohl niemand mehr über schlechte Arbeitsbedingungen beschweren. Zumal dies ein ohnehin erfolgloses Unterfangen zu sein scheint. Denn den Klagen der ÖTV über die mangelnde Qualität der Arbeitsplätze, unter anderem zu wenig Platz, Lärm, unzureichende Lüftung, defekte Abzüge, ist das Gewerbeaufsichtsamt erst gar nicht nachgegangen. „Da die Ausübung der ärztlichen und anderer Heilberufe vom Geltungsbereich der Gewerbeordnung ausgenommen ist, findet auch die Arbeitsstättenverordnung auf Arztpraxen keine Anwendung“, so die Begründung der Behörde.

In einer Frittenbude wäre das nicht passiert. Die sei nämlich leichter zu schließen, als ein ärztliches Unternehmen, hatte Hermann Heinemann, Gesundheitsminister Nordrhein-Westfalens, bereits im Januar die fehlenden Kontrollmöglichkeiten kommentiert und eine Verschärfung der staatlichen Regelungen gefordert.

Selbstverwaltungsorgane einzuführen. Dagegen sei vielmehr bei allen Krankenkassen eine Selbstverwaltung ohne Arbeitgebervertreter „Gebot der Stunde“. Angesichts der Zuwächse bei den Unternehmergewinnen von zehn Prozent in 1988 bei gleichzeitig sinkenden Zuwächsen der Bruttoeinkommen von Arbeitnehmern sei etwa die Forderung des BDA nach mehr Selbstbeteiligung „schlicht empörend“, erklärte Kaula.

Gesundheitsminister: Methadon erlaubt

Die Konferenz der Gesundheitsminister der Bundesländer hat sich Ende Februar für den „verantwortbaren Einsatz“ von Methadon in der Drogentherapie entschlossen. Ausschlaggebend für die Entscheidung war der Meinungswandel des niedersächsischen Sozial- und Gesundheitsministers, Hermann Schnipkowitz (CDU), der die sechste befürwortende Stimme gegen fünf mit „Nein“ votierende Minister abgab. Schnipkowitz erklärte seinen Wandel mit den Erkenntnissen, die er auf einer USA-Reise mit der ehemaligen Gesundheitsministerin Rita Süßmuth im vergangenen Jahr gewonnen habe. Die Minister der SPD-re-



Hermann Heinemann: Das Methadonprogramm in Nordrhein-Westfalen soll auf die Städte Bielefeld und Köln ausgeweitet werden.

gierten Länder, die die Entschloßung unterstützten, betonten, daß Methadon nur in medizinisch begründeten Einzelfällen an Drogenabhängige vergeben werden solle. Außerdem müsse eine kontrollierte psychosoziale Betreuung während der Behandlung vorausgesetzt werden.

Der Gesundheitsminister von Nordrhein-Westfalen, Hermann Heinemann (SPD), kündigte unterdessen an, das Methadonprogramm in seinem Bundesland trotz eines „bitteren Rückschlags“ auszuweiten. Im vergangenen Dezember hatte ein Teilnehmer Selbstmord begangen. Zusätzlich zu Düsseldorf, Essen und Bochum sollen nun auch in Bielefeld und Köln Heroinabhängige unter bestimmten Bedingungen Methadon erhalten können.



Hermann Schnipkowitz: Nach einer Informationsreise in die USA auf die Seite der Methadonbefürworter gewechselt.

Saarland: Spritzenautomaten

Am 16. Februar ist in Saarbrücken ein erster Spritzenautomat aufgestellt worden, wie die Gesundheitsministerin des Saarlands, Brunhilde Peter (SPD) mitteilte. Für eine Mark könnten dort drei sterile Spritzen gezogen werden. Für benutzte Spritzen sei ein Abfallschachtel am Automaten angebracht. Mit dieser Maßnahme solle ein Beitrag zur Bekämpfung der HIV-Übertragung bei Drogenabhängigen geleistet werden.

Vorsicht vor Femovan

Das Bundesgesundheitsamt hat Ende Februar – Monate nach der BUKO Pharmakampagne – vor den Gefahren durch neuere, niedrig dosierte orale Kontrazeptiva gewarnt. Dabei handelt es sich vor allem um das Präparat Femovan der Firma Schering (siehe dg 12/88). Laut BGA liegen „eine Reihe dokumentierter Fälle vor, in denen es unter der Einnahme niedrig dosierter oraler Kontrazeptiva zu thromboembolischen Komplikationen kam“. Nach Meldungen des Nachrichtenmagazins „Der Spiegel“ sollen allein in der ersten Februarwoche acht Meldungen hinzugekommen sein. Nach Auffassung des BGA muß von einem „beachtlichen Risiko“ bei Einnahme von niedrig dosierten „Pillen“ ausgegangen werden.

Betrifft: Abrechnungsbetrug

Die bundesdeutschen Ärzte haben trotz gegenteiliger Vermutungen Humor, zumindest unfreiwilligen. Die Akademie für ärztliche Fortbildung bringt es doch tatsächlich fertig, ein offizielles, steuerlich absetzbares Seminar zum Thema „Betrügerische Abrechnungen“ durchzuführen, nicht ohne den Hinweis, daß jeder seinen Beruf ausübende Arzt gesetzlich verpflichtet ist, sich fortzubilden. Daß es bei diesem Thema Riesenandrang geben wird, schätzt auch die Akademie ganz realistisch ein: „Anmeldung unbedingt erforderlich“

Gesehen von Wilfried Harthan

Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL

THEMA: PROSTATAEKANKRANKUNGEN
Samstag, 11. März 1989 (9.30 s. t. bis 16 Uhr)
Tagungsort: Münster
 Ärztehaus II, Großer Sitzungssaal,
 Kaiser-Wilhelm-Ring 4-6
THEMA: BETRÜGERISCHE ABRECHNUNGEN
 KASSENÄRZTLICHER LEISTUNGEN
 UND IHRE RECHTSFOLGEN
 (Anmeldung unbedingt erforderlich)
Samstag, 11. März 1989 (9.30 bis 13 Uhr)
Tagungsort: Paderborn
 Hotel „Arosa“, Westermäuer
THEMA: WAS GIBT ES NEUES IN DER DIAGNOSTIK
 UND THERAPIE DER PANKREATITIS?



31.3. – 2.4.**Münster**

Treffen der Elterninitiative alkoholgeschädigter Kinder
Kontakt: Helga Thater, Prinzeß-Luise-Straße 50, 4330 Mülheim/Ruhr, Tel. (02 08) 42 94 26.

3.4.**Frankfurt**

Beginn des ersten Weiterbildungslehrgangs zur/zum Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie
Kontakt: Berufsfortbildungswerk des DGB, Gutleutstraße 169–171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 23 50 91–95.

4. – 6.4.**Karlsruhe**

Seminar: „Kooperation der Pflegekräfte mit Angehörigen von Patienten in Krankenhaus und Altenheim“
Kontakt: Evangelisches Fachseminar Karlsruhe-Rüppurr, Diakonissenstraße 28, 7500 Karlsruhe-Rüppurr, Telefon (07 21) 8 89 26 63.

7. – 9.4.**Bonn**

Grundlagenseminar: Für die Dritte Welt noch gut genug. Das Geschäft der Pharma-Multis mit dem Export
Kontakt: BUKO-Pharma-Kampagne, August-Bebel-Straße 62, 4800 Bielefeld 1, Tel. (05 21) 6 05 50.

7. – 9.4.**Berlin**

1. Europäischer Kongreß der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher
Kontakt: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Westring 2, 4700 Hamm 1, Tel. (023 81) 2 58 55.

8.4.**Frankfurt**

Sozialpolitisches Forum unter dem Motto: „Sozial kaputt? Wird nicht mehr finanziert, wer sich heute noch engagiert?“
Kontakt: AG Spak, Adlzreiterstraße 23, 8000 München 2, Tel. (089) 77 40 77.

8. – 9.4.**Kaufungen**

Programmdiskussion für die Gründung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten
Kontakt: Volker Kluy, Grindelhof 19, 2000 Hamburg 13.

12. – 14.4.**Düsseldorf**

Fortbildungsseminar: „Begleitung Sterbender“
Kontakt: Kaiserswerther Seminare, Alte Landstraße 121, 4000 Düsseldorf 31, Tel. (02 11) 40 96 65 oder 4 09 25 92.

14. – 16.4.**Loccum**

Genom-Analyse an Arbeitnehmern: Schutz oder Auslese?
Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Telefon (057 66) 810.

15. – 16.4.**Bielefeld**

Arbeitstagung: „Zukunft in der Gesundheitspolitik“
Kontakt: Dr. med. D. Borgers, IDIS, Westerfeldstraße 35/37, 4800 Bielefeld 1, Tel. (05 21) 8 60 34.

20. – 21.4.**Düsseldorf**

„Wirklichkeitsschock? Ein Seminar für neu examinierte Schwestern und Pfleger“
Kontakt: Kaiserswerther Seminare, Alte Landstraße 121, 4000 Düsseldorf 31, Tel. (02 11) 40 96 65 oder 4 09 25 92.

22.4.**Iserlohn**

Ganztägiges Treffen für Psychiatrie-Betroffene: „Menschen am Rande der Psychiatrie“
Kontakt: Evangelische Akademie Iserlohn, Berliner Platz 12, 5860 Iserlohn.

28. – 30.4.**Berlin**

Gemeinsamer Kongreß des Landesverbands der Betriebskrankenkassen und der Ärztekammer Berlin: „Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung“
Kontakt: Kongreßbüro Landesverband der Betriebskrankenkassen, Sarah Schepper und Michael Stratmann, Potsdamer Straße 58, 1000 Berlin 30, Tel. (030) 2 62 70 91.

28.4. – 1.5.**Hannover**

7. Bürgerinitiativen Verkehrskongreß: „Ausstieg aus der Autogesellschaft“
Kontakt: AK Verkehr, Kirchstraße 4, 1000 Berlin 21, Tel. (030) 3 92 61 46 (Montag bis Freitag 11–16 Uhr).

2. – 6.5.**Berlin**

92. Deutscher Ärztetag
Kontakt: Bundesärztekammer, Lewin-Straße 1, 5000 Köln 41, Tel. (02 21) 4 00 41.

5. – 7.5.**Hannover**

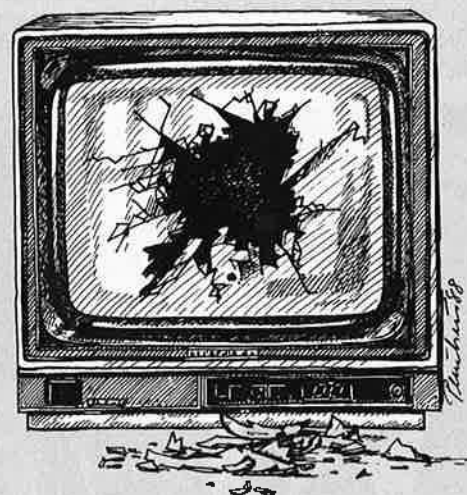
Fachtagung Medizin der VDS. Themen unter anderem: Erarbeitung eines Studienreformmodells, Medizin im Nationalsozialismus
Kontakt: VDS-Fachsekretariat Medizin, Deutschhausstraße 2, 3550 Marburg, Tel. (064 21) 6 73 44.

6.5.**Oberhausen/
Philippsburg**

Fachtagung: „Radioaktivität und Strahlenbelastung“
Kontakt: Bürgerinitiative Umweltschutz Philippsburg-Waghäusel e.V., c/o Werner Aust, Egerlandstraße 1, 6838 Reilingen, Tel. (062 05) 1 35 30.

8. – 10.5.**Düsseldorf**

Seminar: Frauen und Berufsarbeit. Zur beruflichen Identität von Frauen
Kontakt: Kaiserswerther Seminare, Alte Landstraße 121, 4000 Düsseldorf 31, Telefon (02 11) 40 96 65 oder 4 09 25 92.



Glotze

- | | | |
|-------|-------|---|
| 2.4. | 17.30 | Globus – Die Welt, von der wir leben. Denkanstöße zum Schutz unserer Umwelt (ARD) |
| 4.4. | 17.45 | Der Landarzt. Jeden Dienstag im ZDF |
| 4.4. | 21.00 | Report – München (ARD) |
| | 23.00 | Tod in Deutschland – Die Opfer von Ramstein (WDR 3) |
| 5.4. | 21.45 | Hobbythek. Zum Thema Waschmittel für saubere Wäsche und Umwelt (WDR 3) |
| 6.4. | 21.00 | Gesundheitsmagazin Praxis. Über Fehldiagnosen (ZDF) |
| 7.4. | | Weltgesundheitstag. Deshalb keine Glotze |
| 9.4. | 11.15 | Konrad Lorenz: Von Gänsen und Menschen (ZDF) |
| 10.4. | 22.10 | „Töten oder leben lassen – ist das die Frage?“ – Eine Live-Diskussion über Abtreibung (ZDF) |
| 11.4. | 21.00 | Panorama. Wahrscheinlich mit einem Beitrag zur Qualität der zahnärztlichen Versorgung (ARD) |
| 15.4. | 16.40 | Gesundheit! Medizin im Ersten. |
| 18.4. | 21.00 | Report – SWF (ARD) |
| 19.4. | 15.30 | Schöne Aussichten (1) – Alkohol am Arbeitsplatz (ARD) |
| 20.4. | 15.30 | Schöne Aussichten (2) – Alkohol am Arbeitsplatz (ARD) |
| 29.4. | 22.00 | Ausnahmsweise: Das Wort zum Sonntag, da eine Pfarrerin aus Remscheid spricht (ARD) |

12. - 21. 5.

Kassel

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

16. - 19. 5.

Karlsruhe

Seminar: Das Pflegemodell nach Nancy Roper. Pflegerische Konsequenzen für die Gemeindekrankenpflege.
Kontakt: Evangelisches Fachseminar, Diakonissenstraße 28, 7500 Karlsruhe 51, Tel. (07 21) 8 89 26 63.

24. 5.

Hamburg

Seminar: „Verwirrtheit im Alter“
Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Billhorner Deich 94, 2000 Hamburg 28, Tel. (040) 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

Tagung „Nahrungsmittel im Zwielicht“: Umweltbilanz, Welthandel, Konsumentenverhalten und Ernährungssicherung
Kontakt: Gustav-Stresemann-Institut, Frau Schäfers, Langer Grabenweg 68, 5300 Bonn 2, Tel. (02 28) 8 10 71 72.

26. - 28. 5.

Altenkirchen

Bundestreffen der organisierten Tiefflüggewerinnen und -gegner
Kontakt: Bundeskoordination der Tiefflüggewer, Obere Schloßgasse 3, 6509 Biebelnheim.

29. 5. - 1. 6.

Düsseldorf

Bildungsurlaubsseminar: „Helfen als Beruf: Rollenerwartungen - Rollenkonflikte - Rollenerschöpfung“
Kontakt: Kaiserswerther Seminare, Alte Landstraße 121, 4000 Düsseldorf 31, Telefon (02 11) 40 96 65 oder 4 09 25 92.

1. 6.

Frankfurt

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

3. 6.

München

Demonstration anlässlich der zu erwartenden 2. Teilerrichtungs-genehmigung für die Wiederaufbereitungsanlage in Wackersdorf
Kontakt: Anti-WAA-Büro, Postfach 1145, 8460 Schwandorf, Tel. (094 31) 10 29.

6. - 9. 6.

Hannover

15. Deutscher Krankenhaustag und Interhospital
Kontakt: Deutsches Krankenhausinstitut, Kongreßsekretariat, Tel. (02 11) 45 48 80.

7. - 8. 6.

Frankfurt

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

8. - 11. 6.

Bamberg

21. Wissenschaftlicher und berufspolitischer Kongreß des Deutschen Ärztinnenbunds
Kontakt: Dr. Jutta Schimmelpfennig, 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. (04 51) 7 31 75; Anmeldungen an Landes-seminar für Krankenpflege, Kronshagener Weg 130a, 2300 Kiel.

9. - 11. 6.

Mainz

Gesundheitspolitischer Kongreß. Schwerpunkt: „Zusammenarbeit in der Medizin“
Kontakt: Organisationskomitee GPK, c/o Fachschaft Medizin Klinik, Langenbeckstraße 1, 6500 Mainz, Tel. (061 31) 17 25 37.



Arbeiterwohlfahrt

Bezirksverband Hessen-Nord e. V.

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin für unsere Lehranstalt für Altenpflege in Kassel eine/n

Unterrichtsschwester/Unterrichtspfleger

für die praktische Anleitung und den Unterricht in der Altenpflege sowie den angrenzenden medizinisch-pflegerischen Fächern. Von unserer/n neuen Mitarbeiter/in erwarten wir, daß sie/er bereit ist, die praktische Ausbildung in den uns angeschlossenen Praxiseinrichtungen durchzuführen.

Da wir eine vergleichsweise große Ausbildungsstätte für Altenpflege sind, wird der/die neue Mitarbeiter/in mit mehreren Kollegen die Ausbildungstätigkeit im Team durchführen. In der gemeinsamen Arbeit und dem Umgang mit den Schülern/innen müssen selbstverständlich die Inhalte der fachpolitischen Ziele der Arbeiterwohlfahrt deutlich werden. Wir erwarten daher eine konstruktive, kritische Auseinandersetzung der Bewerber/innen mit unserer Zielsetzung.

Darüber hinaus setzen wir die Bereitschaft voraus, Verantwortung für gesamte Lehrgänge zu übernehmen und sich aktiv an der Weiterentwicklung unserer Lehrpläne zu beteiligen.

Die Vergütung erfolgt nach dem Bundesmanteltarif der Arbeiterwohlfahrt.

Für nähere Informationen über Inhalt und Ablauf im Zusammenhang mit dem neuen Arbeitsplatz steht Ihnen der Leiter der Altenpflegelehranstalt, Herr Mathes, zur Verfügung (Tel.: 05 61 / 6 50 39).

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

Arbeiterwohlfahrt
Bezirksverband Hessen-Nord e. V.

- Personalverwaltung -
Ruhlfstraße 6, 3500 Kassel

Arbeiterwohlfahrt
Verband für soziale
Arbeit

PROFAMILIABREMEN

sucht für das Beratungszentrum

Ärztin/Arzt

für den ambulanten, operativen Bereich Schwangerschaftsabbruch und/oder Sterilisation des Mannes.

Arbeitsbereiche des Zentrums sind alle Aspekte und Probleme, die mit Sexualität, Partnerschaft, Familienplanung, Schwangerschaft und Empfängnisverhütung zu tun haben. PROFAMILIABREMEN ist Ansprechpartner für Mädchen und Jungen, Frauen und Männer, die Fragen haben, Informationen benötigen, Rat suchen oder medizinische Hilfe brauchen.

Wenn Sie Lust haben, in einem interdisziplinär zusammengesetzten Team zu arbeiten, richten Sie Ihre Bewerbung an uns. Für nähere Informationen stehen wir jederzeit gern zur Verfügung.

Pro Familia Bremen, Stader Str. 35, 2800 Bremen 1,
Tel (04 21) 49 10 90

Wir suchen **zivildienstleistenden Arzt** für unsere Kinderklinik zum 1. 9. 1989. Bewerbungen bitte an Dr. W. Eisenberg, Chefarzt der Kinderklinik, Kreiskrankenhaus Herford, Postfach 2151/2161, 4900 Herford

Kinderarzt (5. WB-Jahr) sucht Mitarbeit o. Vertretung in Kinderarztpraxis ab April '89 im Raum Bremen. V. Rongen, Richard-Wagner-Straße 28, 2800 Bremen, Tel. (04 21) 34 12 87

Flure, Aufenthaltsräume, Arzt- und Schwesternzimmer, sogar manche Krankenzimmer ähneln eher Räucher-
kammern als einem Ort, wo Menschen
gesund werden sollen. Und ehe man
ein vollständig „rauchfreies“ Kran-
kenhaus findet, muß man schon lange
suchen.

Obwohl alle wissen, daß Rauchen ge-
sundheitsschädlich ist, widersetzen
sich auch Beschäftigte in den Kliniken,
wenn ein Rauchverbot verhängt wird.
Und das nicht nur, weil sie selber
rauchen. dg-Redakteur Uli Menges
hat nachgehört, warum es so schwie-
rig ist, im Krankenhaus Zigaretten-
pause zu machen



Helga Weiß ist seit 13 Jahren Krankenschwester. Gleich nach ihrem Examen fing sie auf der Intensivstation eines Krankenhauses im Rheinland an, zunächst im Tagdienst, später – nach der Geburt ihrer zwei Kinder – im Nachtdienst. „Geraucht habe ich während dieser Jahre im Dienst immer. Gerade die Nachtdienste waren oft ungeheuer stressig. Wenn dann endlich mal Zeit für die Pause war, ging mir nichts über einen Kaffee und eine Zigarette. Gedanken, mit dem Rauchen aufzuhören, habe ich mir zwischendurch immer wieder gemacht, aber wohl eher aus Gewohnheit weitergeraucht. Daß Rauchen gesundheitsschädlich ist, weiß ich natürlich, schließlich habe ich genügend Leute mit einem Herzinfarkt gesehen, die vorher geraucht haben.“ Diese Meinung einer Krankenschwester ist so oder ähnlich immer wieder zu hören, wenn in den Krankenhäusern das Thema Rauchen, oder besser: Nichtraucher, diskutiert wird.

Was ist der Antrieb, das Elend vor Augen, sich selber ins Elend zu stürzen, mag der passionierte Nichtraucher da fragen. „Das ist doch klar“, gibt Helga Weiß zu verstehen, „bereits als ▶



ZIGARETTEN-PAUSE

RAUCHEN IM KRANKENHAUS

Pflegeschülerinnen haben wir damals gemerkt, daß es uns jeder zugesteht, auch die Nonnen, wenn wir mal ein paar Minuten Zeit für eine Zigarettenpause haben wollten. Um andere Pausen hat sich niemand zu fragen getraut.“

Seit einigen Monaten arbeitet Helga Weiß wieder im Tagdienst im OP. Im Aufenthaltsraum darf nicht geraucht werden, „weil der Chef Nichtraucher ist“. So reicht es meistens nur für eine Zigarette zwischendurch in einer kleinen Abstellkammer, auf die sie aber ungern verzichten möchte. Reine Rauchverbote hält sie für sinnlos. „Die würden doch irgendwie unterlaufen“, glaubt sie.

Das Paffen im und ums Krankenbett bringt mittlerweile so manchen auf die Palme. „Wieso eigentlich soll ich mir das tatenlos ansehen?“ fragt ein Oberarzt, „es kommt doch auch keiner auf die Idee, sein Bier hier statt zu Hause vor dem Fernseher zu trinken.“ Dabei stellt sich heute in den meisten Krankenhäusern der Bundesrepublik die Situation schon völlig anders dar als einige Jahre zuvor. Anfang der siebziger Jahre war das Rauchen in Krankenzimmern und auf den Fluren noch eine Selbstverständlichkeit. Auch der Doktor mit dem Glimmstengel in der einen, mit dem Stethoskop in der anderen Hand war durchaus kein seltener Anblick.

Die Auswirkungen des Zigarettenqualms auf die Gesundheit waren zu dieser Zeit längst belegt.

Jede Zigarette stellt ein Konglomerat verschiedener Umweltgifte dar. Einzeln oder synergistisch können diese zu Schädigungen der Gesundheit führen. Die genauen Mechanismen der Pathogenese sind dabei bis heute noch weitgehend unbekannt. Unumstritten ist der Einfluß des Rauchens auf die Erkrankung an Tumoren der Luftwege, also Kehlkopf- und Lungenkrebs. Nach großen Statistiken haben 80 bis 85 Prozent der Lungenkrebskranken vorher regelmäßig geraucht. Ein Grund dafür, die Rolle anderer Gifte in der Umwelt und am Arbeitsplatz zu negieren, ist dieses nicht. Darauf verweist Reinhold Konstanty vom Deutschen Gewerkschaftsbund: „Ich halte es für völlig unredlich, immer nur auf das Rauchen hinzuweisen, dann werden wir in 50 Jahren noch nicht zu begründeten Ergebnissen gekommen sein, wenn wir das Rauchen als Alibi für den Anstieg von Atemwegserkrankungen vorschreiben.“

Für die Erkrankungen des arteriellen Gefäßsystems gilt Rauchen nach umfangreichen epidemiologischen Studien heute weltweit als Risikofaktor Nr. 1. Daß die Konstellation Risikofaktor/Erkrankung nicht dem einfachen Kausalitätsprinzip folgt, stellt James McCormick von der Universität Dublin in einem jüngst veröffentlichten Beitrag heraus. Denn eine retrospektive Analyse der Sterblichkeit an der koronaren Herzkrankheit ergibt zwischen 1950 und 1978 einen Rückgang bei Frauen und einen Anstieg bei Männern, obwohl die Rauchgewohnheiten in die entgegengesetzte Richtung liefen.

McCormick empfiehlt, um falsche Erwartungen bezüglich der Prävention zu vermeiden, den Begriff „Risikofaktor“ durch „Risikomarker“ zu ersetzen, zu dem Rauchen in der Vorgeschichte zählt.

Auf den Philippinen wurden am 5. März rund 100 Personen hinter Gitter gebracht – wegen Rauchens. Trotz Strafdrohung nützen harte Rauchverbote überhaupt nichts

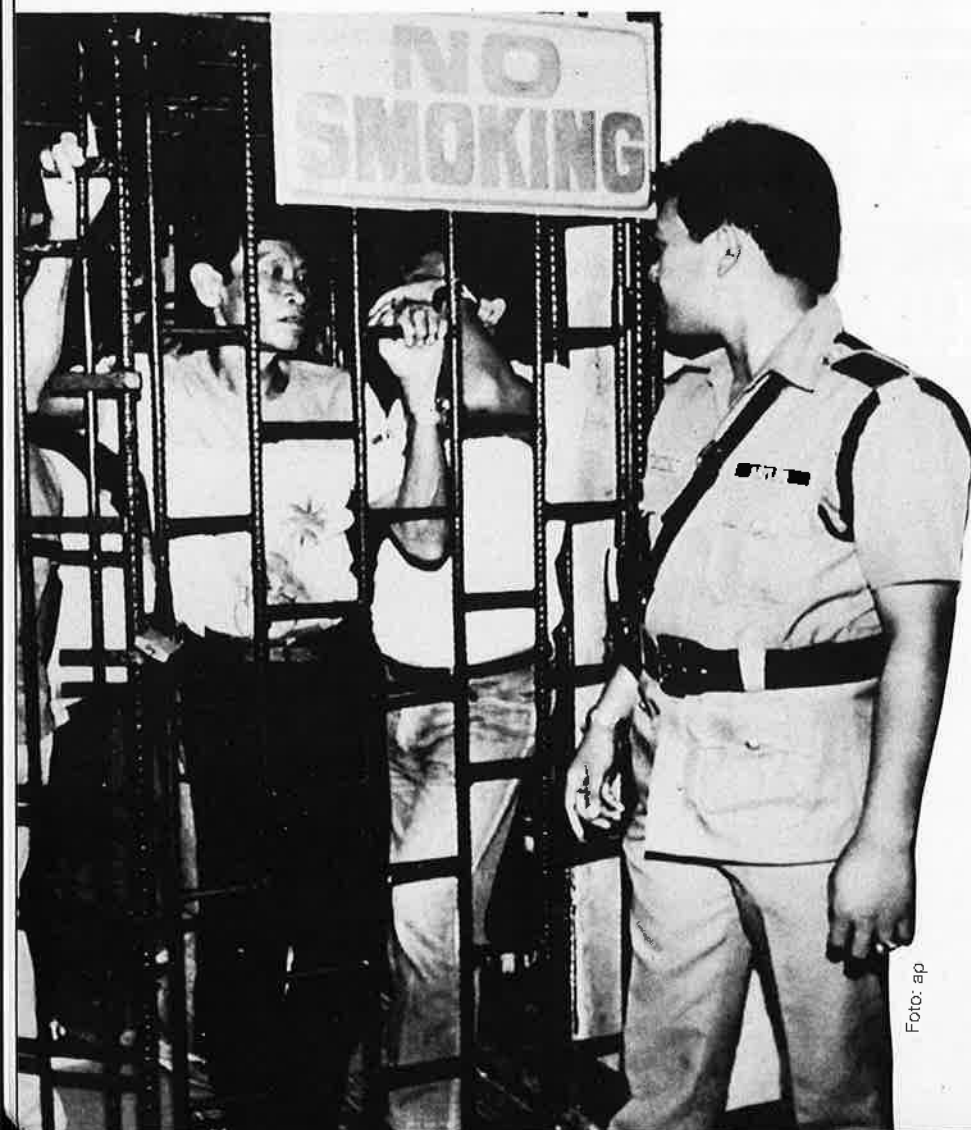
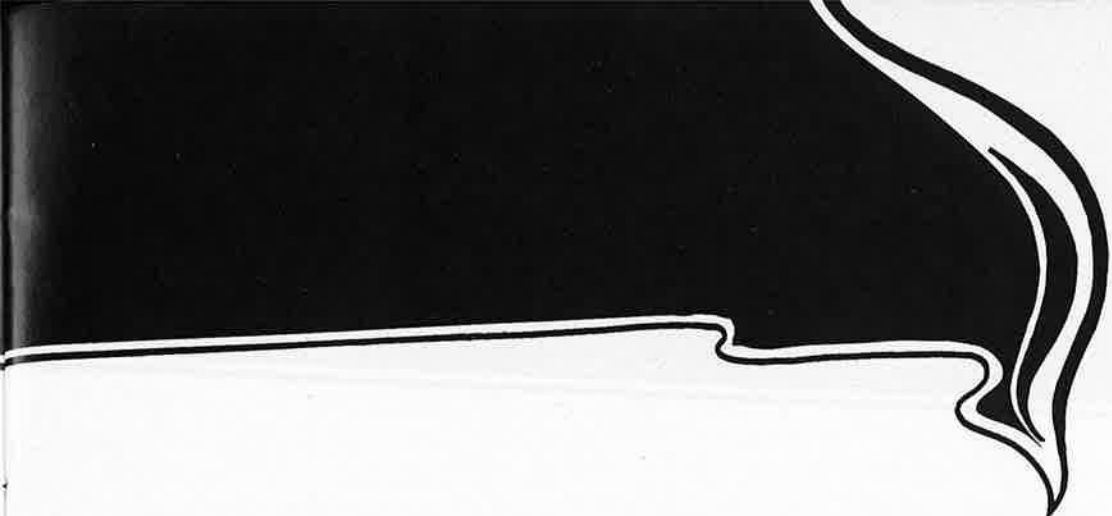


Foto: ap



In den letzten Jahren waren mehrfach die Einflüsse des Passivrauchens Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Amerikanische Kinderärzte fanden gehäuft Atemwegserkrankungen bei Kindern, die gezwungen waren, passiv zu rauchen. Daß Passivrauchen bereits dem Ungeborenen schadet, belegt eine dänische Studie. Dabei wurde eine Reduktion des Geburtsgewichts nicht nur festgestellt, wenn die Mutter während der Schwangerschaft geraucht hatte. Auch der rauchende Vater verminderte mit jeder Zigarette in Anwesenheit der Schwangeren das Geburtsgewicht seines Sprößlings um durchschnittlich 6,2 Gramm.

Die Zahlen über Lungenkrebssterblichkeit und Erkrankungshäufigkeit an Herzinfarkten wirkten alarmierend und riefen Politiker und Zigarettenindustrie auf den Plan. Die Idee war, die Gesundheitsschädigung durch eine Reduktion des Nikotin- und Kondensatgehaltes der einzelnen Zigarette einzudämmen. Seitdem trägt jede Zigarettenpackung den Hinweis: „Der Bundesgesundheitsminister warnt: Rauchen gefährdet die Gesundheit. Diese Zigarette enthält soundsoviel Milligramm Nikotin und Kondensat.“ Als ein Zugeständnis verzichtete die Zigarettenindustrie auf die Werbung für ihre Produkte im Fernsehen. Doch die Hoffnung auf Schadensbegrenzung durch „leichte“ Zigarettenmarken trog, und so stellte die Bundesregierung später fest: „Rauchen ist absolut gesundheitsschädlich. Es gibt keinen Toleranzbereich, denn auch für diejenigen, die täglich nur ein bis fünf Zigaretten rauchen, sind gesundheitliche Einbußen festgestellt worden. Unterschiede zwischen den einzelnen Tabakerzeugnissen sind nur gradueller Art und bestimmen Zeitpunkt und Ausmaß der Schädigung, ebenso wie der Umfang des Konsums von Zigaretten.“ Weitere Maßnahmen wie ein totales Werbeverbot für Tabakprodukte verniff sich „Vater Staat“, verdiente er doch am blauen Dunst durch die Tabaksteuer kräftig mit, zuletzt etwa 14 Milliarden Mark jährlich.

Professor Ferdinand Schmidt, Leiter der Forschungsstelle für präventive Onkologie an der Klinischen Fakultät Mannheim und Vorsitzender des Ärztlichen Arbeitskreises Rauchen und Gesundheit, sieht aber noch andere Gründe für die „Zurückhaltung“ der Politi-

ker: „Sicher ist doch, daß wir schon wesentlich weiter wären, wenn unsere Politiker nicht bisher – in klarem Verstoß gegen Amtseid, Schaden vom deutschen Volk zu wenden – verantwortungslos untätig wären. Wir sind sicher, daß dafür nicht nur die Tabaksteuer verantwortlich ist, sondern mehr noch die großzügigen Parteispenden der Zigarettenindustrie in die Parteilassen von CDU, FDP und SPD.“

Einstweiliger Schlußpunkt der politischen Debatte um das Rauchverbot ist immerhin eine Empfehlung der EG-Kommission in Brüssel von Dezember 1988 an die Regierungen, Rauchverbote für alle öffentlichen Gebäude zu erlassen. Das würde dann auch alle Krankenhäuser betreffen.

Die Forderung nach einer „rauchfreien Zone Krankenhaus“ wurde erstmals 1974 auf dem 1. Deutschen Nichtraucherkongress erhoben. Publizistisch wirksam vertreten wurde sie vor allem von Professor Ferdinand Schmidt: „Die Zeit ist offenbar reif, endlich energische Maßnahmen gegen das Rauchen auch in Krankenhäusern und Sanatorien einzuleiten. Schließlich kann es nicht Aufgabe von Krankenhäusern sein, durch Raucherlaubnis zahlreiche durch das Rauchen begünstigte Krankheiten zu verschlimmern oder zur Entstehung neuer Krankheiten beizutragen“, schrieb er damals im „Deutschen Ärzteblatt“. Doch er erkannte auch: „Verbote allein sind jedoch selten geeignet, ein Problem zufriedenstellend zu lösen. Es gilt, aktive Mitwirkung verantwortungsbewußter Ärzte, Schwestern usw. zu gewinnen.“

Seine Hauptargumente für eine „rauchfreie Zone Krankenhaus“ waren und sind:

- Verbesserter Patientenschutz. Gerade der Krankenhausaufenthalt solle Anlaß sein, mit dem Rauchen aufzuhören. Raucherentwöhnungsprogramme sollten hierzu unterstützend angeboten werden.
- Schutz der Nichtraucher vor den Gefahren des Passivrauchens.
- Feuerschutz. Jede abgebrannte Zigarette sei eine potentielle Brandursache, einer Brandkatastrophe in einem Krankenhaus sei wegen der Bergungsprobleme schwerkranker, bettlägeriger Patienten besonders vorzubeugen. ▶

Rauchverbote auf Station gelten in der Regel nur für Patienten, die diese nicht verlassen können, und für das Pflegepersonal. Im Arztzimmer wird dagegen meistens nicht geschnüffelt

Schmidt's Zahlenschätzungen belaufen sich auf jährlich etwa 140 000 Zigarettentote und 100 000 Frührentner durch aktives und passives Rauchen in der Bundesrepublik. Der dadurch bedingte Verlust für das Bruttosozialprodukt wird auf jährlich 15 bis 20 Milliarden Mark geschätzt. Diesen quantitativ erfassbaren Auswirkungen des Rauchens entgegen stellt sich die Frage, warum zur Zigarette gegriffen wird. Die von der Werbung suggerierte Antwort „Ich rauche gern“ unterstellt dem Raucher die Lust am Laster. Untersuchungen der Arbeitsbedingungen von Rauchern weisen eher Frust statt Freude nach.

Der Bremer Arbeitsmediziner Rainer Müller resümierte eine Umfrage bei Bremer Arbeitern und die Auswertung von Vorsorgedaten der Ortskrankenkassen in Baden-Württemberg so: „Nikotin- und Alkoholkonsum hängen von den sozialen und kulturellen Lebensbedingungen ab. Ungünstige Arbeitsbedingungen wirken sich negativ aus. . . . Insbesondere fördern beanspruchende Arbeitszeitregelungen wie Schichtarbeit, Nacharbeit, Überstunden, Zeitdruck und Akkord vermehrtes Rauchen. . . .“ Und Fritz Kalberlah vom Freiburger Öko-Institut drückte es so aus: „Nicht zuletzt ist das Rauchen auch nicht nur ein Problem des einzelnen. Wie Alkoholismus und andere Drogenabhängigkeiten ist die Sucht nach der Zigarette auch Ausdruck tiefgreifender Unzufriedenheit mit den Lebensbedingungen, der Raucher versteckt seinen Stress, sein Nicht-Mehr-Zurechtkommen im Rauch der Zigarette.“

Streß, Überstunden, Schichtdienst, Nacharbeit – Begriffe, die den Alltag der Beschäftigten im Krankenhaus treffend umschreiben. „Am Wochenende bin ich mit einer Schülerin alleine auf der Station. Theoretisch steht mir natürlich eine Pause zu, in der ich die Station verlassen könnte. Aber für die Patienten ist es doch besser, wenn ich die Pause im Stationszimmer verbringe,“ meint eine Stationschwester.

Achim Teusch, selbst Nichtraucher und Betriebsrat in einem 400-Betten-Haus, mutmaßt, daß über den Hebel eines Rauchverbots ganz anderes bewirkt werden soll: „Als bei uns die

Pflegedienstleitung ein Rauchverbot für den Bereich der Stationen verfügen wollte, haben wir uns dem widersetzt, weil wir befürchteten, daß damit kurze Pausen zwischendurch als Nichtstun ausgelegt würden.“ Und in der Tat, wo Krankenhausleitungen unter dem Anschein des Gesundheitsschutzes partielle Rauchverbote verhängten, war in der Regel nur das Pflegepersonal betroffen.

Schwestern und Pflegern wurde die Pausenzigarette im Stationszimmer verboten, den Ärzten wurden für ihre Zimmer, in denen unter anderem auch Patienten untersucht wurden, keine Auflagen gemacht. Diese Ungleichbehandlung führt zum Beispiel in einem Krankenhaus dazu, daß selbst die nichtrauchenden Ärztinnen und Ärzte den Schwestern und Pflegern ihre Zimmer zur Verfügung stellten, damit diese weiterhin das gleiche Recht in Anspruch nehmen konnten wie sie selber: in Bereitschaft für die Patienten zu bleiben, ohne auf die Pause verzichten zu müssen. Eigentlich typisch, daß dieses Verbot so umgangen wurde. Um Verständnis war vorher nicht geworben worden, auch wurden keine begleitenden Maßnahmen zur Raucherentwöhnung angeboten, das Verbot war halt auf einmal da. Auch wurden am Krankenhauskiosk weiter Zigaretten verkauft, und nach Ladenschluß stand ein Automat zur Verfügung.

In den letzten Jahren verstärkten die Nichtraucher um Professor Schmidt ihren Ruf nach der total „rauchfreien Zone Krankenhaus“. In einer Resolution an die Sozialminister der Länder, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst riefen Ende 1986 die Teilnehmer einer Tagung „Gesundheitsziehung im Krankenhaus“ dazu auf, „daß Maßnahmen eingeleitet und unterstützt werden, die geeignet sind, gesundheitsgerechtes Verhalten bei Patienten und Mitarbeitern zu fördern. Dabei denken wir besonders daran, das Rauchen im Krankenhaus abzuschaffen und die Qualität des Krankenhausessens den unbestrittenen ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen zu lassen.“

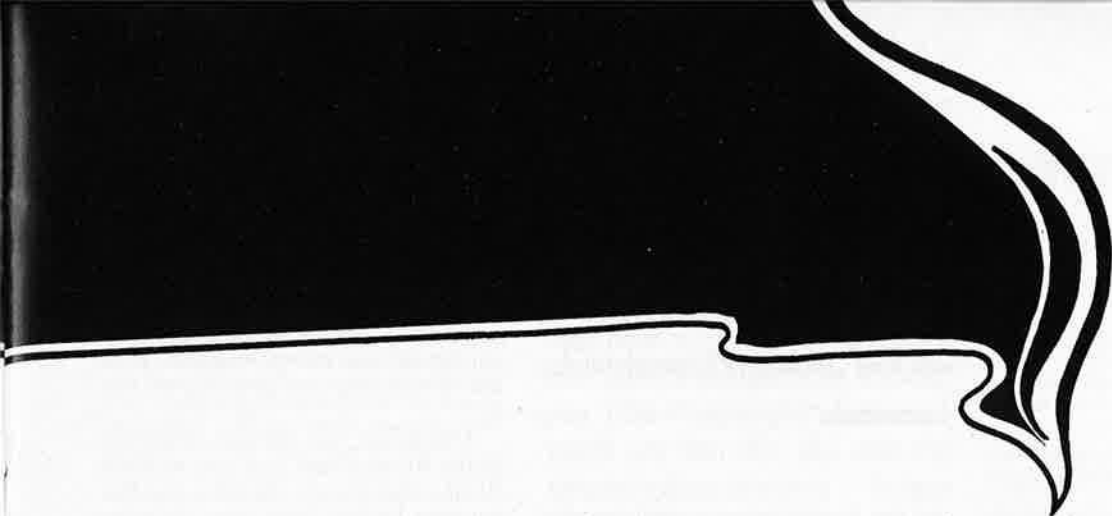
Auf diesem Hintergrund führte die Leitung des Klinikums Mannheim Anfang 1987 eine Umfrage unter Beschäftigten, Patienten und Studenten über

ein Rauchverbot durch. Etwa die Hälfte der Befragten antwortete, und hiervon sprachen sich 75 Prozent für ein Rauchverbot aus, wobei der prozentuale Anteil für ein Rauchverbot bei den Patienten mit 86 Prozent erstaunlich hoch lag. Professor Ferdinand Schmidt forderte nach dieser Umfrage vom Bürgermeister ein totales Rauchverbot, mit einer Ausnahme: der Raucherteil der Cafeteria solle als Pausenraum für rauchende Mitarbeiter beibehalten werden. So konnte denn der örtliche „Mannheimer Morgen“ am 4. Juni 1987 unter der Schlagzeile: „Klinikum beschließt Nikotin-Null-Lösung“ berichten, daß „ab sofort im Klinikum generelles Rauchverbot“ herrsche. „Wer glaubt, es ohne einen tiefen Lungenzug nicht aushalten zu können, der muß sich schon beim Parkspaziergang eine Zigarette anstecken.“

Heute, knapp zwei Jahre später, stellt sich die Situation wesentlich weniger euphorisch dar. Zwar konnte das Rauchen von Patienten und Besuchern in Fluren, Treppenhäusern und Toiletten unterbunden werden, doch mußte es seitens der Leitung des Klinikums stillschweigend geduldet werden, daß auch nach Erlass des Rauchverbots auf den Stationen nicht alle Zigaretten ausgegangen sind.

Dazu Joachim Kamrath vom Personalrat der Mannheimer Kliniken: „Die rauchfreie Zone Klinikum wurde damals durch Anordnung von oben verfügt. Es gab eine Meinungsumfrage in den Kliniken, woraufhin der Bürgermeister das Rauchverbot erließ. Wir vom Personalrat waren überhaupt nicht gefragt und sind deshalb auch dagegen angegangen, weil es vorher keine Diskussionen gab.“

Daß eine „rauchfreie Zone Krankenhaus“ sinnvoll ist, bestreitet er nicht. „Unsere Empfehlungen an die Mitarbeiter gehen auch ganz klar in diese Richtung. Im Pflegebereich ist es aber häufig so, daß die Kolleginnen und Kollegen in den Pausen die Station nicht verlassen können. Sie auf diesem Weg zu zwingen, das Rauchen zu unterlassen, halten wir für falsch.“ Joachim Kamrath hebt hervor, daß die seit zwei Jahren in den Mannheimer Kliniken durchgeführten Kurse zur Raucherentwöhnung stark frequentiert wurden. Über die Erfolge hat der Personalrat keine sicheren Angaben. „Ei-



nes ist aber auf jeden Fall sicher: Die Rücksichtnahme auf die Nichtraucher-Kolleginnen und Kollegen hat deutlich zugenommen. Im Verwaltungsbereich wird in den Büros überhaupt nicht mehr geraucht, auf den Stationen erheblich weniger.“ Und auf den früher rauchgeschwängerten Fluren bleiben jetzt alle Zigaretten aus.

Wenn somit auch noch nicht alle Aschenbecher aus den Mannheimer Kliniken entfernt wurden, die „rauchfreie Zone“ noch nicht Realität geworden ist, sind die Weichen in die richtige Richtung gestellt.

Die Einsicht in die Notwendigkeit, im Krankenhaus nicht zu rauchen, ist überraschend groß. Wie aber ist der hartnäckigen Minderheit beizukommen, die ohne Rücksicht auf ihre Umgebung weiterqualmt? Auf den Philippinen wurden Anfang März für Raucher Gefängnisstrafen verhängt – wie zu Zeiten der US-amerikanischen Prohibition. Doch Strafen für Raucher im Krankenhaus – Verbote hin, Verbote her – sind kein Thema. Man muß sich eben einigen.

Auf der Suche nach dem wirklich rauchfreien Krankenhaus stießen wir auf die Fachklinik für psychosomatische Erkrankungen im niedersächsischen Bad Pyrmont. Als die Klinik vor anderthalb Jahren eröffnet wurde, verankerte der Klinikträger in der Hausordnung bereits ein komplettes Rauchverbot für das gesamte Klinikgelände. Die Behandlung in der Klinik erfolgt überwiegend als Rehabilitationsmaßnahme, die wichtigsten Kostenträger sind die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und Landesversicherungsanstalt (LVA). Vor der stationären Aufnahme wird dem Patienten die Hausordnung vorgelegt, mit seiner Unterschrift gibt er sein Einverständnis zum Rauchverbot.

Die Erfahrungen sind seit Beginn außerordentlich gut, das Rauchverbot im Klinikgelände wird ausnahmslos befolgt. Dazu der leitende Arzt, Dr. Rolf Meermann, gegenüber dg: „Die hohe Akzeptanz liegt sicherlich darin begründet, daß das Rauchverbot keine isolierte Maßnahme ist, sondern sich in unser Gesamtkonzept einordnet, aktiv

selber zu handeln und sich nicht nur behandeln zu lassen.“

Das Rauchverbot in der Fachklinik Bad Pyrmont gilt übrigens auch für das gesamte Personal, mit voller Unterstützung des Betriebsrats, wie Dr. Meermann betont. „Es sind unter dem Personal die Raucher eh in der Minderheit. Wer aber nicht auf seine Pausenzigarette verzichten will, verläßt dazu das Klinikgelände oder setzt sich bei Regen in sein Auto.“ Daß diese Regelung nicht so ohne weiteres auf große Akutkrankenhäuser übertragbar ist, weiß auch Dr. Meermann: „Freiwilliger Verzicht auf das Rauchen im Krankenhaus wäre sicherlich erstrebenswert. Ich glaube aber, daß das Problem auf Dauer nur durch den Gesetzgeber zu lösen ist, indem er ein Rauchverbot für alle öffentlichen Gebäude, also auch für Krankenhäuser, erläßt.“

Bestätigt wird von Dr. Meermann auch die Mannheimer Erfahrung, daß die allermeisten Patienten – übrigens auch die aktiv rauchenden – ein Rauchverbot im Krankenhaus unterstützen. Er verweist auf Hörerstimmen im privaten Rundfunksender „radio ffh“. Dieser führte nach einem Bericht über die Pyrmonter Klinik eine Hörerumfrage durch. Dabei wurde mehrfach von Patienten kritisiert, daß sie den Nikotingestank bei den Beschäftigten wahrnehmen müßten.

Probleme anderer Art erläuterte Dr. Jäger, der Verwaltungsdirektor der städtischen Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden gegenüber dg. Als dort vor einem Jahr ein Rauchverbot erlassen wurde, mußte der Bereich der Patienten-Cafeteria ausgenommen werden. Diese wird nämlich von einem privaten Pächter bewirtschaftet, mit dem langfristige Verträge bestehen. So konnte auch nicht der Verkauf von Zigaretten in diesem, inzwischen durch eine Glasscheibe abgetrennten Raum verboten werden. In den Sozialräumen für die Beschäftigten wird in dieser Klinik auch weiterhin geraucht, wobei der Schutz der Nichtraucher vor dem Passivrauchen gewährleistet wird. Bezüglich der Durchsetzbarkeit eines totalen Rauchverbots im Krankenhaus ist Dr. Jäger eher skeptisch: „Das ist ein gesellschaftliches Problem, von dem ich nicht glaube, daß es in den nächsten Jahren zu lösen ist.“

Die rauchfreie Zone Krankenhaus läßt sich nicht einfach von oben verordnen. Solange jedenfalls nicht, wie das Krankenpflegepersonal als Ausrede eine Zigarette anführen muß, um eine Pause machen zu können

□

Pflege Notstands Kommando

Bielefelder Pflegepersonal demonstrierte am Rosenmontag, wie es einem demnächst ergehen kann, wenn man ins Krankenhaus muß – mit dem „Mobilen Pflegenotstandskommando“

An der Straßenbahnhaltestelle ein ungewöhnliches Bild: hektische Menschen in weißen Kitteln bugsieren eine jammernde Frau auf einer Trage in die Straßenbahn. Sie versorgen sie notfallmäßig, legen eine Infusion und fordern die Fahrgäste auf, sich zurückzuhalten – wegen möglicher Ansteckungsgefahr.

Dann der erklärende Hinweis: Hier geht es darum, ob man so die „Selbstbeteiligung“ an den Fahrtkosten nach dem neuen Gesundheitsreformgesetz umgehen kann. Statt 20 Mark für den Krankenwagentransport 1,50 für den öffentlichen Nahverkehr? Die Helfer in Weiß verteilen Handzettel, aus denen die Fahrgäste entnehmen können, daß hier das „Mobile Pflegenotstandskommando“ im Einsatz ist, schnell, unbürokratisch, niemals unmotiviert oder krank, billig auf ehrenamtlicher Basis.

Ebenso schwierig wie der Einstieg ist der Ausstieg; dann geht es im Laufschrift ins Krankenhaus. Vorne ein Träger in Weiß, hinten ein Träger in Schwarz: jährlich erkranken zusätzlich 600 000 Menschen in den Krankenhäusern, 20 000 von ihnen sterben an den Folgen. Bei guter personeller Besetzung und Qualifikation könnten 70 Prozent der Erkrankungen vermieden werden.

Die Krankenhaus-Cafeteria ist erreicht, und Patienten und Besucher werden von einem Narren über die Aktion informiert. Sie applaudieren. Der Fahrstuhl bringt die Gruppe auf die Entbindungsstation – ist die Patientin vielleicht schwanger? Kein Bett frei, kein Arzt da, die beiden Krankenschwestern sind für 38 Patientinnen da und mit der Situation total überfordert.

Also wieder raus aus dem Haus, rein in die Straßenbahn und zur nächsten Klinik. Dort das gleiche Bild, alle Betten sind belegt. Aber dem „Mobilen Pflegenotstandskommando“ reicht es jetzt. Sie würden die Patientin sogar selbst versorgen, notfalls im Badezimmer – dem Pflegenotstand sei es geklagt. Doch auch der Krankenhausleitung, die sofort auf der Station erscheint, reicht es. Statt von Personal-mangel redet sie lieber von Hausfriedensbruch und Sachbeschädigung und holt die Aufkleber mit Fingern und Skalpell wieder herunter.

Der erste Liegendtransport mit dem Öffentlichen Nahverkehr in der Bundesrepublik endet im dritten Krankenhaus schon im Eingangsbereich. Handgreiflich wird deutlich gemacht, daß in dem christlichen Hause kein Personal-mangel herrsche und das „Mobile Pflegenotstandskommando“ nicht erwünscht sei.

Fazit des begleitenden WDR-Fernsehteam: Ein Rosenmontag zum Nachdenken. Fazit der Aktionsgruppe gewerkschaftlich organisierter Beschäftigter im Gesundheitswesen und einiger GRG-Opfer: Auch Schminke an Karneval kann die ungeschminkte Wirklichkeit nicht überdecken: das bröckelnde rote Kreuz des Gesundheitswesens ist kaum noch zu halten.

Günter Hölling

Das Mobile Pflegenotstandskommando fordert: Mehr Idealismus statt höherer Löhne! Schluß mit den übertriebenen Ansprüchen auf Urlaub, Freizeit und freie Wochenenden!



Entwurf des Sozialpolitischen Programms des DGB

Absatz C, Gesundheit

Leben und Gesundheit sind das höchste Gut, sie dürfen nicht dem Gewinnstreben geopfert werden. Die Bekämpfung von krankmachenden Faktoren – sei es in der Arbeitswelt oder der allgemeinen Umwelt – ist eine zentrale Aufgabe gewerkschaftlicher Politik. Jeder hat einen Anspruch auf Schutz, Erhaltung und bestmögliche Wiederherstellung der Gesundheit. Ziel gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik ist es, darauf hinzuwirken, daß dieser Anspruch von jedem eingelöst werden kann.

Es kommt darauf an,

- gesundheitsgerechte Arbeits- und Lebensverhältnisse zu schaffen;
- die Fähigkeiten und die Möglichkeiten des einzelnen zu stärken, solidarisch und selbstverantwortlich zum Schutz, zur Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit beizutragen.
- die gezielte und frühzeitige Vorsorge und Früherkennung, eine bedarfsgerechte medizinisch-soziale Versorgung und eine bis zur sozialen (Wieder-)Eingliederung durchgeführte Rehabilitation sicherzustellen.

1. Die gesundheitliche Situation

Die insgesamt gestiegene Lebenserwartung in der Bundesrepublik verweist auch auf Erfolge des Gesundheitswesens – die Erweiterung und Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten verschafft mehr Menschen die Aussicht auf mehr Lebensjahre. Dieser Fortschritt führt, wie auch die Veränderung des Krankheitsspektrums, zu neuen Herausforderungen an das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik: Mit höherem Lebensalter steigt die Zahl chronischer Krankheitsverläufe; Mehrfacherkrankungen und Pflegebedürftigkeit nehmen zu.

Allerdings darf die insgesamt gestiegene Lebenserwartung nicht darüber hinwegtäuschen, daß

- die Bundesrepublik im Verhältnis zu vergleichbaren Ländern in Bezug auf die Lebenserwartung nur einen Mittelplatz einnimmt,
- die verfügbare (unzureichende) Statistik eine Fülle von Hinweisen auf grundsätzlich vermeidbare Krankheit, Invalidität und vorzeitigen Tod gibt,
- bestimmte soziale und Berufsgruppen einem erheblich erhöhten Krankheits- und Sterblichkeitsrisiko ausgesetzt sind,
- die gesundheitlichen Belastungen durch Arbeit, Umwelt und Lebensgewohnheiten insgesamt nach wie vor hoch sind.

Vor allem die arbeitsmedizinischen Erkenntnisse des letzten Jahrzehnts zeigen, daß das Ausmaß arbeitsbedingter Erkrankungen in der Vergangenheit weit unterschätzt wurde, obwohl diese Erkrankungen als Hauptursache der Frühinvalidität betrachtet werden müssen. Dies gilt z. B. für

- gefährliche Arbeitsstoffe, die zu Krebserkrankungen, zahlreichen anderen Krankheiten und chronischen Beschwerden sowie Fruchtschädigungen führen,
- Schwerarbeit, einseitig belastende Bewegungsabläufe, Zwangshaltungen und Vibrationen, die Schädigungen der Wirbelsäule und der Gelenke verursachen.

Auch für die Umweltbelastungen durch Schadstoffe und Chemikalien gilt, daß sie als Mehrfach- und Dauerbelastung besonders gesundheitsge-

Aus dem im Oktober vergangenen Jahres vorgelegten Entwurf des DGB-Programms dokumentieren wir den Teil, der sich mit gesundheitspolitischen Fragen befaßt. Nach Diskussion in der Mitgliedschaft soll der Entwurf im Sommer oder Herbst diesen Jahres vom DGB-Bundesauschuß verabschiedet werden. Mit der Dokumentation wollen wir unsere Leserinnen und Leser auffordern, sich an der Diskussion zu beteiligen.

fährlich sind. Verbreitete riskante Lebensweisen wie Nikotin- und Alkoholmißbrauch, Mißbrauch von Medikamenten und illegalen Drogen sowie Fehlernährung sind ebenfalls wichtige Elemente der Gesundheitsgefährdung und -schädigung. Mit Aids ist ein neues gesundheitliches Risiko entstanden, das die Gesundheitspolitik vor besondere Herausforderungen stellt und von der Gesellschaft und dem einzelnen ein hohes Maß an Verantwortung fordert.

2. Mängel und Fehlentwicklungen

Arbeitsschutzsystem mangelhaft

Noch immer konzentriert sich das betriebliche und überbetriebliche Arbeitsschutzsystem schwergewichtig auf die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und sonstigen arbeitsbedingten Erkrankungen wird nicht die ihrer Bedeutung entsprechende Aufmerksamkeit eingeräumt. Ursächlich hierfür dürfte vor allem sein, daß sich die meisten Erkrankungsprozesse nur langfristig vollziehen. So brechen arbeitsbedingte Krebserkrankungen meistens erst 5 bis 30 Jahre nach Einwirkung des schädigenden Arbeitsstoffes aus. Hinzu kommt, daß der Informationsstand über den Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen bei allen Beteiligten sehr niedrig ist. Dies gilt nicht nur für die Ärzteschaft allgemein, sondern auch für viele Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte, Arbeitgeber von Klein- und Mittelbetrieben, Aufsichtsbeamte der Unfallversicherungsträger und der Gewerbeaufsicht, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Als wesentliche Ursache für die Schwäche des Arbeitsschutzsystems in der Bundesrepublik erweisen sich das zersplitterte, lückenhafte und in seinen Regelungen weitgehend unverbindliche Arbeitsschutzrecht, die eingeschränkten personellen Kapazitäten der Gewerbeaufsicht und der Technischen Aufsichtsdienste der Unfallversicherungsträger sowie das Fehlen eines bundesweiten Netzes von Meß- und Analysezentren. Der niedrige Stellenwert des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Politik und oftmals auch der betrieblichen Werteskala sowie die Arbeitnehmerinteressen nur unzureichend berücksichtigende Ausgestaltung und Anwendung des geltenden Berufskrankheitsrechts fördern diese Entwicklung. Durch die Ver-

hinderung der Entschädigung solcher Erkrankungen vermindert sich zugleich der notwendige Handlungsdruck auf die Arbeitgeber und die Institutionen des Arbeitsschutzes.

Keine gesamtverantwortliche Gesundheitspolitik

Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik ist gekennzeichnet von organisatorischer Zersplitterung, zergliederten Kompetenzen und geteilten Verantwortlichkeiten. Gesundheitspolitische Prioritäten haben sich daher weitgehend unter dem maßgeblichen Einfluß der Leistungsanbieter (z. B. der Ärzte, der Pharmaindustrie, der Medizintechnik) entwickelt; eine gesamtverantwortliche Planung der Ziele und des Mitteleinsatzes fehlt. Häufig stehen Einkommens- und Statusinteressen der Leistungsanbieter im Vordergrund; die Bedürfnisse und Interessen von Versicherten und Patienten werden in den Hintergrund gedrängt.

Mangelnde Patientenorientierung und Mitwirkung der Betroffenen

Die Kehrseite der Anbietermacht sind die begrenzten Möglichkeiten der Betroffenen, an ihren Gesundheitsbelangen mitzuwirken. Die Selbstverwaltung der Krankenversicherung, die vor allem die Interessen der Versicherten vertreten und gesundheitspolitische Mitgestaltung übernehmen müßte, hat gegenüber den Leistungsanbietern nur eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten. Sie nutzt diese vorwiegend als Mittel zur Ausgabenbegrenzung, zu wenig aber im Sinne einer Orientierung an positiven Gesundheitszielen (z. B. Gesundheitsförderung, gezielte Senkung der Frühsterblichkeit und -invalidität) und der Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität.

Strukturmängel der medizinischen Versorgung

Die medizinische Versorgung ist mit Strukturmängeln behaftet, durch die Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung beeinträchtigt werden.

Zu nennen sind unter anderem:

- eine zu einseitig naturwissenschaftlich orientierte Medizin, die weitgehende Ausklammerung der psychosozialen Komponente und der sozialen Umwelt bezüglich des Krankheitsverständnisses und der Therapie,
- die zunehmende Spezialisierung der Medizin, dazu spiegelbildlich die Vernachlässigung des allgemeinärztlichen Elements,
- die fehlende bzw. unzureichende Qualitätssicherung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung.

Unzureichende Umsetzung der Rehabilitation

Maßnahmen der Rehabilitation erfolgen häufig viel zu spät, die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger ist unzureichend. Die notwendige Verzahnung von kurativer und rehabilitativer Medizin ist ebensowenig wie die Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation ausreichend sichergestellt. Während die Rehabilitation nach Arbeitsunfällen als vorbildlich gilt, sind die Heilverfahren bei anerkannten Berufskrankheiten dringend verbesserungsbedürftig.

Steuerungsdefizite Krankenkassen/Leistungsanbieter

Die Beziehungen zwischen Anbietern von Gesundheitsleistungen und Krankenkassen (als Nachfrager bzw. Finanziers) sind ungleichgewich-

tig und unvollständig geregelt. Neben zersplitterten Zuständigkeiten auf der Kassenseite fehlen bei einigen Leistungsanbietern (z. B. Pharmaindustrie) vertragliche Kompetenzen überhaupt, während in anderen Bereichen (z. B. Krankenhaus) die Mitbestimmungsmöglichkeiten der Kassen zu gering sind. Dies erschwert vor allem die gesundheitspolitische (Mit-)Steuerung durch die Selbstverwaltung der Krankenkassen als Vertreter von Versicherten- und Patienteninteressen.

Strukturprobleme des Krankenversicherungssystems

Die ungleiche Verteilung der Risiken auf die Kassen und Kassenarten führt zu immer stärkeren Unterschieden in den Beitragssätzen, wodurch das Solidarprinzip ebenso gefährdet ist wie durch die den Angestellten eingeräumte Möglichkeit, sich oberhalb bestimmter Einkommensgrenzen der sozialen Krankenversicherung zu entziehen. Der privaten Krankenversicherung wird damit das Abwerben günstiger Versicherungsrisiken (z. B. höhere Einkommen, jüngere Versicherte) ermöglicht; ein sozial unerträglicher Zustand, welcher dringend der Reform bedarf.

3. Bekämpfung der Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt

Verwirklichung des Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit in der Arbeitswelt

Durch menschengerechte Gestaltung der Arbeit und der Arbeitsumwelt muß der verfassungsrechtliche Anspruch der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf Leben und körperliche Unversehrtheit eingelöst werden. Dies dient nicht nur humanitären Zielen, sondern auch der Kostenreduktion in unserem Sozialleistungssystem und dem Schutz der gesamten Bevölkerung vor gesundheitlichen Risiken in der allgemeinen Umwelt.

Erforderlich ist ein umfassendes Arbeitsschutzgesetz mit verbindlichen und einklagbaren Schutzvorschriften als Grundlage für die menschengerechte Gestaltung der Arbeitsumwelt und der Arbeitsorganisation sowie der Pflicht, alle arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren systematisch zu erfassen, um Voraussetzungen für eine Verhütung zu schaffen. Es muß auch auf den öffentlichen Dienst, den Bergbau, die Landwirtschaft und die gesamte Schifffahrt Anwendung finden.

Gewerkschaftliche Arbeitsschutzpolitik

Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer müssen befähigt werden, die Gesundheitsgefahren zu erkennen und sich mit solidarischen Maßnahmen hiergegen zur Wehr zu setzen. Die gewerkschaftliche Arbeitsschutzstrategie muß deshalb ausgerichtet sein auf

- die für die Vermeidung von Gesundheitsrisiken im Betrieb bedeutsamen Entscheidungsprozesse
- und die Berücksichtigung von Gesundheitszielen in der gewerkschaftlichen Tarifpolitik.

Sie hat sich vor allem auf folgende Schwerpunkte zu konzentrieren:

- die Verhütung von Erkrankungen durch die Einwirkung von Arbeitsstoffen, vor allem solche krebserzeugender Art, die oftmals auch erbgutverändernd, fruchtbarkeitszerstörend und fruchtschädigend wirken. Ziel muß es sein, den Einsatz gefährlicher Arbeitsstoffe möglichst weitgehend zu verhindern.
- Die Beseitigung von Unfall- und Erkrankungsgefahren, die durch Arbeitshetze, Termindruck, Mehrarbeit, Nacht- und Schichtarbeit, überhöhte Leistungsanforderungen und Monotonie entstehen.
- Die Verhütung von Erkrankungen des Bewegungssystems durch den Abbau von körperlicher

Schwerarbeit, Zwangshaltungen, einseitigen und verschleißenden Arbeitsvorgängen sowie von Ganzkörperschwingungen und sonstigen Vibrationen.

– Die Verhütung von Gesundheitsschädigungen durch Lärm.

– Die Verhütung von Risiken bei gentechnologischen und sonstigen biotechnischen Verfahren.

– Die Aufklärung und Verhütung der zum Teil noch ungeklärten Folgen von Strahlen auf Menschen – auch der gesetzlich festgelegten Grenzwerte.

– Den Abbau von Mehrfachbelastungen durch eine Vielzahl dieser Risiken.

Erfassung von Gesundheitsgefahren und Entwicklung von Arbeitsschutzprogrammen

Die gesetzliche Unfallversicherung ist zur Bekämpfung aller arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu verpflichten. Besondere Aufmerksamkeit erfordern die nur langfristig entstehenden Erkrankungen durch chemische, physikalische, biologische, physische, nervliche und psychische Risikofaktoren. Dies erfordert ein System zur Erfassung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Vor allem Klein- und Mittelbetriebe sind bei der Erstellung von Arbeitsschutzprogrammen zu unterstützen.

Betriebliche Arbeitsschutzprogramme sollen insbesondere

- Krankheits- und Unfallgefahren im Betrieb,
- einen betrieblichen Maßnahmenkatalog zur Beseitigung der Gefahren,
- die Erfolgskontrolle über die ergriffenen Maßnahmen sowie
- ein Berichtswesen über die Entwicklung von arbeitsbedingten Erkrankungen und Arbeitsunfällen im Betrieb umfassen. Die betrieblichen Arbeitsschutzprogramme sind in Betriebs- und Dienstvereinbarungen festzulegen und bei der Investitions- und Arbeitsplanung der Betriebe und Verwaltungen zu berücksichtigen.

Rangfolge der Schutzmaßnahmen

Die Rechtsvorschriften über Schutzmaßnahmen haben sich an einer Rangfolge zu orientieren, die auf die Beseitigung der Gesundheitsgefahren abstellt und das Ausweichen auf personelle Auslese oder Körperschutzmittel verhindert. Besondere Bedeutung haben Verbote und Verwendungsbeschränkungen bzw. der Ersatz von Stoffen und Produkten oder Verfahren, deren Gesundheitsgefährdung sich langfristig entwickelt. Es muß sichergestellt werden, daß die Lebensgrundlagen nicht durch ionisierende Strahlungen, gentechnologische Risiken und die immer größer werdende Flut von krebserzeugenden, erbgutverändernden, fruchtschädigenden und fruchtbarkeitszerstörenden Stoffen zerstört werden. Genetische Analysen der Arbeitnehmer im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis sind zu verbieten.

Instrumente zur Verwirklichung des Gesundheitsschutzes in der Arbeitswelt

Angesichts der beherrschenden Stellung der Europäischen Gemeinschaft (EG) in der Rechtsetzung zum Arbeitsschutz muß nachdrücklich darauf hingewirkt werden, daß die entsprechenden EG-Richtlinien dem Arbeitsschutz Vorrang vor den wirtschaftlichen Interessen einräumen. Gewerkschaften ist beim Erlass europäischer Sicherheitsnormen zumindest die gleiche Beteiligung wie der Industrie zu gewährleisten. Der Binnenmarkt der EG darf nicht auf Kosten der Gesundheitsinteressen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer geschaffen werden.

Der Im- und Export von gefährlichen Arbeitsstoffen, Maschinen, Arbeitsmitteln und Arbeitsverfahren muß verhindert werden. Hierbei sind vor allem die Möglichkeiten der Internationalen Arbeitsorganisation zu nutzen. Alle „Altstoffe“ sind schritt-

weise auf ihre Gesundheitsverträglichkeit für den Menschen zu überprüfen und die Mengenschwelen für die Prüfung und Meldung neuer Stoffe drastisch herabzusetzen.

Alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, auch die in Kleinbetrieben, müssen in die arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Versorgung nach dem Arbeitssicherheitsgesetz einbezogen werden. Für alle Betriebe und Verwaltungen ist eine unabhängige arbeitsmedizinische Versorgung zu gewährleisten, für Mittel- und Kleinbetriebe durch einen Abschlußzwang an die berufsgenossenschaftlichen arbeitsmedizinischen Dienste. Entsprechendes gilt auch für die sicherheitstechnische Betreuung von Klein- und Mittelbetrieben.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz ist zu einer leistungsstarken Arbeitsschutzinstitution auszubauen. Für sie ist ein System der Selbstverwaltung zu schaffen, das zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern, Arbeitgebern und den Vertretern des Staates getragen werden. Die Forschungsaktivitäten des Staates, der Hochschulen und der Unfallversicherungsträger sind verstärkt auf die Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen auszurichten.

Die Arbeitsschutzaufsicht der Bundesländer muß personell und apparativ ihrer Aufgabe gerecht werden können. Bei ihnen sind von Arbeitgebern und Arbeitnehmern paritätisch zu besetzende Beiräte zu bilden. Der Technische Aufsichtsdiens der Unfallversicherung muß in der Lage sein, die Problemstellungen der Bekämpfung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zu lösen. Für gefährliche Arbeitsstoffe, physikalische Einwirkungen und andere vergleichbare krankmachende Faktoren ist ein bundesweites Meß- und Analysesystem zu errichten.

Arbeitsbedingte Erkrankungen

Alle arbeitsbedingten Erkrankungen sind auf der Grundlage des Verursacherprinzips in die Aufgabenstellung der gesetzlichen Unfallversicherung zur Verhütung, Rehabilitation und Entschädigung einzubeziehen. Für die Anerkennung des Zusammenhangs zwischen den gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen und den dadurch auftretenden Erkrankungen sind Beweiserleichterungen vorzusehen. Sie erhöhen auch den Handlungsdruck für präventive Maßnahmen. Die Entschädigungspraxis bei Berufskrankheiten darf nicht restriktiv erfolgen. Die Anzahl nicht erkannter und deswegen auch nicht entschädigter Berufskrankheiten ist viel zu hoch.

Mitbestimmung und Arbeitnehmerrechte im Arbeitsschutz

Den Betriebs- und Personalräten sind in allen Fragen der gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung Mitbestimmungsrechte einzuräumen. Die im Betrieb vertretenen Gewerkschaften erhalten ein besonderes Antragsrecht zur Bekämpfung von Gesundheitsgefahren.

Das Beschwerde- und Leistungsverweigerungsrecht der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei Gefahr für Leben und Gesundheit muß konkretisiert, ein Verfahren zur Regelung bestehender Konflikte vorgegeben werden.

Die Arbeitgeber dürfen die Verantwortung für den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nur auf solche Personen übertragen, die gleichzeitig in vollem Umfang die Befugnisse haben, die zur Vermeidung von Unfall- und Gesundheitsgefahren erforderlich sind. Die Arbeitgeber sind zu verpflichten, Erkenntnisse über Gesundheitsgefahren, die von Arbeitsstoffen, Arbeitsverfahren, Maschinen, Anlagen und Geräten ausgehen, unverzüglich gegenüber den Arbeitnehmern, den staatlichen Stellen und den Unfallversicherungsträgern offenzulegen.

4. Neuorientierung der Gesundheitspolitik

Außerhalb der Arbeitswelt kommt es darauf an, auf der Basis der bewährten Prinzipien eine Weiterentwicklung und teilweise Neuorientierung der gesundheitlichen Sicherung, der Versorgungssysteme und der sozialen Krankenversicherung durchzusetzen.

Prävention in den Mittelpunkt

Die Neuorientierung der gesundheitlichen Sicherung muß insbesondere das Konzept einer umfassenden Vorsorge in den Mittelpunkt stellen. Neben Arbeitsbelastungen werden die Umwelt, aber auch gesellschaftlich geprägtes Verhalten des einzelnen immer mehr zu gesundheitsbeeinträchtigenden Risikofaktoren. Nicht nur das Gesundheitswesen selbst, auch andere Politikbereiche – beispielsweise Energie- und Verkehrspolitik, Umwelt- und Technologiepolitik, Wohnungsbau, Agrarpolitik und Lebensmittelhygiene, Bildungspolitik – müssen auf präventive Ziele verpflichtet werden.

Eine umfassende Vorsorgestrategie umfaßt aber auch die Mobilisierung der Bürger und die Stärkung sozialer Beziehungen (soziale Netzwerke), denen eine bislang unterschätzte Bedeutung für die Gesundheitsförderung und die Krankheitsbewältigung zukommt. Solidarische Gesundheitspolitik betrachtet den einzelnen nicht nur als Objekt gesellschaftlicher Prozesse, sondern auch als aktiv Handelnden, der durch Mobilisierung seiner Fähigkeiten allein oder gemeinsam mit anderen drohende Schädigungen verhindern oder in den Folgen abmildern kann.

Bürgernähe und Patientenorientierung

Deshalb ist die Bürgernähe, Patientenorientierung und Mitbestimmung der Betroffenen eine weitere wichtige Zielsetzung für die Neuorientierung. Insbesondere auf der örtlichen Ebene müssen die sozialen und gesundheitlichen Versorgungssysteme so integriert werden, daß Selbsthilfegruppen gestützt und mit der Selbstverwaltung stärker verzahnt werden.

Die Mitbestimmung der Bürger bei Planung und Vollzug sollte institutionalisiert werden. Durch Gesundheitsbeauftragte der Parlamente, durch ein stärkeres Engagement der sozialen Selbstverwaltung müssen die Belange der Bevölkerung in gesundheitlichen Fragen stärker aufgegriffen und vertreten werden.

Gesamtverantwortung und Prioritätensetzung

Die Neuorientierung der Gesundheitspolitik erfordert aber auch eine stärkere Gesamtverantwortung staatlicher Instanzen, insbesondere der Parlamente. Diese übergreifende Verantwortung sollte durch eine regelmäßige und systematische Gesundheitsberichterstattung, durch eine politisch verbindliche Ziel- und Aufgabenplanung sowie Prioritätensetzung, die über die Einzelinteressen hinausreichen, wahrgenommen werden.

Auf der Basis der Gesundheitsberichterstattung sollen zu diesem Zweck mittelfristige Gesundheitsbudgets, die die erwünschte Entwicklung auch in quantifizierten Größen angeben, erstellt werden. Den Akteuren des Gesundheitswesens – insbesondere den Sozialversicherungen und den Leistungsanbietern – sollen diese Daten eine politisch verbindliche Orientierung geben.

Medizinische Versorgungsstrukturen weiterentwickeln

Die Leistungs- und Organisationsstruktur des Gesundheitswesens muß durch eine Integration der Einrichtung den Erfordernissen einer humanen Patientenversorgung angepaßt werden. Dazu gehört insbesondere die Verzahnung von ambulanter und stationärer Diagnostik und Therapie.

Qualität und Kontinuität der Versorgung chronisch Kranker dürfen nicht an starren Abgrenzungen zwischen einzelnen Teilen des medizinischen Versorgungssystems oder unzureichender Zusammenarbeit der Versicherungsträger scheitern.

Die gesamte medizinische und gesundheitsbezogene soziale Versorgung muß durch funktionelle und soweit möglich organisatorische Beziehungen miteinander verflochten werden.

Die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der medizinisch-sozialen Versorgung sollte durch Maßnahmen der Qualitätssicherung nach einheitlichen Prinzipien gewährleistet werden.

Diagnostik und Therapie in der ambulanten Versorgung haben den Vorrang primärärztlicher (insbesondere allgemeinärztlicher) Dienste zu berücksichtigen. Diese sollten sich soweit wie möglich auf fächerverbindende Gruppenpraxen stützen, in denen auch z. B. Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Psychotherapeuten tätig sind. Das Vergütungssystem ist entsprechend, z. B. durch die Verknüpfung von Pauschal- mit Leistungskomplexelementen, zu reformieren. Die Position und die Qualität der allgemeinärztlichen Versorgung sollen insbesondere durch eine Reform der Ausbildung, durch eine gesetzliche Weiterbildungspflicht und durch Maßnahmen der Bedarfsplanung gestärkt werden.

Die stationäre Versorgung muß nach Leistungsstufen bedarfsgerecht gegliedert sein. Teilstationäre Einrichtungen müssen verstärkt geschaffen, vorstationäre Diagnostik und Nachsorge müssen ermöglicht werden, auch um die Verweildauer im Krankenhaus zu verkürzen. Der Kommerzialisierung und Privatisierung von Krankenhausleistungen ist entgegenzuwirken. Die Länder müssen ihrer gesetzlichen Verpflichtung zu einer ausreichenden Investitionsfinanzierung nachkommen. Um eine humane Patientenversorgung zu gewährleisten, muß Pflegepersonal in angemessener Quantität und Qualität zur Verfügung stehen.

Zur Gewährleistung einer sicheren, therapeutisch wirksamen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung fordert der DGB insbesondere:

- die Verschärfung des Wirksamkeitsnachweises bei der Zulassung von Arzneimitteln,
- eine neutrale, herstellernunabhängige Arzneimittelinformation durch ein Bundesinstitut für Arzneimittelforschung und -information,
- die Weiterentwicklung der Preisvergleichsliste zu einer für die ärztliche Verordnung verbindlichen Empfehlungsliste in Verbindung mit gesetzlich vorgeschriebenen Preisverhandlungen zwischen Krankenkassen und den Herstellern von Arzneimitteln,
- Arzneimittelhöchstbeträge im Rahmen der Gesamtvergütung für Ärzte, d. h. eine unwirtschaftliche Verordnungsweise sollte Gesamthonorarsummen mindern.

Die Reform der psychiatrischen Versorgung ist nach den Erkenntnissen der Psychiatrie-Enquete und des Modellprogramms unverzüglich voranzutreiben. Dabei ist eine gemeindenahe Versorgung im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich mit einem flächendeckenden Angebot an erforderlichen Einrichtungen und Diensten sicherzustellen. Ziel sind die weitgehende Integration der psychisch Kranken in die Gesellschaft sowie die Gleichstellung von psychisch Kranken mit den körperlich Kranken in Behandlung und Rehabilitation. Zur Finanzierung der erforderlichen Maßnahmen müssen Sozialversicherungsträger und öffentliche Hand zusammenwirken. Anzustreben sind dabei Formen einer regionalen Fondsfinanzierung.

Die Versorgung Pflegebedürftiger bedarf dringend der Verbesserung. Dazu ist ein differenziertes, bedarfsgerechtes Behandlungs- und Pflegeangebot sicherzustellen. Vorrangig ist ein Netz ambulanter, pflegerischer und sozialer Dienste sowie

der Ausbau teilstationärer und anderer ergänzender Einrichtungen.

Für die Ausstattung und Einrichtung stationärer Pflegeeinrichtungen sind verbindliche Standards zu entwickeln.

Die finanzielle Absicherung bei Pflegebedürftigen ist reformbedürftig. Insbesondere muß erreicht werden, daß aus allgemeinen Steuermitteln – ein einkommensunabhängiges Pflegegeld, gestuft nach dem Schweregrad bei häuslicher Pflege, – bei stationärer Unterbringung die Pflegekosten bezahlt werden. Ziel muß es insbesondere sein, Sozialhilfeabhängigkeit bei Pflegebedürftigkeit weitgehend zu beseitigen.

Rehabilitation und Entschädigung

Die Herstellung der Chancengleichheit, die rechtzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, die Bereitstellung von nachgehenden Maßnahmen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges, die Koordination und Kooperation im institutionellen Bereich sowie die sinnvolle Verzahnung kurativer und rehabilitativer Medizin müssen Schwerpunkte der Selbstverwaltungsaktivitäten sein. Neben einer zielgerichteten Planung und Steuerung der Rehabilitation ist die versichertennahe Zusammenarbeit zwischen Sozialversicherung, Gesundheitswesen und Arbeitswelt eine der wesentlichen Voraussetzungen für die Umsetzung gewerkschaftlicher Forderungen.

Nicht immer kann durch Rehabilitationsmaßnahmen die Wiedereingliederung Behinderter in das Erwerbsleben erfolgreich abgeschlossen werden. In diesen Fällen bzw. dann, wenn das vor Eintritt der Behinderung erzielte Erwerbseinkommen auch mit der neuen Erwerbstätigkeit nicht erzielt werden kann, muß eine Geldleistung den gesundheitsbedingten Einkommensverlust ausgleichen.

Das derzeitige System des Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrechts wird seiner Aufgabe, bei gesundheitsbedingter Leistungsminderung einen Ausgleich herbeizuführen, nicht gerecht. Der DGB fordert Geldleistungen, welche die gesundheitsbedingte Einkommensminderung unabhängig von der beruflichen Qualifikation und der Stellung des Arbeitnehmers im Betrieb angemessen ausgleichen.

Die heutige Verweisungspraxis auf minderqualifizierte Tätigkeiten führt dazu, daß viele leistungsgeminderte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zwischen Kranken- und Arbeitslosenversicherung hin- und hergeschoben werden, weil sie keine Berufsunfähigkeitsrente erhalten. Notwendig ist deshalb eine Reform des Berufsunfähigkeitsrechts mit dem Ziel, gesundheitsbedingte dauerhafte Einkommensminderungen und -verluste durch Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung auszugleichen. Um die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß nach längerer Krankheit zu erleichtern, sind im Recht der Arbeitsförderung Voraussetzungen für eine stufenweise Wiedereingliederung zu schaffen.

Solidarausgleich realisieren

Die Sicherung und die Weiterentwicklung des solidarischen Prinzips in der Krankenversicherung bleibt ein wichtiges Anliegen der Gesundheitspolitik. Dazu gehört die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze, die Versicherungspflicht aller Beschäftigungsverhältnisse, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und ein differenzierter, kassenartenübergreifender Finanzausgleich. Dazu gehört auch die völlige Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten in bezug auf die Möglichkeit der Kassenwahl. Um jedem Versicherungspflichtigen den Zugang zur Kasse seiner Wahl zu ermöglichen, muß für alle Kassen ein umfassender „Kontrahierungszwang“ bestehen.

Offener Brief

Antisemitische Leserbriefkampagne im Ärzteblatt

Der 90. Deutsche Ärztetag hat im Mai 1987 nach einer vielbeachteten Debatte über Medizin und Nationalsozialismus mit breiter Mehrheit den Vorstand der Bundesärztekammer aufgefordert, dieses Thema in geeigneter Form weiter zu diskutieren. Seit einem Jahr veröffentlicht das Deutsche Ärzteblatt in größeren Abständen Beiträge von Medizinhistorikern zum Thema. Mitte August 1988 erschien als dritte Folge ein Aufsatz von Werner Friedrich Kümmel: „Die ‚Ausschaltung‘“. Wie die Nationalsozialisten die jüdischen und politisch mißliebigen Ärzte aus dem Beruf verdrängten.“

Ende September 1988 fanden anlässlich des 50. Jahrestages des Approbationsentzuges für jüdische Ärzte Gedenkveranstaltungen der Ärztekammern Berlin und Nordrhein und des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München in der Bayerischen Landesärztekammer statt. Damit wurde in der Ärzteschaft mehr als vierzig Jahre nach Ende der Nazi-Diktatur daran erinnert, daß nach 1933 rund zehntausend jüdische und/oder „staatsfeindliche“ Kolleginnen und Kollegen unter Mitwirkung oder mit Billigung von Teilen der Ärzteschaft aus ihrem Beruf gedrängt, in die Emigration gezwungen, in den Selbstmord getrieben oder schließlich, mit Millionen weiteren Menschen, ermordet worden sind.

Genau eine Woche nach den Gedenkveranstaltungen veröffentlichte das Deutsche Ärzteblatt am 6. Oktober kommentarlos den Leserbrief eines R. Hennig zu dem Artikel von Kümmel. In diesem Leserbrief stand unter anderem: „die Studienplätze an der Universität Halle waren zumeist durch Juden – vornehmlich aus dem Osten – usurpiert, und wo ein Jude war, waren alsbald drei und wo drei waren, waren neun und unser eins hatte das Nachsehen.“

Eine Woche später veröffentlichte das Ärzteblatt ebenfalls kommentarlos eine Zuschrift von H. Güttich: „... Die Weimarer Republik überflutete das Land mit Ostjuden. (...) Sollten sich in der Tat die Rechtsanwälte im Reichsgebiet dafür einsetzen, daß ihnen 100 Prozent Juden in ihrer obersten Kammer erhalten blieben? Diese Leute kamen durch ihre Glaubensgenossen in den Zulassungsausschüssen voran, nicht durch bessere Leistungen. Die Republik von Weimar machte das möglich, dort saßen die Schuldigen, nicht in der deutschen Ärzteschaft.“

In den nächsten zwei Monaten vermittelte das Deutsche Ärzteblatt in größeren Abständen wenige Zuschriften von Kollegen, die gegen die Veröffentlichung derart rassistischer Schreiben protestierten. Ein deutsch-jüdischer Arzt fragte: „Das Deutsche Ärzteblatt als Forum antisemitischer Schriften: Zeitgemäß oder Tradition?“ Der Medizinhistoriker Wolfgang U. Eckart von der Medizinischen Hochschule Hannover nannte am 8. Dezember die Zitate Hennigs eine „Ungeheuerlichkeit, die jedem geschichtsbewußten Leser das Blut in den Adern stocken lassen“ müsse.

Der Leserbrief hatte für Eckart Folgen. Zum einen erhielt er eine Flut deutschnationalistischer Briefe von Ärzten. Zum anderen forderte Hennig am 20. Januar den Kultusminister von Niedersachsen schriftlich auf einzugreifen. Eckart böte seinen Studenten „offensichtlich alliierte Kriegspropaganda als deutsche Zeitgeschichte“ an. Hennig „ersuchte“ deshalb den Kultusminister „zu überprüfen, ob Herr Prof. Dr. Eckart sein Lehramt

Der Arbeitskreis „Faschismus in München – aufgezeigt am Schicksal der aus ‚rassischen‘ und/oder aus politischen Gründen verfolgten Opfer in der Münchner Ärzteschaft“ reagierte Ende Februar mit dem im folgenden dokumentierten offenen Brief an die Bundesärztekammer auf eine Leserbriefauseinandersetzung im „Deutschen Ärzteblatt“.

tatsächlich auf sachlich wie rechtlich qualifizierter Grundlage ausübt und wenn ja, ob sich nunmehr nicht hinreichende Gründe für Zweifel an einer Fortsetzung dieser Tätigkeit finden“. Eckart erhielt diesen Brief „nachrichtlich zugeleitet“ und informierte umgehend die Redaktion des Deutschen Ärzteblattes. Er sah sich weiter gezwungen, den Wissenschaftsminister und den Rektor der Universität einzuschalten, die sich beide hinter den Medizinhistoriker stellten.

Anfang Februar beendete das Deutsche Ärzteblatt den bislang gewahrten Anschein von Neutralität mit einer redaktionellen Anmerkung. Zu dem Leserbrief von Dr. Hennig habe die Redaktion eine Vielzahl von Zuschriften bekommen und einige davon bereits veröffentlicht. Abschließend werde nochmals eine „Zusammenstellung charakteristischer Leserbriefe, die sich um den Leserbrief von Dr. Hennig ranken“, wiedergegeben. Der so vielfach angegriffene Dr. Hennig habe dann „selbstverständlich das Recht, zu den Vorwürfen Stellung zu nehmen. Aus zwei umfangreichen Briefen von ihm haben wir eine Art Schlußwort zusammengestellt, mit dem wir diese Aussprache zu Hennig beenden.“

Die Redaktion veröffentlichte zuerst eine zweite Zuschrift Eckarts, in der dieser darauf hingewiesen hatte, daß es im Wintersemester 1928/29 an der Universität Halle insgesamt 223 Medizinstudenten, darunter fünf mit jüdischer Religionszugehörigkeit, gegeben habe. Damit hatte der Medizinhistoriker auf einen Brief geantwortet, der nun ebenfalls abgedruckt wurde. Eckart war gefragt worden: „Wie war das nun mit dem Anteil jüdischer Studenten in Halle und anderswo? Können Sie Zahlen vorlegen? Dr. Hennigs Äußerungen als Hetzpropaganda der Nationalsozialisten darzustellen, ohne Fakten vorzulegen, ist mir für einen historisch tätigen Professor zu wenig.“

Anschließend widersprachen zwei Ärzte einem Kollegen, der am 8. Dezember im Ärzteblatt geschrieben hatte, Anfang der dreißiger Jahre wäre der Anatomie-Hörsaal in Berlin „fest in jüdischer Hand“ gewesen und dies folgendermaßen ge-

schildert hatte: „Wer sich dort als Nichtjude hinstellen wollte, wurde ganz schnell unter lautem Geschrei und zum Teil brachial von meist jiddisch sprechenden Studenten, die geschlossen auftraten, verdrängt.“

Dann beendete die Redaktion des Ärzteblattes mit dem zusammengebastelten „Schlußwort“ die „Aussprache“. Die „Feststellung“ müsse „statthaft“ sein, daß die „Abgrenzung zwischen Juden und ihren jeweiligen Gastvölkern und die hieraus erwachsene Problematik ihre Ursachen in jüdischen Eigenheiten“ habe. Der „Überreaktion des Dritten Reiches, beim Versuch, ein erkanntes Problem zu lösen“, wäre „in unserer Zeit eine Reaktion in das andere Extrem gefolgt“: der „nunmehr sich darbietende, paradoxe Rassismus mit einem ‚erbsündigen Deutschtum‘ auf der einen – und einem ‚auserwählten Judentum‘ auf der anderen“. Dieser „paradoxe Rassismus“ berge in sich den Keim einer „neuerlichen Re-Aktion“, spätestens dann, „wenn sich unsere Landsleute ihres mangelnden Selbstbewußtseins und ihrer eingeschränkten Souveränität einmal voll bewußt werden“.

Das „Schlußwort“ endete mit einer Schmähkritik an Eckart, dessen Äußerungen in Zusammenhang mit der „Frage der Kriegsschuld“, „fatal an alliierte Hetzpropaganda gemahnt“ und „Zeichen für Schizophrenie“ gezeigt hätten. Damit nicht genug, als Ober-Schlußwort veröffentlichte das Ärzteblatt anschließend eine weitere antisemitische Zuschrift eines H. Piepenbrink: „... alles waren Juden, die sich außerdem sehr arrogant und aggressiv aufführten (...) Offenbar fühlten sich die Juden damals schon als die Herren in Berlin ...“

Als Information darüber, wie in Teilen der Ärzteschaft Ideologien, die den Boden für millionenfachen Massenmord bereitet haben, den „Zusammenbruch“ des „Dritten Reiches“ überstanden haben, mochte die Debatte anfänglich noch aufschlußreich gewesen sein. Spätestens mit der redaktionellen Anmerkung und dem von ihr selbst zusammengebastelten Schlußwort aber hat die Redaktion des Ärzteblattes ihr einen offiziellen Charakter verliehen und deutlich Stellung bezogen.

Der Arbeitskreis „Faschismus in München – aufgezeigt am Schicksal der aus ‚rassischen‘ und/oder aus politischen Gründen verfolgten Opfer in der Münchner Ärzteschaft“ der Liste Demokratische Ärztinnen und Ärzte München protestiert in aller Schärfe gegen diese antisemitische, rassistische, NS-Ideologien weitertragende Kampagne im „Deutschen Ärzteblatt“. Im offiziellen Publikationsorgan der Ärzteschaft wird der Eindruck erweckt, als könne man über Für und Wider von Antisemitismus und Rassismus ausgewogen „wissenschaftlich“ diskutieren und als wäre, unterm Strich betrachtet, die Meinung in der Ärzteschaft eher Pro. Wir fordern die Bundesärztekammer als Herausgeber des Deutschen Ärzteblattes auf, sich in aller Deutlichkeit von diesem Vorgehen ihrer Redaktion zu distanzieren.

Für den Arbeitskreis: Dr. med. Hansjörg Ebell, Dr. med. Renate Jäckle, Dr. med. Irene Kappler, Priv.-Doz. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, Prof. Dr. med. Annemarie Kollmannsberger, Susanne Martin, Dr. med. Fritjof Winkelmann



KRANKENPFLEGE

MUTTERERSATZ

Der Krankenpflegeberuf ist kein Beruf wie jeder andere. Er ist härter und verantwortungsvoller als andere Berufe, er erfordert eine hohe Belastbarkeit, viel Idealismus. Man muß sozusagen dazu „berufen“ sein. Dieses schmeichelhafte Bild von Krankenschwestern und -pflegern macht sich die Öffentlichkeit, wenn man die Ergebnisse einer Befragung von 100 Personen, die in Hamburg auf der Straße von Teilnehmern eines Stationsleitungslehrgangs beim Berufsbildungswerk des DGB angesprochen wurden, als repräsentativ nimmt.

Die Idee, eine Umfrage zu machen, hatten die Kursteilnehmer, als sie die Ergebnisse einer Umfrage vom Sommer 1988, die in der Zeitschrift „Die Schwester/Der Pfleger“ vorgestellt wurde, im Unterricht diskutierten. Sie waren der Auffassung, daß sich durch zahlreiche Fernseh- und Presseberichte in den vergangenen Monaten doch einiges an dem diffusen Bild, daß „man“ sich von der Arbeit im Krankenhaus macht, geändert haben mußte.

Über die wichtigsten Tätigkeiten einer Krankenschwester zeigten sich die Befragten nicht gut informiert. Die meisten gaben an, eine Schwester würde Medikamente verteilen, die Patienten pflegen, Betten machen und Spritzen geben, Tätigkeiten also, die im Krankenzimmer erledigt werden. Daß daneben in erheblichem Maß Verwaltungsaufgaben, Organisations- und Verwaltungsprobleme erledigt werden müssen, wurde von den Hamburger Passanten nicht genannt. Eine Lehrgangsteilnehmerin schränkt das Ergebnis jedoch in realistischer Weise ein: Sie hätte auch keine Vorstellung über die genauen Tätigkeiten eines Kupferschmieds oder eines Elektroingenieurs. Abgesehen davon, konnte die Frage „Was glauben Sie, sind die wichtigsten Tätigkeiten einer Krankenschwester/eines Krankenpflegers?“ natürlich auch unterschiedlich interpretiert werden. Mit Sicherheit werden einige Antworten eher Aufschluß darüber geben, was die Personen selbst als wichtigste Tätigkeiten bewerten, als ihren Wissensstand über die *Haupttätigkeiten* des Pflegepersonals wiedergeben.

Auf die Frage, welche Eigenschaften Krankenschwestern und -pfleger haben sollten, wurden vor allem emotionale

genannt. An oberster Stelle rangierten Freundlichkeit und Höflichkeit, Nettsein und Geduld, Hilfsbereitschaft, Einfühlbarkeit und ähnliches. Nur 13 von 100 Befragten erwarteten von einer Krankenschwester Kompetenz, 9 ein umfangreiches Wissen. Ergebnisse, die sich im übrigen weitgehend mit denen der Umfrage aus „Die Schwester/Der Pfleger“ decken. „Das heißt für uns, daß die Gesellschaft wenig Wert auf fachliche Qualifikation legt und quasi einen Mutterersatz im Krankenhaus erwartet“, so schätzten es einige Schwestern und Pfleger des Stationsleiterlehrgangs selbst ein. Daß die Befragten vielleicht mit ihren Antworten zum Ausdruck bringen wollten, daß sie die reine Fachqualifikation voraussetzen und eher geäußert haben, was sie sich im Umgang mit der Schwester wünschen, wurde auch selbstkritisch in einer Auswertung genannt. Immerhin ist es ja ein berechtigtes Anliegen von Patienten, freundlich und geduldig behandelt zu werden und daß man ihnen hilfsbereit und einfühlsam in einer Situation begegnet, die für die meisten Menschen eine unangenehme Ausnahme ist.

Deutlich zeigte sich, daß der Krankenpflegeberuf als Frauenberuf gilt, auch wenn fast die Hälfte keinen Unterschied zwischen Schwester und Pfleger machen wollte. Für immerhin 35 der Befragten aber gibt es einen Unterschied. Sie sehen – und zwar unabhängig von ihrem Alter – im Krankenpfleger eher den Helfer der Schwester, den „Mann fürs Grobe“, der keine oder höchstens eine kurze Ausbildung braucht.

Auf die Frage „Haben Sie schon einmal vom Personalmangel (Pflegenotstand) im Krankenhaus gehört?“ antworteten tatsächlich 83 von 100 Passanten mit „Ja“ – ein doch recht eindrucksvoller Beweis dafür, daß die zahlreichen Pressedarstellungen, Kundgebungen und Demonstrationen nicht ins Leere gehen.

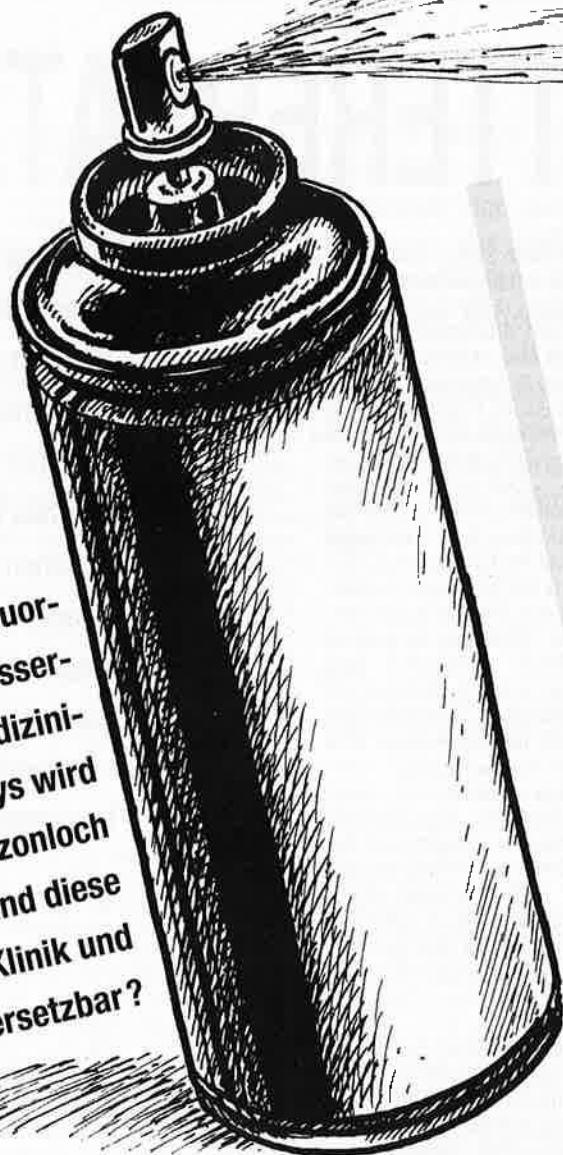
Dem tut kein Abbruch, daß diejenigen, die bejaht hatten, auf Nachfrage nicht viel Genaueres dazu zu sagen wußten. 79 Personen erklärten, daß das Gehalt von Krankenschwestern und -pflegern zu gering sei, eine Erkenntnis „von der Straße“, der sich demnächst die Arbeitgeber in den Tarifverhandlungen schnellstens anschließen sollten.

Was für ein Bild macht sich die Öffentlichkeit vom Krankenpflegeberuf? Das wollten Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines Stationsleitungslehrgangs in Hamburg herausfinden



PFFFT

yn – Auch mit Fluor-
chlorkohlenwasser-
stoffen in medizini-
schen Sprays wird
munter das Ozonloch
vergrößert. Sind diese
Treibgase in Klinik und
Praxis unersetzbar?



Funkm 89

„Wir bedauern, daß immer noch zu viele Sprays mit Fluorchlorkohlenwasserstoffen auch im medizinischen Bereich angewandt werden, zum Beispiel bei Medikamenten, Desinfektionssprays oder Fixiermitteln für zytologische Untersuchungen“, erklärt Dr. Dönsch vom Vorstand der Bezirksstelle Göttingen der Ärztekammer Niedersachsen. „Wir wollen zunächst keine großen Aktionen machen“, schränkt er allerdings vorsichtig ein, „aber wir wollen in unserem Bereich einen kleinen Beitrag zum Umweltschutz leisten“.

Mit einem Beschluß der Bezirksstelle Göttingen waren Ende vergangenen Jahres alle Ärztinnen und Ärzte der Region aufgefordert worden, ihre Praxis im Umgang mit Sprays zu überprüfen und auf solche mit Fluorchlorkohlenwasserstoffen (FCKW) als Treibmittel zu verzichten. Mittlerweile hat die

gesamte Ärztekammer Niedersachsen den Beschluß übernommen und an die Antragskommission des Deutschen Ärztetags weitergeleitet, damit im Mai in Berlin darüber debattiert werden kann.

In der Erwartung, bei den Antragstellern mehr über die Möglichkeiten eines Verzichts auf FCKWs auch in der Medizin zu erfahren, hatte sich dg an die Bezirksstelle Göttingen gewandt. Denn den Befürwortern eines Verbots dieser Treibgase wird bislang immer noch entgegeng gehalten, daß ein Ersatz in bestimmten Bereichen nicht möglich sei.

Nichts Genaues weiß man nicht, so der Wissensstand in Göttingen. Dönsch beklagt gegenüber dg, daß es äußerst mühselig sei, an Informationen zu dem Thema heranzukommen. Anfragen an das Bundesgesundheitsamt und an Herstellerfirmen seien größtenteils

noch nicht beantwortet worden. Nur ein Hersteller habe erklärt, daß auf die Anwendung in Asthasprays nicht zu verzichten sei, eine Erklärung, die der Vertreter der Ärztekammer skeptisch beurteilt: Was machen denn die Firmen in den USA, wo bereits seit 1978 FCKWs verboten sind, fragt er rhetorisch. So sehr es zu begrüßen ist, wenn die Ärzteschaft gegenüber Ausführungen der Pharma-Industrie vorsichtig reagiert, in seiner Argumentation irrt Dr. Dönsch. Zwar sind in der Tat in den USA und auch in Schweden Herstellung und Verwendung von FCKWs verboten, allerdings mit einer Ausnahme, in der Medizin.

Gefragt wären da unabhängige Experten, die sich mit der Fragestellung beschäftigt haben. Die Schwierigkeit, entsprechende Fachleute zu finden, ist wohl auch darin begründet, daß gerade die Verwendung von Treibmitteln in Asthasprays eine ganze Reihe von Fragen aufwirft, wie Ulrich Hagemann vom BGA erklärt: Zum einen müssen Wirkstoff und Hilfstoff untereinander verträglich sein, das Treibmittel darf nicht giftig sein, es muß mit den Gasen genügender Druck erzeugt werden, damit eine feine Verteilung des Wirkstoffs gesichert ist, und es muß gewährleistet sein, daß bei jedem Sprühstoß auch die gleiche Dosierung des Wirkstoffs erfolgt. Weder Pharmakologen noch Toxikologen konnten uns über Ersatzmöglichkeiten Auskunft geben. Weiterhelfen konnten weder das Öko-Institut Freiburg noch die Gruppe Katalyse in Köln.

Daß von unabhängiger Seite bislang keine Untersuchungen vorliegen, ist nicht nur dem dazu notwendigen Aufwand geschuldet. Die Bedeutung der Anwendung von FCKWs im medizinischen Bereich ist im Gesamtzusammenhang verschwindend gering. Medizinische Sprays nehmen, so schätzt Fritz Kalberlah, der ein toxikologisches Institut in Freiburg führt, vielleicht ein Prozent des gesamten Verbrauchs der FCKWs ein. „Davon sind sicher einige Prozente zu ersetzen. Dann bleibt ein geringer Rest, über den man sich streiten kann, aber die Frage ist, ob sich das lohnt“, warnt er vor der Eröffnung von Nebenkriegsschauplätzen.

In das gleiche Horn stößt auch Ingrid Plewe, Pressereferentin des Bundesverbands der Pharmazeutischen Industrie (BPI): „Ich denke, daß es gesellschaftlich und politisch vernünftig ist, zunächst einmal die FCKWs da abzubauen, wo sie in großem Umfang ver-

wendet werden, und nicht die Asthma-kranken im Regen stehen zu lassen.“ Als Ausrede dafür, im eigenen Bereich nichts tun zu müssen, will sie dies aber nicht verstanden wissen. Die pharmazeutische Industrie sei mit Hochdruck auf der Suche nach Alternativen.

An Informationen von Seiten der Hersteller gibt es keinen Mangel, und nicht eine der von uns befragten Firmen war dabei, die nicht beteuerte, nach Ersatzstoffen zu suchen. Schwierig ist eher die Bewertung, die Unterscheidung von Dichtung und Wahrheit. Wenn zum Beispiel ein Vertreter des Bundesgesundheitsamts erklärt, im Prinzip könne FCKW als Treibmittel durch Stickstoff ersetzt werden, es gebe bereits zugelassene Asthmamittel, die mit Stickstoff versprüht würden, und demgegenüber eine Vertreterin eines Herstellers behauptet, für Inhalations-sprays habe das BGA als Treibgas nur drei FCKWs zugelassen. Wer hat nun recht, die Firma Desitin, die sich darüber beklagt, ein Medikament neu zulassen zu müssen, weil sie FCKW darin ersetzen wolle oder das BGA, das dazu erklärt, eine Neuzulassung sei beim bloßen Ersatz eines Hilfsstoffs nicht erforderlich.

Ein Erfolg des öffentlichen Drucks ist es, wenn selbst von der pharmazeutischen Industrie eingeräumt wird, daß die Verwendung von FCKWs nur in wenigen Ausnahmen notwendig sei. Ingrid Plewe vom BPI hält FCKWs außer bei akuten Anfallserkrankungen wie Asthma und Koronarkrankheiten für ersetzbar. Und selbst in diesem Bereich scheint Ersatz möglich. Auf einer internationalen Ozonkonferenz in Göttingen Ende vergangenen Jahres erklärte Professor Christoph von Ilberg, Direktor der Frankfurter Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankhei-

ten, daß er sich keine Erkrankung im LINO-Bereich vorstellen könne, bei der Druckzerstäuber keine ausreichende Wirkung hätten. Auch Professor Jürgen Meier-Sydow, Direktor der Abteilung für Lungenkrankheiten der Frankfurter Universitätsklinik für Innere Medizin, bestätigte auf dem Kongreß, daß man mit Medikamenten ohne Treibgase sehr wohl gut auskäme. Alternativen werden mittlerweile auch von verschiedenen Firmen angeboten. So gibt es zum Beispiel von Glaxo ein Asthmamittel, das mit Hilfe eines Geräts ohne Treibgas inhaliert werden kann. Jeder umweltbewußte Arzt und Patient könne ein Mittel gegen Asthma ohne Gas applizieren, preist Frau Kramer von der Marketingabteilung Glaxos ihre Ware an. Ganz so weit her ist es aber entweder mit dem Umweltbewußtsein oder aber mit den Einsatzmöglichkeiten des Ersatzmittels nicht. Denn daneben hat Glaxo weiterhin Asthma-Mittel im Programm, die als Dosieraerosol mit FCKWs betrieben werden.

Selbst die Beschränkung von FCKW-haltigen Sprays auf Anfallsleiden hat sich bis jetzt noch nicht durchgesetzt. Nach wie vor gibt es Wundbehandlungsmittel, die mit Hilfe von FCKWs aufgebracht werden, wie die Personalvertretung Ulm in einer Anfrage an die Dienststellenleitung bestätigt bekam. Nötig aber sind sie nicht, wie Herr Bernardi von der Krankenhausapotheke zum Einsatz eines Sprays zur Dekubitusprophylaxe erklärte: Der pflegerische Dienst sollte aufgerufen sein, „zu überlegen, ob eine Einschränkung oder gar ein Verzicht möglich ist. Zumal es für diesen Indikationsbereich eine ganze Reihe anderer Mittel in Form von Salben und Lösungen gibt, allerdings mit anderem Wirkprinzip.“

„Ich finde, da muß der Kunde entscheiden. Wenn ich aussuchen kann, dann nehme ich nur die Sprays, in denen keine FCKWs verwendet werden“, erklärt Ingrid Plewe gegenüber dg ihre Auswahl bei Kosmetika, „denn das werden die Hersteller schnell merken“.

Übertragen könnte man das auch auf den medizinischen Bereich. Hatte dg bisher den Ärztinnen und Ärzten empfohlen, Pharmavertreter aus der Praxis fernzuhalten, ist jetzt eine Korrektur angesagt. Man sollte sie gehörig mit Fragen nach Alternativen zu FCKWs löchern. Denn vom Gesetzgeber braucht man da nichts zu erwarten.

Aus der Produktion verschwunden sein sollen FCKWs nach Vorstellungen von Herrn Töpfer bis 1996. Mit Ausnahme der medizinischen Anwendung.

Wer will, daß FCKWs aus medizinischen Sprays verschwinden, der muß die Pharmaindustrie unter Druck setzen. Vom Gesetzgeber ist nämlich nichts zu erwarten

”

**Betr.:
BAYER
Aktionärsversammlung
im Juni in Köln**

**BAYER sorgt
für den
Umweltschutz,
und
die Erde ist
eine Scheibe.**

**Denn das Geld bestimmt
das Handeln der Konzerne
und Banken. Umweltschutz
und sichere Arbeitsplätze sind
nicht so wichtig.**

**Übertragen Sie deshalb nicht
Ihrer Bank, sondern uns, den**

**Kritischen
BAYER-Aktionären,**

**die Stimmrechte Ihrer BAYER-
Aktien.**

**Sprechen Sie mit Ihrer Bank
und senden Sie Ihre Vollmacht
ein an:**

**Verein Kritischer Aktionäre e.V.
Professor-Neeb-Str. 24
6501 Saulheim**

**Oder noch besser:
Kommen Sie persönlich nach
Köln zur Hauptversammlung.**

**Gemeinsam
erreichen wir mehr.**

**Weitere
Informationen
können Sie gern
bei uns anfordern.**

”





Saugen Ärzte eigentlich didaktische Fähigkeiten mit der Muttermilch ein? Wenn nicht, wieso sind sie dann eine der wenigen Berufsgruppen, die ausbilden dürfen, ohne ihre Eignung dazu nachweisen zu müssen?

Die Diskussion um die Ausbildung der ärztlichen „Helferberufe“ ist in den letzten Monaten in Schwung gekommen. Kurz nach Erlass der neuen Ausbildungsordnung für Zahnärzthelferinnen, mit der die Neuordnung der drei ärztlichen Helferberufe abgeschlossen wurde, haben der Deutsche Gewerkschaftsbund und die ÖTV Ausbilder-eignungsverordnungen für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte gefordert. Auf deutsch: Auch sie sollen in Zukunft lernen müssen, wie man ausbildet, und dies nachweisen.

Die Gewerkschaften machen es den ärztlichen Standesvertretern gewiß nicht leicht: Bei der Diskussion um die neuen Ausbildungsordnungen mußten sie die heilsame Erfahrung machen, daß nicht sie allein es sind, die die Dinge entscheiden. Dabei wurden Ärzte- und Zahnärztekammern auch gezwungen, von so mancher liebge gewordenen Gewohnheit zu lassen. Die Erst-Hilfe-Kurse der Helferinnen etwa, die diese vorher in der Freizeit absolvieren mußten, sind jetzt fester Bestandteil der Ausbildung selbst. Ob ein Arzt überhaupt zur Ausbildung berechtigt ist, soll, das fordert die Gewerkschaft, in Zukunft von einer Ausbilder-eignungsprüfung abhängen.

Damit wäre die Sache endlich wie in anderen Berufen auch: Ob Kaufmann oder Handwerksmeister, wer ausbilden will, muß seine berufs- und arbeitspädagogische Fähigkeit zunächst nachweisen. Daß es da auch kein „Akademikerprivileg“, sondern bislang ein Ärzteprivileg gibt, zeigt die steigende Zahl von Juristen, Betriebswirten und Ingenieuren unter den Prüfungsteilnehmern.

Es ist nicht nur die Frage der Gleichbehandlung, die die Gewerkschaften zu

ihrem Vorstoß veranlaßt hat. Die neuen Vorschriften für die Ausbildung stellen höhere Anforderungen – im medizinischen und im verwaltenden Bereich. Das Wissen, das gefordert wird, ist ein passant nicht zu vermitteln. Es ist erforderlich, den Ausbildungsgang unter didaktischen Gesichtspunkten zu planen, damit die berufliche Qualifikation vermittelt werden kann.

Eine Ausbildung nach pädagogischen und didaktischen Gesichtspunkten zu planen und durchzuführen, das lernt man nicht im Medizinstudium und nicht in der Facharztausbildung, und „man saugt es schon gar nicht mit der Muttermilch ein“, wie der stellvertretende ÖTV-Vorsitzende, Wolfgang Warburg, ironisch meinte. Das will gelernt sein, und daß man es gelernt hat, will nachgewiesen sein. Die Kammern und Verbände werden Lehrgänge anbieten müssen, und sie werden dabei die besonderen Bedingungen des Teilnehmerkreises berücksichtigen müssen. Daß das Zeit und Energie kostet, muß man zugeben. Aber Schwierigkeiten dürfen nicht zum unüberwindlichen Hindernis hochstilisiert werden, wenn es um die Qualifikation der Auszubildenden geht, die ja letztendlich den Ärzten selbst zugute kommt. Das müßten auch die Kammern erkennen.

Die Gewerkschaften haben sich mit ihrer Forderung eigentlich noch sehr zurückgehalten. Es gäbe auch gute Gründe, weitergehende zu stellen, wie zum Beispiel die Ausbilder-eignung für fertige Arzthelferinnen. Dazu aber wäre eine Revision des Berufsbildungsgesetzes erforderlich; man müßte dann einen parlamentarischen Vorgang in die Wege leiten, der derzeit in seinen Auswirkungen unkontrollierbar wäre, wenn man an die vielen Entwürfe zur Verschlechterung des Berufsbildungsgesetzes in den Köpfen und Schubladen einiger Koalitionsabgeordneter denkt.

Über die Ausbilder-eignung für Ärzte, die einfach per Rechtsverordnung geregelt werden kann, wird nun der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft, Jürgen Möllemann, entscheiden müssen. Es gibt die gute Tradition, daß der Minister sich einer Lösung anschließt, die von allen Beteiligten gemeinsam getragen wird. Gerade deshalb sollten sich die ärztlichen Spitzenorganisationen ihre Haltung zu den Forderungen der Gewerkschaft gut überlegen. Gleiches muß gleich behandelt werden, deshalb dürfen auch Unterschiede in der Ausbilder-eignung nicht geduldet werden. Alle Auszubildenden, ob Bankkaufmann und -frau oder Arzthelferin, haben einen Anspruch auf qualifizierte Ausbilder.

Ausbildung für Ausbilder

Wolfgang Fieg ist Leiter des Referats Berufliche Bildung beim ÖTV-Hauptvorstand in Stuttgart

Wolfgang Fieg

Arzthelferinnen: Es geht um Mäuse



Foto: Döhren

**yn – Kann man
von Unternehmern
überhaupt ein Interesse
an den Arbeitsbedingungen
ihrer Beschäftigten erwarten,
zumal wenn es dabei auch ans
eigene Säckel gehen könnte?**

In der Fraktion Gesundheit Berlin war man optimistisch. Um die Situation der Arzthelferinnen zu verbessern, startete der Kollege Udo Schagen Ende Dezember eine Umfrage an die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, die die Kandidatur der Fraktion Gesundheit zur Ärztekammerwahl unterstützt hatten. Gefragt wurde nach den Arbeitsbedingungen und Arbeitsverträgen in ihren Praxen, aber auch, ob ein Mustervertrag für sinnvoll erachtet werde und ob man zur Mitarbeit daran bereit sei. Schlußsatz des Schreibens: „In der Hoffnung auf einen großen Rücklauf, an dem das prinzipielle Interesse an solchen Fragen gemessen werden kann.“

Unternehmerisches Denken war denn doch wichtiger als das im Schreiben erwähnte Anliegen der Fraktion Gesundheit, sich für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen anderer medizinischer Berufe einzusetzen. Udo Schagen zur Resonanz auf seinen Brief an die Kolleginnen und Kollegen:

„Sehr mager“. Etwa 20 Antworten hatte er bekommen. Ein Grund für die mangelnde Resonanz sei wohl, daß sich niemand angesprochen fühle. Offenbar seien die meisten Kolleginnen und Kollegen der Meinung, daß es ihren Beschäftigten doch gut gehe, mutmaßt Schagen. Den Beweis für diese Behauptung anzutreten, etwa durch Übersendung ihres Hausarbeitsvertrags, haben die meisten aber gescheut.

Mit gutem Grund, wenn man nicht unterstellt, in Berlin sei alles ganz anders. Klaus Schön, niedergelassener Arzt in Bremen, der gerne mit der ÖTV einen Tarifvertrag für Arzthelferinnen ausarbeiten will, hatte sich bei 16 Kollegen umgehört, „aus dem linken und alternativen Spektrum“, wie er versichert. Das Ergebnis war niederschmetternd. Gerade vier der 16 Praxen zahlten Urlaubsgeld, nur in drei Praxen gab es in Anlehnung an den BAT 30 Tage Urlaub, vier mehr als im Tarif der Arzthelferinnen. Auch Weihnachtsgeld und Bildungsurlaub waren eher Ausnahme denn die Regel. Und das Interesse an einer Änderung scheint nicht sehr groß zu sein. Wie die ÖTV mitteilte, hat sich auf ihre Anfrage im Rundbrief der oppositionellen Ärzte in Bremen um Mitarbeit an einem Tarifvertrag gerade ein Niedergelassener gemeldet: Klaus Schön.

Der ist aber auch über die Gewerkschaft sauer: „Ich komme mir von denen alleingelassen vor“, klagte er Mitte Januar, er könne doch als Arbeitgeber nicht die Interessen der Beschäftigten formulieren. „Bisher tote Hose“, so sein Kommentar zu Vorschlägen der ÖTV. Nicht ganz zu Unrecht. Hans Peter Blick vom ÖTV-Hauptvorstand räumt ein, daß es auf Bundesebene bisher keinen Mustervertrag gebe und die

Arbeit im Bereich der Arzthelferinnen etwas schwerfällig sei. Man wolle aber in Zukunft mehr machen und werde in nächster Zeit auf den Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zukommen. Daß die Verhandlung in Bremen zunächst äußerst schleppend verliefen, lag wohl auch an einem Personalwechsel im ÖTV-Bezirk. Mittlerweile hat ein Kontaktgespräch stattgefunden, bei dem Marita Rosenow, die jetzt im Bezirk Bremen für das Gesundheitswesen zuständig ist, eine erste Forderung vorgelegt hat. Wenn man den BAT als Grundlage nehme, so Rosenow gegenüber dg, dann müßten Arzthelferinnen 500 Mark brutto mehr bekommen. Im öffentlichen Dienst erhielten Arzthelferinnen Gehälter nach BAT IX, wenn sie ungelernt sind, beziehungsweise nach BAT VII. „Das ist das Minimum, was man vertreten kann.“

„Mit der Forderung locke ich keinen hinter dem Ofen hervor“, zweifelt Klaus Schön. Eine Lohnerhöhung um 500 Mark würde von seinen Kollegen wohl kaum akzeptiert werden, denn: „Hier geht es knallhart um Mäuse“. Noch einmal zur Erinnerung: Das „Einkommen“ einer Arzthelferin im ersten Berufsjahr liegt laut Tarif bei 1734 Mark. Brutto, versteht sich.

Vor weiteren Verhandlungen will sich der ÖTV-Bezirk Bremen erst einmal mit dem Hauptvorstand in Stuttgart absprechen. Und zu klären bleibt die Frage, ob es überhaupt genügend Niedergelassene gibt, die zu Tarifverhandlungen bereit sind. Bislang fehlt auf Arbeitgeberseite die Tarifpartei, wenn man von der „Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen“ absieht, die mit dem Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen Tarife abschließt, Ergebnis siehe oben. Für solche Tarifverträge will die ÖTV jedenfalls nicht zu haben sein. Marita Rosenow: „Da mache ich nicht mit.“

So ehrenwert der Einsatz einzelner Mitglieder des VDÄÄ oder der Berliner Fraktion Gesundheit ist, wenn sie sich für eine bessere Vergütung der Arzthelferinnen einsetzen, mehr als an das vielleicht noch vorhandene Gewissen ihrer Kolleginnen und Kollegen appellieren können sie auch nicht. Der eigentliche Druck muß aber von den Arzthelferinnen selbst kommen. Das hat auch ihr Berufsverband erkannt, der zum 31. März den Manteltarifvertrag gekündigt hat. Die Unterstützung aller Kolleginnen sei gefordert wie nie zuvor, schreibt die Vorsitzende des Berufsverbands, Bärbel Keim-Meeremann, in der Mitgliedszeitschrift. In der Tat, denn es geht um Forderungen, die in den meisten anderen Berufen längst umgesetzt sind: Arbeitszeitverkürzung auf 38,5 Stunden, verbesserter Kündigungsschutz und Einstieg in ein Urlaubsgeld. □

OH SCHILDA

Als die Bundesregierung im Januar 1988 den Entwurf für ihr Sozialdemontage-Gesetz im Gesundheitswesen vorlegte, gaben DGB und ÖTV noch ihr verschämtes Ja-Wort. Doch als die Basis murrte, haute die ÖTV-Führung mächtig auf den Putz: Sie beteiligte sich an einer regionalen DGB-Demo. Ingeborg Simon kommentiert den letzten Schildbürgerstreich der Gewerkschaftsspitzen

Bizarre Auswüchse des sogenannten Gesundheitsreformgesetzes wie Reisen nach Singapur der Zähne wegen, die Vorlage einer Bankbürgschaft beim Zahnarzt oder die Bereicherung des Wortschatzes um so schöne Begriffe wie „Blümibauch“ oder „Dezemberzähne“ lassen Gedanken an den Ernst der Lage nicht so recht aufkommen. Doch daß die Lage ernst ist, können die Kolleginnen und Kollegen bezeugen, die in Arztpraxen, Apotheken, Sozialstationen und Altenheimen arbeiten und mit den großen und kleinen Gemeinheiten des GRG konfrontiert werden. Rentner, Arbeitslose, Geringverdienende und chronisch Kranke spüren die harten finanziellen Belastungen täglich neu am eigenen Leib.

Betroffen sind ausnahmslos die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, auch wenn es noch nicht alle begriffen haben. Schnell begriffen haben es allerdings die Nutznießer der Sozialdemontage. So empfiehlt die Berliner Bank ihren Kunden bereits den Abschluß einer Sterbeversicherung, und zwar, bitte schön, bei der Gothaer. Die Deutsche Angestellten-Krankenkasse gibt den Tip, auf jeden Fall bei Auslandsaufenthalten eine private Auslandskrankenversicherung abzuschließen.

Auch Bundesinnenminister Zimmermann hat verstanden: Er empfiehlt den noch in der GKV verbliebenen Beamten, sich den Folgen des GRG schnell zu entziehen und in eine private Krankenversicherung abzuwandern.

Aber: So unsozial die Leistungseinschränkungen und -streichungen auch sind, noch schlimmer wird sich das GRG langfristig auswirken, nämlich als „soziale Katastrophe“, wie es von der IG Metall bezeichnet wird. Die über 100 Jahre alten Prinzipien der Krankenversicherung, nämlich Sachleistung und Solidarität, stehen vor dem Exitus. Der mit dem GRG eingeleitete Mitgliederzuwachs bei den privaten Krankenkassen, die Einführung des Kostentrastungsprinzips, die Bestrafungsaktionen für Kranke, das Prämiensystem für Gesunde, das Angebot für Arbeiter, die Solidargemeinschaft zu verlassen, die Übernahme originärer Leistungen der laut Blüm „guten, alten

Krankenkasse“ durch private Versicherungen – das alles beschleunigt die Talfahrt in die Privatisierung und Entsolidarisierung unseres Gesundheitswesens. Deshalb war der Tag der Verabschiedung des GRG nicht nur ein „schwarzer Freitag“ für die Versicherten, wie Gerd Muhr vom Deutschen Gewerkschaftsbund es nannte, sondern für die Bundesrepublik insgesamt.

Schon die Vorgeschichte begann – unter Federführung des DGB – mit einer folgenschweren Fehleinschätzung über die Bedeutung der Bonner Reformpläne, die unter der Devise „So viel Subsidiarität wie möglich, so wenig Solidarität wie nötig, standen. Die Gewerkschaften hatten zwar schwere Bedenken, unterstützten aber dennoch „wichtige Teile des Reformvorhabens“, die Festbeträge und die Transparenzregelung, im Referentenentwurf vom Januar 1988. Sie verteidigten sogar noch die angeblich „positiven Ansätze“ gegen die „Polemik der Leistungsanbieter“. „Wir waren in der öffentlichen Auseinandersetzung ein Stück weit Bündnispartner des Arbeitsministers“, so Gerd Muhr.

Die im April 1988 vorgenommene Kehrtwende des DGB zum „Nein“ – ausgelöst durch neue Verschlechtsungspläne – kam zu spät, um die längst auf Hochtouren laufende Gesetzesmaschine noch stoppen zu können. Das nach der Verabschiedung des GRG von Muhr verfaßte Musterreferat liest sich dann auch wie eine Kapitulationserklärung: „Der DGB und seine Gewerkschaften konnten das Gesetz nicht verhindern, aber wir sollten dafür sorgen, daß die Sozialdemontage dieser Bundesregierung nicht bis Ende 1990 wieder in Vergessenheit gerät!“ Da fragt sich doch, was den DGB dazu veranlaßt hat, eine solche Politik zu betreiben? Traf ihn der Entwurf des GRG etwa unvorbereitet? Nein.

Schon 1983 hatte sich der DGB – einem Antrag des DGB-Bundeskongresses folgend – mit der Einberufung einer gesundheitspolitischen Strukturkommission daran gemacht, eigene Positionen und Perspektiven für eine an den Interessen der Bevölkerung ausgerichteten Gesundheitspolitik zu entwickeln. Im November 1986 lagen deren Arbeitsergebnisse vor, rechtzeitig genug, um der Bundesregierung gewerkschaftliche „essentials“ zu präsentieren.

Trotzdem stimmte die Gewerkschaftsführung einem Gesetzentwurf zu, der die eigenen Forderungen nicht einmal ansatzweise berücksichtigte. Zum Beispiel: die Beibehaltung des Sachleistungsprinzips, keine zusätzliche Kostenselbstbeteiligung, die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze für Angestellte und die Schwerpunktverlagerung von der kurativen Medizin zur Prävention im Arbeits- und Um-

weltschutz. Der grotesken Behauptung Blüms, „Anspruchsdenken“ und „Hamstermentalität“ der Versicherten hätten die Kassen in den Ruin getrieben, wurde nichts entgegengesetzt. Obgleich die Massen- und Dauerarbeitslosigkeit und die zunehmende Teilzeitarbeit zusammen mit den steigenden Forderungen der Anbieter im Gesundheitswesen die eigentlichen Verursacher der Kassennisere sind, verzichteten die Gewerkschaften auf die längst fällige Abrechnung mit der Bonner Sozial- und Gesundheitspolitik. Ohne irgendwelche Bedingungen zu stellen, stimmten sie dem Entwurf im Februar 1988 zu.

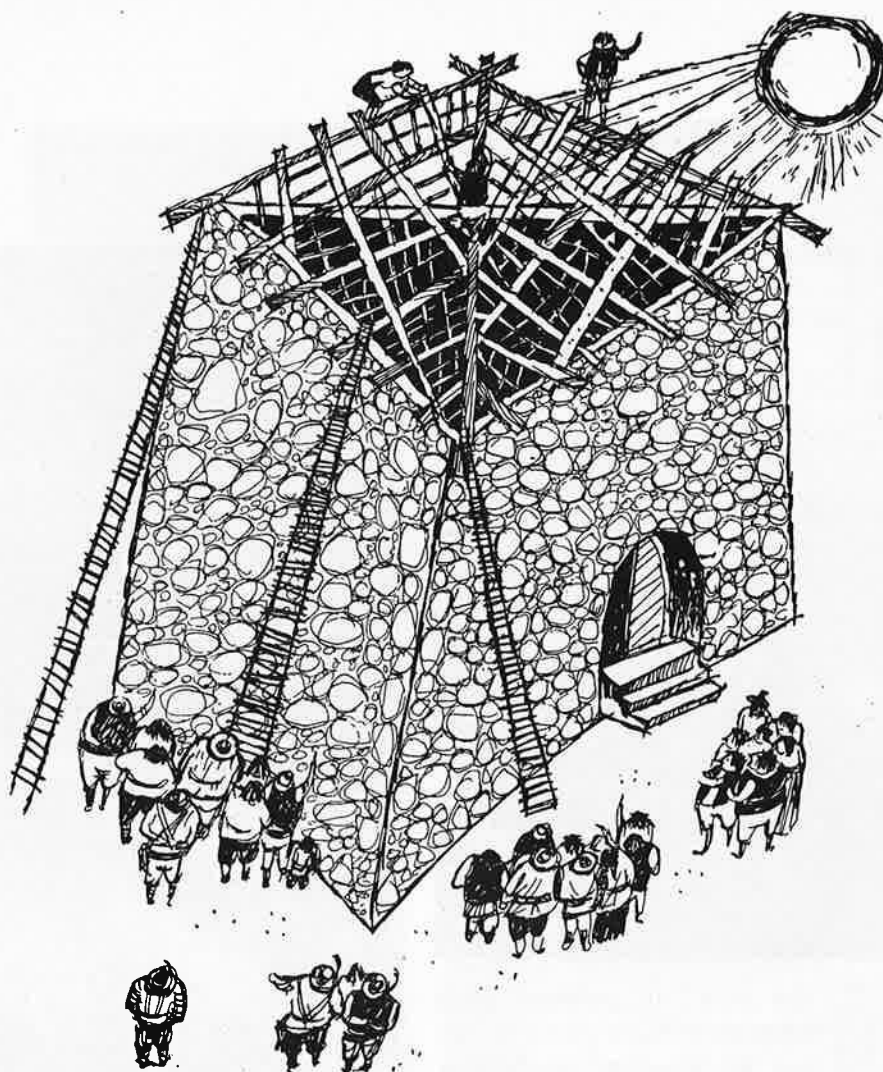
Wenn es nicht an Alternativvorstellungen mangelte, gab es dann vielleicht die Einschätzung, bei einer Konfrontation mit der Regierung ohne Unterstützung der Basis dazustehen?

Einmal abgesehen davon, daß es sich der Deutsche Gewerkschaftsbund einfach nicht leisten kann, angesichts einer solchen Sozialdemontage auf die offensive Vertretung der eigenen Positionen zu verzichten, so gibt es auch Beispiele dafür, daß die Einzelgewerkschaften seit längerem den Gesundheits- und Umweltschutz am Arbeitsplatz thematisieren und dafür kämpfen. In den jetzt laufenden Manteltarifverhandlungen will die IG Druck und Papier unter anderem das Recht auf Arbeitsverweigerung durchsetzen, wenn gesundheitliche Auflagen am Arbeitsplatz vernachlässigt werden.

Auch die zahlreichen Protestveranstaltungen und Demonstrationen gegen das GRG – selbst der Reichsbund und der VdK mobilisierten Zehntausende – haben deutlich gemacht, daß der DGB auf ein breites Bündnis des Widerstands gegen die Bonner Gesundheitspolitik hätte rechnen können. Er hat diese Chance nicht genutzt. Die Möglichkeiten gewerkschaftlicher Gegenwehr wurden nicht einmal diskutiert.

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß Kampfmaßnahmen gegen das GRG von der Mehrheit der DGB-Führung nicht gewollt wurden, obgleich sie die politische Gefahr des Gesetzes deutlich benannte. Ähnlich war es offenbar in der Gewerkschaft ÖTV. Auf ihrem Gewerkschaftstag im Juni 1988 legten die Diskussion und das Abstimmungsverhalten zu einem Initiativantrag, der deutlich forderte, das GRG zu verhindern, den tiefen Dissens zwischen Delegierten und der Führung offen. Letztere hatte einen Antrag eingebracht, der sich in einem Appell an die Bundestagsabgeordneten, dem Gesetz nicht zuzustimmen, und in dem Vorschlag, verstärkt zu informieren, erschöpfte.

Die fast einstimmige Annahme des kämpferischen Antrags durch die Delegierten signalisierte der ÖTV-Führung



Erwartungen, die zu erfüllen sie offenbar nicht bereit war. Den Auftrag zu einer Großdemonstration in Bonn anlässlich der 2. und 3. Lesung des GRG-Entwurfs im Bundestag erledigte sie, indem sie zu einer vom DGB in Nordrhein-Westfalen organisierten Kundgebung in der Woche gegen den Sozialabbau im Oktober mit aufrief. Und das war es dann auch schon.

Bei so wenig Bereitschaft zu kämpfen, bei so viel Bereitschaft, die Kröte des „kleineren Übels“ um der großen Gemeinsamkeit willen zu schlucken, verwundert es nicht mehr, daß die gewerkschaftlichen Interessenvertreter in den Selbstverwaltungen der GKV in einem Akt des vorausseilenden Gehorsams teilweise schon im Sommer 1988 damit begannen, die Vorarbeiten für eine möglichst reibungslose Übernahme des Gesetzes zu leisten. Wie glaubwürdig konnte da noch die im Oktober vom DGB organisierte Protestwoche gegen den Sozialabbau sein?

Nun, nachdem das Gesetz widerstandlos unter Dach und Fach gebracht werden konnte, fühlen sich Regierung und Unternehmerverbände ermuntert, den Sozialabbau weiter voranzutreiben. Die Bundesregierung versucht es zur Zeit offenbar mit Erfolg bei der Rentenreform, die Unternehmerverbände ließen schon wissen, daß ihnen

**Als sie merkten, daß es in
ihrem neuen Rathaus ohne
Fenster dunkel war, warteten
die Schildbürger erst einmal
ab. Auch die ägyptische
Finsternis hatte ja nur drei
Tage gedauert**

die „Gesundheitsreform“ noch nicht weit genug ginge. Und der DGB?

Der wartet wie ein echter Schildbürger auf eine andere Regierung nach der Wahl 1990 und will bis dahin dafür sorgen, „daß die Sozialdemontage nicht in Vergessenheit gerät“. Damit ihm die Zeit nicht zu lang wird, sei ihm empfohlen, „da oben“ zwischenzeitlich die Spurensuche nach verschütteten Alternativen aufzunehmen. Dazu ein heißer Tip: Das DGB-Grundsatzprogramm von 1981 und das noch geltende sozialpolitische Programm des DGB – zum Träumen bis 1990.

PFLEGENOTSTAND

GELADEN



Von „Milde“ und „Sanftmut“ war in Dortmund nicht sehr viel zu merken. Die Schwestern sind geladen.



Hinz und Kunz war auf das Podium geladen worden, bloß nicht die Vertretung der Pflege in den Tarifverhandlungen, die Gewerkschaft ÖTV.

Die Dortmunder Westfalenhalle war rappellvoll, als am 28. Februar rund 20.000 Krankenschwestern und -pfleger gegen den Pflegenotstand demonstrierten, und die Stimmung geladen. Aus der ganzen Bundesrepublik waren Krankenschwestern und -pfleger dem Aufruf des Deutschen Berufsverbands für Krankenpflege gefolgt, um vor den Tarifverhandlungen für die Krankenhausbeschäftigten zu zeigen, daß man nicht länger gewillt ist, den jetzigen Zustand geduldig hinzunehmen. Da mußte es auch Ministerialdirektor Karl Jung, der für Norbert Blüm gekommen

war, hinnehmen, von den Schwestern ausgebuht zu werden, als er in seiner „charmanten“ Art die Verantwortung des Arbeitsministeriums für den Pflegenotstand ableugnete.

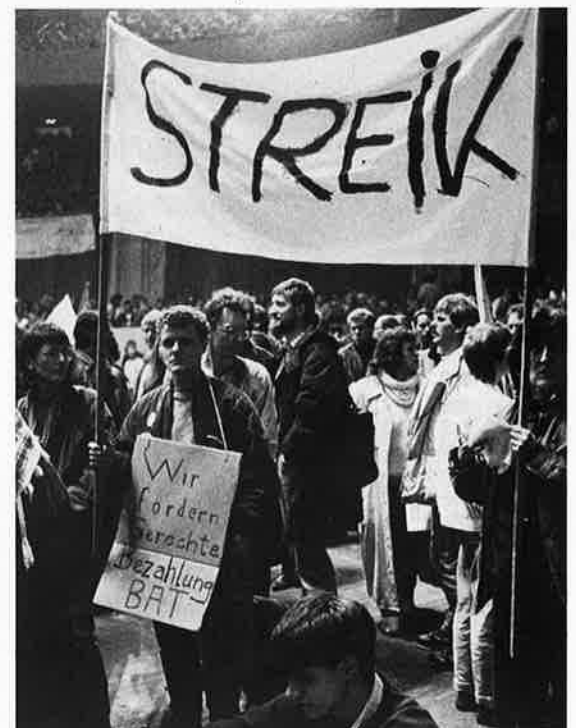
Ein paar Tage später nur gestand er aber dann vor Journalisten ein, daß „die Politik sich der Sache annehmen müsse“. Das Ministerium strebe eine Änderung bei der Anrechnung der Schüler auf den Stellenplan an. Bei den geforderten Lohnerhöhungen wickelte Jung allerdings ab. Dadurch entstünden Kosten von rund vier Milliarden

Foto: Linie 4 (2), yn (3)

Es hatte keiner damit gerechnet, daß so viele in die Dortmunder Westfalenhalle kommen würden.



Jedes zweite Herz steht still, wenn dein starker Arm es will? Wenn die Wut hochkocht, wird es manchmal leider auch ziemlich peinlich.



Mark, und die auf den Tisch zu legen, werde „nicht einfach“ sein. Die Arbeitgeber sagten es vor der ersten Runde der Tarifverhandlungen deutlicher: Es gebe keinen Pflegenotstand.

Wenn sie diese Auffassung beibehalten, das wurde auf der Dortmunder Kundgebung deutlich, gibt es noch mehr Zoff. Die Demonstranten machten nicht den Eindruck, als ließen sie sich jetzt noch länger mit netten Worten abspesen. Das Wort Streik ist virulent, auch wenn die Geschäftsführerin des DBfK, Lore Kroecker, versuchte,

abzuwiegeln: „Von Streik ist keine Rede.“

Zur Abwiegelei paßte auch gut, daß auf dem Podium in der Westfalenhalle kein Vertreter der ÖTV saß, obwohl die Gewerkschaft wesentlich dazu beigetragen hatte, daß so viele gekommen waren, wie man an den zahlreichen ÖTV-Fahnen auf dem Demonstrationzug erkennen konnte. Ohne die Gewerkschaft, das sei dem DBfK ins Album geschrieben, lassen sich die Forderungen der Schwestern und Pfleger nicht durchsetzen.

Von Streik sei nicht die Rede, behauptet der DBfK. Ob sich das Pflegepersonal noch lange auf Sparflamme kochen läßt?

AUF DEN HUND

ETHIK-KOMMISSIONEN

Die Menschen müssen wohl erst auf den Hund kommen, damit der „Menschenschutz“ genauso ernst genommen wird wie der Tierschutz. Die Kontrolle über ethische Fragen in der Medizin scheint bei den Ärzten jedenfalls nicht so gut aufgehoben zu sein. Über Sinn und Zweck der Ethik-Kommissionen bei den Ärztekammern wurde auf einer Veranstaltung des Berliner Gesundheitsladens diskutiert

Ginge es nach dem Berliner Geburtshilfe-Papst, Professor Saling, bräuchte dieser Artikel nicht geschrieben werden. Alle von ihm bisher „entwickelten klinischen Methoden – und dies sind eine ganze Reihe“ sind nämlich „ohne Einschaltung einer solchen Kommission eingesetzt worden“, rühmt er sich. Daß Saling in seiner Zunft mit dieser Haltung nicht alleine steht, macht auch der Chefarzt der Kinderklinik der Freien Universität, Professor Helge, deutlich: Er beruft sich darauf, daß Mediziner schließlich weder verpflichtet sind, eine Ethik-Kommission anzurufen, noch daß ihnen rechtliche Konsequenzen drohen. In der Tat schreibt die Berufsordnung der Berliner Ärztekammer nicht zwingend vor, daß vor klinischen Versuchen am Menschen eine Ethik-Kommission anzurufen sei. Es gibt nur eine Soll-Vorschrift. Daß sich dies ändern muß, soll hier erläutert werden.

Ethik-Kommissionen wurden erst spät eingerichtet, und sie werden bis heute nicht ernst genommen. In den USA gibt es sie offiziell seit 1965, fünf

Jahre später wurden sie Vorschrift. Die Arbeitskriterien blieben jedoch unklar und sind kaum auf die Situation in der Bundesrepublik zu übertragen. Der Forderung des Weltärztebunds in der Deklaration von Tokio 1975, Ethik-Kommissionen aufzubauen, kam die Bundesärztekammer erst 1979 nach, als sie die Einrichtung solcher Kommissionen empfahl. Bis heute hat nach Aussage von Professor Ruth Mattheis, der Vorsitzenden der Ethik-Kommission der Ärztekammer Berlin, die Mehrzahl der Kommissionen in der Bundesrepublik „keine gefestigte Arbeitspraxis, sondern muß in vielen Bereichen auch noch Erfahrungen sammeln und Arbeitsweisen entwickeln“.

Einzelheiten über die Tätigkeit der Ethik-Kommission der Berliner Ärztekammer erfuhr man vor kurzem auf einer Veranstaltung im Gesundheitsladen Berlin. Erst 1985, so hieß es, schuf sich die Ärztekammer ein entsprechendes Gremium. Nachdem die Kommission drei Jahre lang gearbeitet hatte, erhielt sie eine neue Satzung. Es wurden drei Arbeitsausschüsse eingerich-

KOMMEN

tet, von denen sich einer mit der Vergabe von Methadon an Drogenabhängige beschäftigt. Zwei weitere befassen sich mit Arzneimittelversuche. Zu den Mitgliedern dieser zwei Ausschüsse gehören jeweils vier Ärzte und ein Jurist.

Im Vordergrund der Beratungen stehen nach Aussage von Mattheis „stark klinisch-pharmakologisch geprägte Vorgänge“, Sachverhalte, die aufgrund ihrer Kompliziertheit der Vermittlung durch einen Pharmakologen bedürfen. Darüber hinaus werde viel Zeit auf die Patienteninformation verwandt. Die Abwägung von Nutzen und Risiken für die Patienten, ein Problem von zentraler Bedeutung, wurde in der Diskussion im Gesundheitsladen jedenfalls nicht als eine besondere Funktion der Kommission dargestellt.

Auch wenn im letzten Jahr Ärzte verstärkt Anträge mit Bitte um Stellungnahme bei der Ethik-Kommission einreichten, so bleibt festzuhalten, daß seit Gründung der Kommission lediglich 69 Anfragen eingingen. Daß es viel weniger sind, als selbst die Ärztekammer erwartete – sie ging von 270 Anträgen pro Jahr aus –, ist jedoch nicht überraschend: Die Ethik-Kommission zu befragen, ist, wie schon gesagt, eine Soll-Bestimmung, also in keiner Weise bindend. Und die von der Kommission im Falle einer Befragung gemachten Auflagen verpflichten die forschenden Ärzte zu nichts.

Daran soll sich auch dann nichts ändern, wenn aus der Soll-Bestimmung eine Muß-Bestimmung wird, wie die Ärztekammer ankündigte. Denn der Rat der Ethik-Kommission wird auch in Zukunft keinen bindenden Charakter haben, wie Professor Mattheis bestätigte: „Dazu haben wir auch dann, jedenfalls von der Satzung und Berufssordnung her, kein Mandat.“

Es bleibt also alles beim alten. Eine Begleitung und Prüfung von Versuchsanordnungen wird es auch weiterhin nicht geben. Der Arzt, der die Stellungnahme der Ethik-Kommission eingeholt hat, kann damit – auch wenn sie Änderungen empfiehlt – getrost

wieder in die Klinik gehen und braucht sich keinerlei Gedanken mehr um eine „ethische“ Ausführung seines Forschungsvorhabens zu machen.

Fragt sich, ob die Ärztekammer wirklich die geeignete Institution ist, um ethische Fragen zu beantworten. Kann die Ärztekammer überhaupt eine Patientenschutzorganisation sein? Ist sie nicht vielmehr eine Vertretung der Ärzte, die den eigenen Stand vor allzu großen Fehlgriffen bewahren und vor mißliebiger Kritik schützen soll? Schließlich – schadet sie sich nicht selbst, wenn sie in illustrierter Wissenschaftsrunde fernab von der Öffentlichkeit ethische Entscheidungen fällt? Würde nicht eine behördlich eingerichtete Ethik-Kommission, deren Voten verbindlich und überprüfbar sein müßten und die einer Berichtspflicht unterläge, dem gesellschaftlichen Interesse nach Aufklärung sehr viel stärker entsprechen? Die Auseinandersetzung darüber muß eingeleitet werden. Der derzeitige Zustand ist unhaltbar. Und wenn man schon einmal dabei ist, sollte auch das Problem mitberücksichtigt werden: Ist der größte der Teil der Arzneimittelforschung am Menschen vor dem Hintergrund einer wahren Medikamentenflut überhaupt nötig?

Die AG Ethik des Gesundheitslades hat ein Modell entworfen, das diesen Einwänden Rechnung trägt. Sie fordert öffentliche Sitzungen und eine Mehrheit von Laienmitgliedern, die aus Krankenkassen, Verbraucher- und Patientenverbänden kommen müßten. Dabei soll der Schutz des Patienten im Vordergrund stehen, nicht der Schutz der beteiligten Ärzte oder die ökonomischen Interessen der im Hintergrund operierenden Pharmafirmen. Sie müßte auch von sich aus tätig werden, nämlich zum Beispiel definieren, was der Begriff „klinische Versuche“ überhaupt bedeutet und welche chirurgischen Forschungsvorhaben am Menschen überprüft werden sollten.

Letztere Frage spielt bei der Begutachtung durch die Ethik-Kommission der Ärztekammer so gut wie keine Rolle. Auch zur extrakorporalen Befragung wurde bis heute nur dreimal eine Stellungnahme nachgefragt. Hinzu kommt, daß kein Rechenschaftsbericht über die Aktivitäten der Ethik-Kommission existiert, und ein Einsichtsrecht in die einzelnen Stellungnahmen der Kommission nicht vorgesehen ist.

Bewegung scheint es bei der Ärztekammer zumindest in einer Sache zu geben. Man überlegt, ob es nicht sinnvoll wäre, nach amerikanischem Muster einen Laien in die Kommission zu holen. An eine Laienmehrheit, wie sie von der AG Ethik des Gesundheitslades gefordert wird, denkt die Ethik-

Kommission der Ärztekammer dabei jedoch nicht. Dazu die Vorsitzende: „Ich kann mir nicht vorstellen, daß eine überwiegend aus Laien bestehende Kommission hiermit (Prüfplänen, d. Verf.) sinnvoll umgehen kann.“ Akzeptiert werden Nicht-Fachleute bei der eingeschliffenen biomedizinischen Arbeitsweise nur in folgender Rolle: Als Prüfer, ob die Patienteninformatio hinreichend verständlich ist. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß sein Votum hier doch sehr tief gehängt wird.

Noch mehr Apartes gibt es zu berichten. Der als Besonderheit von Professor Mattheis herausgestellte Passus der neuen Satzung „Die Kommission berät den Vorstand der Ärztekammer in allen ethischen Fragen der Medizin“ entpuppte sich als Flop, denn wie sie selbst im nachhinein erklärte, ist die Kommission in dieser Funktion von der Ärztekammer selbst überhaupt noch nicht in Anspruch genommen worden. Eine andere Besonderheit ist, daß den Kommissionären jetzt eine Aufwandsentschädigung gezahlt wird.

Mit großem Erstaunen hat die AG Ethik festgestellt, daß Frau Mattheis die jetzt beginnende Ethik-Diskussion

Ethische Fragen, wie sie die Nürnberger Prozesse vor 40 Jahren bereits aufgeworfen haben, sind bislang von der Ärzteschaft weitgehend verdrängt worden

ausgesprochen begrüßt. Mit Erstaunen deshalb, weil die Ärzteschaft ethische Fragen, die ja bereits vor 40 Jahren, bei den Nürnberger Prozessen, aufgeworfen wurden, bislang einfach verdrängt hat. Schon von daher reicht es nicht aus, allein an die Ideale der Ärzte zu appellieren.

Da sind Tiere schon viel besser dran als Menschen. Denn im Tierschutzgesetz gibt es immerhin einige klärende Worte darüber, was ein Tierversuch ist, wie und unter welchen Umständen er durchgeführt werden darf. Des weiteren schreibt das Tierschutzgesetz vor, daß in der Prüfungskommission mindestens ein Drittel der Mitglieder von Tierschutzverbänden gestellt werden muß. Uns bleibt wohl nichts anderes übrig, als auf den Hund zu kommen, um Menschenschutz gewähren zu können.

Eva Hiltrop
Johannes Spatz

Eva Hiltrop ist Medizinsociologin und arbeitet in einem Umweltprojekt des Berliner Senats

Johannes Spatz ist Gesundheitsstadtrat in Berlin-Wilmersdorf

In der „Zweiten Verordnung zur Änderung der Strahlenschutzverordnung“, die dem Bundesrat am 8. Dezember zugeleitet wurde und am 10. März verabschiedet werden soll, wird als Zielsetzung angegeben: „Die Novelle soll die Strahlenschutzverordnung auf den neuen wissenschaftlichen Stand bringen und insbesondere an die EG-Richtlinien . . . anpassen.“ Letzteres mag ja durchaus erreicht werden, vom neuesten wissenschaftlichen Stand aber kann keine Rede sein.

Bis auf die Einführung einer Lebensarbeitszeitdosis von 40 rem für Atomarbeiter hat sich gegenüber der alten Strahlenschutzverordnung an den Grenzwerten so gut wie nichts geändert. Nach wie vor sollen für Beschäftigte in Atomanlagen 5 rem pro Jahr und bei Anwohnern 30 Millirem pro Jahr erlaubt sein. Dieses 30 Millirem-Konzept, das in Paragraph 45 der Novellierung festgeschrieben wird, geht auf eine Empfehlung der Deutschen Atomkommission von 1969 zurück. Diese wiederum hatte sich an einer Empfehlung der Internationalen Strahlenschutzkommission (ICRP) von 1958 orientiert.

Die Festlegung auf 30 Millirem in einem eigenen Paragraphen ist einer der Punkte, die Mario Schmidt, Physiker am Institut für Energie- und Umweltforschung (IFEU) in Heidelberg, auf einer Presskonferenz der Grünen kritisierte. Bislang sei der Wert von 30 Millirem als Umrechnungsfaktor aus den beruflichen Grenzwerten abgeleitet worden, so Schmidt. Durch die Aufnahme in einem eigenen Paragraphen werde die Bestimmung der Grenzwerte für die Normalbevölkerung abgekoppelt. Eine Senkung der beruflichen Belastungsgrenzen könne deshalb für die Anwohner folgenlos bleiben.

Grundsätzlich kritisieren die Grünen, daß neue wissenschaftliche Erkenntnisse erst gar keinen Eingang in

LICHT AUS?

**Am 10. März wird im Bundesrat
die Novelle der Strahlenschutz-
verordnung verabschiedet
werden. Die Atomindustrie hat
nichts zu fürchten**

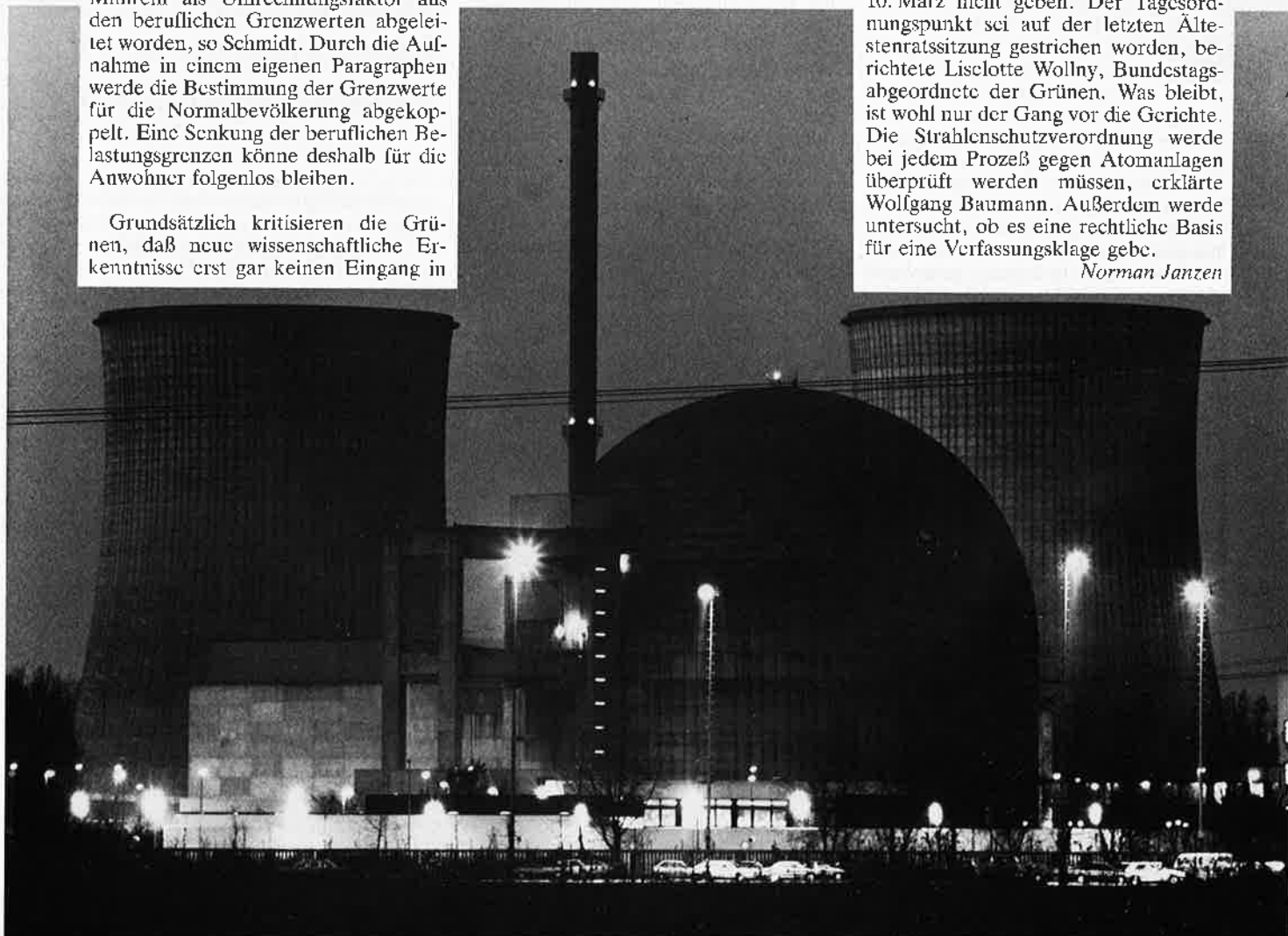
Foto: dpa

die Novellierung der Strahlenschutzverordnung gefunden haben. So sei die „Radiation Effects Research Foundation“ bereits 1986 zu dem Ergebnis gekommen, daß das Krebsrisiko durch Radioaktivität bislang unterschätzt worden sei: Um den Faktor 4 bis 14. Eine Berücksichtigung dieser Ergebnisse bei der Grenzwertfestlegung würde nach Einschätzung der Grünen das Aus für die Atomindustrie bedeuten.

Wolfgang Baumann, der als Rechtsanwalt die Einwendersseite im Anhörungsverfahren zur Wiederaufbereitungsanlage in Wackersdorf vertreten hat, hält die novellierte Strahlenschutzverordnung für nichtig, da sie rechtswidrig sei. Sowohl das Atomgesetz als auch die Rechtssprechung des Bundesverwaltungsgerichts forderten den Vorrang des Schutzes, so Baumann, in der Novelle werde er gegenüber wirtschaftlichen Interessen hintangestellt. Bundesumweltminister Töpfer müsse sich gefallen lassen, auch strafrechtlich zur Verantwortung gezogen zu werden, sollte die Strahlenschutzverordnung so in Kraft treten.

Das steht allerdings zu befürchten. Weder der Antrag der Grünen im Umweltausschuß des Bundesrats, die Novelle zurückzunehmen, noch weitgehende Änderungsanträge der Länder Schleswig-Holstein, Hamburg und Saarland wurden in der Sitzung vom 14. Februar berücksichtigt. Eine Diskussion im Bundestag wird es vor dem 10. März nicht geben. Der Tagesordnungspunkt sei auf der letzten Ältestenratssitzung gestrichen worden, berichtete Liselotte Wollny, Bundestagsabgeordnete der Grünen. Was bleibt, ist wohl nur der Gang vor die Gerichte. Die Strahlenschutzverordnung werde bei jedem Prozeß gegen Atomanlagen überprüft werden müssen, erklärte Wolfgang Baumann. Außerdem werde untersucht, ob es eine rechtliche Basis für eine Verfassungsklage gebe.

Norman Janzen



**Wagner, Franz, (Hrsg.),
Medizinisches Denken
und Handeln. Eine
sozialwissenschaftliche
Visite, Linz 1987.
Universitätsverlag
Rudolf Trauner,
192 Seiten**

Der kleine Band ist eine Sammlung von ausgesprochen interessanten und als Denkanstoß zu verstehenden Aufsätzen, die jedem Interessierten empfohlen werden kann, insbesondere aber Ärzten. Die Beiträge holen eindrucksvoll die „ärztliche Kunst“ vom Sockel eines verblendeten Eigenlobs herunter in die Zusammenhänge der sozialen und menschlichen Abläufe. Das Postulat des Herausgebers, daß ärztliche Qualifikation vor allem menschliche Qualifikation und medizinisches Handeln, soziales Handeln, eingebunden in gesellschaftspolitische Wirklichkeit sein soll, ist bei dem, was das Buch bietet, nicht als plattes Sprücheklopfen zu verstehen, sondern als Programmatik, die sich durch fast alle Beiträge zieht.

Aus subjektiver Sicht besonders erwähnenswert der Aufsatz „Des Doktors Dilemma heute“, der die „Erfolge der modernen Medizintechnik hinterfragt, die aufklappende Schere zwischen scheinbar grenzenloser Diagnostik und nachhinkender Therapie darstellt, aber auch das krakenhafte Ausweiten des Medizinbetriebs kritisiert, der sich vermeintliche Fachkompetenz in mittlerweile fast allen Lebensbereichen erkämpft hat. Es wäre wirklich eine Podiumsdiskussion wert, ob, so das Postulat der Autoren, eine Beschränkung auf die handwerklich reelle Seite der medizinischen Tätigkeit möglicherweise wünschenswerter ist als die ganzheitliche Verzauberung oder Verbrämung einer naturwissenschaftlich-somatischen orientierenden Medizin.

Auch die These, daß Selbsthilfegruppen und Alternativmedizin mittlerweile „zum Ausfallbürgen einer diagnostischen Profikultur“ geworden sind, lohnt eine Erörterung. Als Abwechslung zur oft abstumpfenden medizinischen und klinischen Alltagsroutin ist der kleine Band eine anregende und kritische Rundreise zu den Wurzeln und Hintergründen unseres medizinischen Handelns und, auch für die alltägliche Arbeit, mehr wert, als fünf Stunden Fachzeitschriftenstudium. na

SEXUALAUFKLÄRUNG

**urp – Aufklärungs-
bücher, die sich Ju-
gendliche selber
kaufen können und
würden, fehlen bis-
lang auf dem Markt.
Hat sich das mit der
Herausgabe von
„Zeig Mal Mehr“ ge-
ändert? dg hat Uwe
Sielert, einen der
Autoren, befragt**

AM ZIEL VORBEI?

dg: „Zeig mal mehr“ ist, so der Untertitel, ein Buch für Jugendliche und Erwachsene. Welcher Jugendliche wird ein solches Buch kaufen?

Sielert: Ich bin nicht sehr optimistisch, daß viele Jugendliche sich das Buch selber kaufen. Das hat auch etwas mit dem Preis zu tun, es kostet immerhin über 40 Mark. Kaufen werden es Jugendliche, die ein sehr deutliches Interesse an Sexualerziehung haben. Ich vermute, daß es eher privilegierte Jugendliche sein werden, die das Geld dafür haben und die qua Schulausbildung an dieser Form der Aufklärung interessiert sind. Wir hoffen aber, daß das Buch auch Eltern interessiert, die es möglicherweise als Geschenk nutzen. Schließlich wollen sich viele Eltern des Problems der Sexualerziehung entledigen, indem sie ihren Kindern irgendetwas in die Hand drücken.

dg: Das hieße, die Zielgruppe sind in erster Linie die Eltern, die das Buch den Jugendlichen geben. Oder Lehrer und Sexualpädagogen, die es bei ihrer Arbeit an Jugendliche weitergeben.

Sielert: Ja.

dg: Aber wieso habt ihr diese Konzeption gewählt? Ich denke, was auf dem Markt fehlt, ist eher ein Buch, das sich die Jugendlichen selber kaufen.

Sielert: Ich habe die Hoffnung, daß es in der zweiten Auflage, ähnlich wie es beim ersten Band „Zeig mal“ für Kinder war, eine Art Taschenbuch geben wird, das dann billiger und für Jugendliche erschwinglich wird.

dg: Ich glaube, daß das Buch nicht nur wegen des Preises von bestimmten Schichten gelesen wird, sondern auch wegen der Sprache. Die Sprache des Buchs ist für den Mittelstand und darüber angelegt.

Sielert: Über Sprache haben wir uns vorher viele Gedanken gemacht. Es ist schwer, etwas so über Sexualität zu schreiben, daß es verschiedene Schichten und Subkulturen mit ihrer jeweiligen Sprache verstehen. Wir haben es zumindest geschafft, uns auf die Mitte zu verlegen, eine Sprache zu benutzen, die nicht kalt ist, nicht nur wissenschaftlich klingt, sondern auch mit Bildern arbeitet. Trotzdem ist es so, daß es Mittelschichtsprache ist. Das sehe ich auch so. Aber nicht in dem Sinn, daß es nur etwas für akademisch Vorgebildete ist.

dg: Gibt es denn Dinge, die Sie anders machen würden, wenn Sie das Buch noch einmal schreiben würden? Oder anders herum: Was finden Sie nicht so gut an dem vorliegenden Buch?

Sielert: Meiner Ansicht nach ist das Thema Aids zu sehr betont und das nicht immer in einem sexualfreundlichem Zusammenhang. Das hängt vor allem mit den Überschriften zusammen. Die Texte über den Fotos sind ein Kompromiß aus den Wünschen des Fotografen und Wünschen von Frank Herrath und mir. Wir haben ursprünglich einen anderen Entwurf gemacht, der das Thema Aids nicht ausklammert, aber nicht so stark in den Zusammenhang mit Sexualität stellt, wie es jetzt ist.

dg: Und die Stärken des Buchs?

Sielert: Am wichtigsten finde ich, daß viele Bilder im Buch sind. Es gibt nur wenige Aufklärungsbücher, die sehr klare, deutliche Bilder enthalten, die nicht nur nackte Tatsachen zeigen, sondern Gefühlszustände ausdrücken. Ich finde es gut, daß mit den Bildern eine ganze Palette an Sexualitäten aufgezeigt wird, von der Geburt bis zum Alter. Und ich finde es gut, daß nicht nur sogenannte schöne Menschen gezeigt werden. Ich glaube, daß sich dadurch viele Jugendliche und Eltern angesprochen fühlen können, weil es ihnen die Möglichkeit gibt, sich selbst in der Darstellung wiederzuerkennen.

dg: Danke für das Gespräch.

**Zeig Mal Mehr!
Ein Bilder- und
Aufklärungsbuch über Sexualität, Wein-
helm u. Basel
1988. Beltz Ver-
lag, 176 Seite**

Wolfgang Becker-Brüser, Ulrich Moebius, Peter S. Schönhöfer, alarm-telegramm, Berlin 1989. Arzneimittel-Verlags-GmbH, 260 Seiten, 36,50 Mark

Guter Rat kam aus dem 18. Jahrhundert: „Weit davon entfernt“, so schrieb der Doktor Johann Philipp Vogler 1788, „den Arzneivorrath, dem man ohnehin schon mehr Ueberfluß als Mangel zur Last legen kann, noch durch dieses Schriftchen vermehren zu wollen, ist vielmehr meine Absicht, die Menge der Heilmittel einzuschränken, und manche gänzlich zu verbannen.“ Getreu nach dieser Devise hat das pharmakritische Dreigestirn Ulrich Möbius, Wolfgang Becker-Brüser und Peter S. Schönhöfer 500 Unsinnigkeiten und Absurditäten, Überflüssiges und Gefährliches unseres Arzneimittelmarktes zusammengetragen.

Für Insider wird Bekanntes aufbereitet, für diejenigen, die noch immer meinen, wir hätten es in der Bundesrepublik mit der renommierten „Apotheke der Welt“ und nicht mit einem unaufgeräumten pharmazeutischen Kramladen zu tun, werden allerdings die Dimensionen zurechtgerückt: Schlag auf Schlag folgen die „zumeist entbehrlichen“ Präparate von A – Z, die allerdings noch so hoch in der Gunst von Arzt und Patient stehen, daß insgesamt 137 Millionen Packungen und 3,8 Milliarden Mark bei Kassen und Apotheken zusammenkommen.

Jedes der 500 Produkte wird bewertet, zu jedem gibt es, wenn's denn überhaupt erforderlich scheint, eine Ausweichempfehlung. Die Sprache mag für viele in ihrer gelegentlich saloppen und flapsigen Art dem Ernst der Lage auf dem Pharmamarkt nicht angemessen sein. Sie ist schon gar nicht vergleichbar den Formulierungen einer zumindest wissenschaftlich erscheinenden Medizin-Literatur, in der allerdings inflationär gebrauchte Signifikanzsternchen oftmals Seriosität nur vorgaukeln. Im „alarm-telegramm“ ist die Sprache direkt und bildlich. Die Autoren sprechen von „Oldtimern“ (Agarol), „Altlasten“ (Persumbran), „Fixkombis für die Telefonsprechstunde“ (Ampho-Moronal), „Griffen in die bakteriologische Mottenkiste“ (Meclosorb), „Antidenkpräparaten“ oder „Barfußbarztzubereitungen“ (Jellin

Polyvalent) und von „Alptrau-mantibiotika“ (Tarivid).

Bei einigen Produktgruppen gibt es nach Meinung der Autoren keine probaten Alternativen: Im Zusammenhang mit der Pharmakotherapie bei „intermittierendem Hinken“ (zum Beispiel mit Trental beziehungsweise Pentoxifyllin-haltigen Generica) heißt es als Ratsschlag, den der Arzt an seinen Patienten weitergeben soll: „Stop smoking and keep walking.“ Ähnlich bei den Nootropika (zum Beispiel Nootrop, Normabrain, Encephabol, Enceprop): „Keine Ausweichempfehlung, denn für Nootropika gibt es keine Indikationen.“ Empfohlen werden vielmehr im Alter aktivierende sozialtherapeutische Maßnahmen.

Am Schluß des 260seitigen Buches wird eine Liste von besonders problematischen Arzneimitteln aufgeführt, jedenfalls erwartet das Autorentrio unmittelbare Maßnahmen des Bundesgesundheitsamts: Entweder Vertriebsstopp (zum Beispiel bei Cafergot PB, Fructose/Sorbit-haltige Infusionslösungen, Lipo-Merz), Verschreibungspflicht (zum Beispiel bei Katovit, Fluprim, Recatol N) oder Indikations-, beziehungsweise Anwendungsbeschränkungen (zum Beispiel bei Fevarin, FSME-Immun, Surgam, Tarivid).

Das Buch ist sicherlich für Ärzte geeignet, die ihr eigenes Verschreibungsverhalten überprüfen und ihre Arzneimittelauswahl nicht mit entbehrlichen Mitteln belasten wollen: Hier bekommen sie einen schnellen Überblick über besonders auffällige Negativbeispiele mit der Angabe von Alternativen. Es ist ebenso nützlich für Apotheker, die ihren „Handverkauf“ möglichst von „Schrotschußkombinationen“ (zum Beispiel Wick Medinait), bestimmten Analgetika-Kombinationen wie Spalt N, Thomapyrin, Togal und anderen oder Appetitzüglern wie Recatol N, Fugoa N, Boxogetten S befreien sollten.

Das Buch hat auch für die Krankenkassen einen wichtigen Signalcharakter, weil hier mit Namensnennung und Umsatz viele Arzneimittel vorgeführt werden, deren Erstattungsfähigkeit durch

die Arzneimittel-Richtlinien nicht abgedeckt wird. Allerdings – und dies ist vielleicht der Wermutstropfen – ist die Diktion der Bewertungen kaum geeignet, in einer gerichtlichen Auseinandersetzung oder vor dem Prüfungsausschuß der Kassenärztlichen Vereinigung zu bestehen.

Schließlich zeigt es dem BGA und der Öffentlichkeit, wie unterreguliert sich unser Arzneimittelmarkt darstellt und welche Menge an Aufräumarbeit geleistet werden muß, damit Ärzte für ihre Patienten und Apotheker für ihre Kunden aus einem qualitativ vernünftigen und möglichst unbedenklichen Markt auswählen können. Mit den hier aufgelisteten 500 Mitteln ist es übrigens längst nicht getan, jeder wird noch eine Reihe von Namen im Kopf haben, die nicht abgedruckt sind: Von Complamin bis Silentan, von Modenol bis Lonard N.

Es ist letztlich aber auch nicht damit getan, immer wieder neue Alarm-Telegramme zusammenzustellen und damit die Negativ-Liste zu verlängern. Hilfreicher wäre die Zusammenstellung einer positiven Auswahl, die als begründete Basis für eine ärztliche Therapie und für die Erstattungsfähigkeit der Krankenkassen angewendet werden kann. Die Positiv-Listen anderer Länder sollten hier Vorbild sein.

Gerd Glaeske

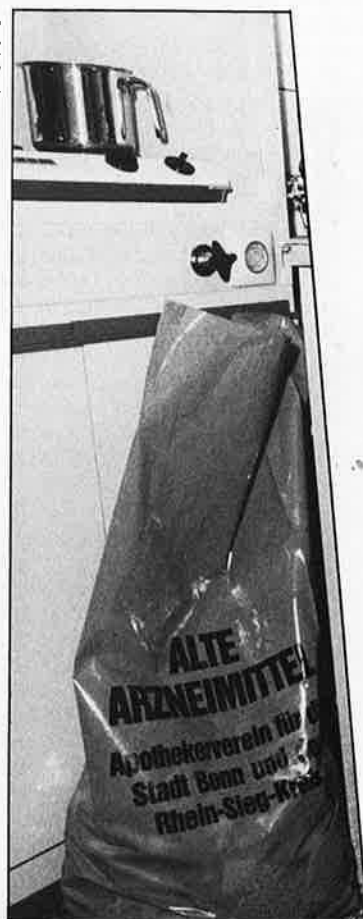
Albin Eser, Hans-Georg Koch (Hrsg.). Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich, Teil I: Europa, Baden-Baden 1988, Nomos-Verlagsgesellschaft, 1744 Seiten, 278 Mark

Ich wüßte, welches Buch ich in diesen Tagen – angesichts des Memminger Strafprozesses angäbe, wenn mich einer nach meinem persönlichen Spitzenreiter befragte: die von Eser und Koch herausgegebene rechtsvergleichende Bestandsaufnahme über die Art und Weise, wie in Europa mit der Abtreibungsfrage umgegangen wird. Mehr als 1700 Seiten zu lesen, ist ein hartes Stück Arbeit. Doch das Lesen wird immer spannender, je mehr Länder abgehakt werden. Immer deutlicher wird: die Bundesrepublik katapultiert sich in mittelalterliche Verhältnisse zurück; sie muß aufpassen, den Anschluß an den Fortschritt nicht zu verpassen.

Über 25 Länder wird berichtet und über die Art und Weise, wie diese Länder den Schwangerschaftsabbruch handhaben. Nur in Portugal, in der Schweiz und in Irland sind die Verhältnisse restriktiver als bei uns. In Irland ist jeglicher Schwangerschaftsabbruch strafbar; und in der Schweiz und in Portugal garantiert nur eine strenge, eigentlich nur eine medizinische, Indikation die Straffreiheit.

Einige Länder haben Regelungen („Indikationslösungen“) ähnlich wie die Bundesrepublik. Dazu gehören das katholische Spanien und das kleine aristokratische Luxemburg. Selbst in dem puritanischen Großbritannien gibt es bereits seit 1967 eine weitgehende Liberalisierung; die Indikation zur Interruption erlaubt nicht nur die Berücksichtigung der gegenwärtigen sozialen Verhältnisse der Schwangeren, sondern auch die der zukünftigen.

Alle anderen Länder in Europa handhaben das Problem liberaler als die Bundesrepublik. Einige Länder – wie Finnland, Österreich und Italien – kennen zwar die Indikationslösung, subsumieren unter die Indikationen aber sehr weitreichende Tatbestände. So wird in dem



katholischen Italien die Indikation zur Unterbrechung so liberal gehandhabt, daß von einer „verschleierte Fristenlösung“ die Rede ist. In Belgien gibt es zwar grundsätzlich keinen legalen Schwangerschaftsabbruch, zur Zeit der Abfassung des Berichts wurde über Indikationslösungen debattiert; de facto sind in Belgien jedoch Schwangerschaftsabbrüche straffrei.

Und dann die Länder mit Fristenlösungen: Schweden, Dänemark, Norwegen, die Niederlande, Frankreich und Griechenland. Und im Ostblock: der Schwangerschaftsabbruch innerhalb einer bestimmten Frist ist straffrei in der Sowjetunion und in der DDR. (Die anderen Ostblock-Länder haben Indikationsregelungen: Polen, Jugoslawien, Rumänien, Ungarn, die Tschechoslowakei und Bulgarien – die bulgarischen Frauen, die schon ein Kind haben, können eine weitere Schwangerschaft allerdings nach der Fristenlösung unterbrechen lassen.)

Wenn eine möglichst liberale Handhabung der Abtreibungsfrage etwas mit weiblicher Emanzipation zu tun hat und wenn die Emanzipation der Frauen einen gesellschaftlichen Fortschritt bedeutet: dann ist es also mit beidem in der Bundesrepublik nicht allzu weit her.

Gut der Vergleich zwischen der Bundesrepublik und der DDR. Er verweist darauf, daß bevölkerungspolitische Ziele, die ja oft genug mit dem Schwangerschaftsabbruch in Verbindung gebracht werden, mit Sanktionen nicht zu erreichen sind. So sinkt die Fruchtbarkeitsziffer – das ist die Anzahl der Kinder, die von 1000 gebärfähigen Frauen innerhalb eines Jahres geboren wird – in der Bundesrepublik ständig. Dies unabhängig von der Liberalisierung der Abtreibung. Im Jahre 1964 wurden von tausend 15- bis 45jährigen Frauen 87 Kinder geboren. Zehn Jahre später – 1974 – waren es nur noch 50 Kinder. In dieser Zeit hatte sich aber die Strafbarkeit der Abtreibung nicht geändert. Geändert hatte sich das politische Klima: seit den 60er Jahren entstand zunehmend eine kritische Frauengeneration, die beschloß, ihre Geschicke selbst in die Hand zu nehmen. Und die Pille war erfunden worden. Das führte

dann dazu, daß weitere zehn Jahre später – 1984 – nur noch 44 Kinder von 1000 gebärfähigen Frauen geboren wurden. Der Unterschied von 50 zu 44 Kindern ist nicht sehr gravierend, obwohl während dieser Zeit die Straffreiheit bei Schwangerschaftsabbrüchen unter bestimmten Bedingungen eingeführt wurde. Und so wirkt einer der Herausgeber denn auch in seinem Vorwort die Frage auf, „ob und gegebenenfalls inwieweit... der spezifisch strafrechtlichen Regelung und ihrer praktischen Handhabung überhaupt verhaltenssteuernde Wirkung zukommt“.

Ganz anders die Situation in der DDR. Trotz Straffreiheit der Abtreibung und trotz eines hohen Beschäftigungsgrades der DDR-Frauen – 90 Prozent im Vergleich zur Bundesrepublik, in der nur gut die Hälfte der Frauen berufstätig ist – kriegen die Frauen in der DDR mehr Kinder. Von 1000 Frauen im gebärfähigen Alter wurden 1976 56 Kinder geboren und vier Jahre später sogar 66 Kinder. Begründet wird dieses Verhalten mit sozialpolitischen Absicherungen von berufstätigen Müttern.

Nun fällt dieses natürlich nicht nur mir auf – sondern auch anderen, die das Buch lesen. Wenn also nicht bevölkerungspolitische Fragen die restriktive Handhabung der Abtreibungsfrage bei uns entscheiden – weil sie so nicht zu beantworten sind (!) – warum dann Memminger? Was verbirgt sich dann hinter diesen Plädoyers gegen Schwangerschaftsunterbrechungen?

Im Deutschen Ärzteblatt wird das „Anspruchsdenken der Frauen“ diffamiert. – Welchen Anspruch haben sie denn? Kühlschränke und Autos gibt es doch in fast allen Familien. Was wollen sie denn? – Den Beruf! Da fällt die halbe Republik über Ursula Lehr her, weil sie Zweijährige in Kindergärten stecken will. Das schade den Kindern, schreien die Kinderärzte. Die Frauen sollen zu Hause bleiben, sagen sie. Wenn sie nämlich viele Kinder haben, dann müssen sie lange zu Hause bleiben, und dann gehört der Arbeitsmarkt den Männern, – und die Macht auch. Darum also Memminger?

Gine Eisner

Norbert Guggenbichler, Zahnmedizin unter dem Hakenkreuz, Frankfurt 1988, Mabuse Verlag, 305 Seiten, 24,80 Mark

Norbert Guggenbichler hat sich mit seinem Buch einem rein standespolitischen Thema zugewandt, ohne dabei auf die durch Beschreibung von Greueln hervorgerufene „Betroffenheit“ der Leserinnen und Leser zählen zu können. „Zahnmedizin unter dem Hakenkreuz“ ist eine Dissertation und als solche auch für den Leser ein Stück Schwerarbeit.

Guggenbichlers Ziel ist es zu zeigen, wie sich aus einem Berufsstand mit konservativ geprägtem Ständesdünkel durch die ökonomische Deklassierung in der Wirtschaftskrise ein Nutznießer des Naziregimes entwickelte. Die Nazi-Ideologie war dabei willkommenes Mittel, die Konkurrenz der Krankenkassen, Zahnkliniken und Kollegen sogenannten „undeutschen Geistes“ auszuschalten. Das Ziel, die Einkommen der selbständigen Zahnärzte zu steigern, konnte hinter der ideologisch verklärten, freiwilligen Gleichschaltung im Sinne des Regimes versteckt werden. Wie wenig es dem Reichsverband deutscher Zahnärzte um Patienten ging, wird an den Difamierungen und Denunziationen jeden Versuchs sichtbar, Prophylaxe und Schulzahnpflege zu praktizieren.

Die Darstellung Guggenbichlers folgt chronologisch seiner Auswertung der Ständepresse, von Büchern und Archivmaterial aus den Jahren 1933 bis 39. Wohlplazierte Zitate, ausgiebige Quellenangaben und tabellarisches Material läßt er für sich sprechen. Und genau darin liegt das Problem dieses zuweilen schonungslos den eigenen Stand entlarvenden Buchs. Die Fakten verdecken die Position des Autors, sein wirkliches Engagement.

Erst am Schluß der Arbeit formuliert er die Einsicht, daß die nationalsozialistischen Ideologen die Zahnärzte nicht „als hinreichend wichtig für die ‚Rassenpflege‘ und die ‚Steigerung der menschlichen Arbeitsleistung‘“ angesehen hatten. Wie spannend wäre es gewesen, die Einschätzung der Nazi-Führung, die der Berufsstand ja als Garanten der eigenen Interessen feierte, schon zu Beginn mit dem Dünkel und der Grup-

penegozentrik zu konfrontieren. Daß die Nazis Ärzte und Zahnärzte unterschiedlich bewerteten, hat doch wohl verhindert, daß es Menges auch unter den Zahnmedizinern gab.

Der Autor zieht es vor, äußere Strukturen darzustellen, geht selten auf den Zynismus der Sprache in den zahlreichen Zitaten oder auf die Perversion von Euphemismen ein und verschonkt somit die Möglichkeit, sein Buch einem größeren, nicht nur fachgebundenen Publikum näherzubringen. Daß er die Entwicklung seines Standes so minutiös beschreibt, ist ein lobenswertes, weil wichtiges Unternehmen. Vergangenheitsbewältigung kann erst einsetzen, wenn die Vergangenheit durchleuchtet ist und in ihrer Verbindung zur Gegenwart beschreibbar wird. Ständesdünkel und ökonomische Vorteilsnahme sind eben nicht nur Themen des Nationalsozialismus.

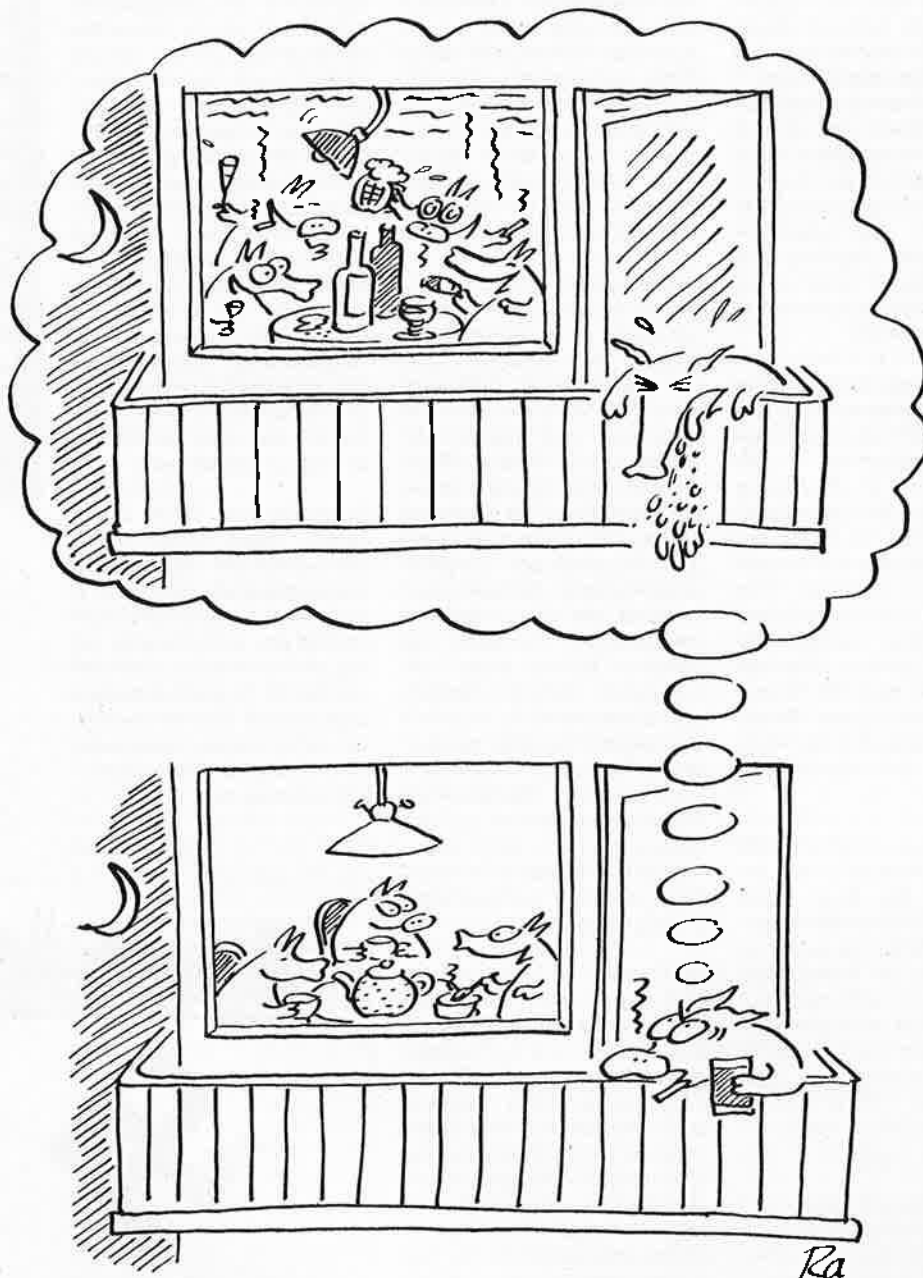
Guggenbichlers Buch zwingt gerade durch seine wenig spektakuläre Art dazu, den Nationalsozialismus nicht als historischen „Ausrutscher“ zu sehen. All das wären Gründe genug, die Dissertation noch einmal für ein größeres Publikum umzuarbeiten und sie dadurch vor der drohenden Versenkung in medizinische Fachbibliotheken zu bewahren.

Susanne Walter



Schon ganz im Zeichen des Bekenntnisses zum faschistischen Staat steht der VI. Deutsche Zahnärztag, der vom 1. bis zum 3. September 1933 in Breslau stattfand

DER LETZTE RAUCHER



Was waren das damals doch lustige Zeiten gewesen!

impressum

Herausgeber

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

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

Anzeigenleitung: Pahl-Rugenstein Verlag, Kristina Steenbock, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 3600235.

Redaktion:

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

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

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

Redaktionskonto für Spende:

Sonderkonto Norbert Andersch, Postgiroamt Essen Nr. 15420-430

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:

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

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Maiheft: 3. April 1989

Graphik: Renate Alf, Christian Paulsen

Titelblatt: ud, Paulsen, Linie 4

Layout: Ursula Daalman, Joachim Neuschäfer

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

ISSN: 0932-5425

Anzeige:

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Im letzten Heft haben wir Ihnen mitgeteilt, daß einem unserer Redakteure gekündigt werden sollte, weil er in der Zeitschrift „stern“ bekannt hatte, für die Abschaffung des Paragraphen 218 einzutreten. Der mündlichen Kündigung ist mittlerweile die schriftliche nachgereicht worden: Das Bochumer Katholische Elisabethen-Hospital wird Peter Schröder nicht weiterbeschäftigen. Mündlich wurde ihm vorgeworfen, Mord zu propagieren.

Peter Schröder hat sich gegen die strafrechtliche Verfolgung von Frauen gewandt, die abgetrieben haben. Mit der Propagierung von Mord hat dies, wie wir auch im letzten Heft noch einmal detailliert begründeten, nichts zu tun. „Peter Schröder hat sich wiederholt für das Recht auf Leben eingesetzt. Er ist besonders auch durch sein Eintreten gegen die Apartheidspolitik in Südafrika bekannt geworden. Als Teilnehmer der Harare-Konfe-

renz 1988 hat er die Öffentlichkeit über die Menschenrechtsverletzungen der Apartheid, gerade auch gegen Kinder, informiert. Die Kündigung trifft einen herausragend engagierten Kollegen, der seine persönliche Karriere immer hinter seine humanitären Ideale zurückgestellt hat“, schrieb der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte in einem Protestschreiben an das Elisabethen-Hospital. Eine Antwort gab die Klinik nicht, und auch die Landesärztekammer Westfalen-Lippe und der Präsident der Bundesärztekammer, die vom VdÄÄ aufgefordert worden sind, sich für Peter Schröder einzusetzen, hielten sich bislang bedeckt.

Wir möchten Sie bitten, sich einzuschalten. Verlangen Sie von der Ärztekammer, sich für Peter Schröder einzusetzen. Protestieren Sie beim Bochumer Elisabethen-Hospital, die Kündigung zurückzunehmen.

Aufbruch?

Es sollte intensiv politisch diskutiert werden, wie es nach nun fast zehn Jahren dg weitergeht, schrieb die Leserin Frauke Ewert in der letzten Nummer. Unter Redakteuren, Herausgebern und vielen engagierten Lesern wird diese Diskussion seit längerem geführt, und wenn man einen Zwischenstrich darunter ziehen will, so ist es der: In der gesamten linken und alternativen Bewegung in der Bundesrepublik gibt es Aufbruch. Einen Aufbruch alter Gegnerschaften, alter Vorurteile, alter „ewiger Wahrheiten“. Dies betrifft Gewerkschaften, Parteien, Initiativen und eben auch Redaktionen. Fertige Antworten aber gibt es nicht, außer vielleicht der, daß dieser Aufbruch eine große Chance sein könnte, die Position der fortschrittlichen Menschen in der Bundesrepublik neu zu be-

stimmen. Von dem, was sich derzeit beim Krankenpflegepersonal tut, können wir vermutlich viel lernen. Schwestern und Pfleger interessiert nämlich nicht, ob einer vom Erblühen Tausender von Blumen träumt oder Ernst Breit als die Vorhut der Arbeiterklasse begreift. Aufbruch alter Gegensätze kann auch Aufbruch zu neuen Ufern heißen. Das heißt nicht, unpolitischer zu werden und unterschiedliche Positionen in einem „Einheitsbrei“ untergehen zu lassen, sondern es heißt, eine neue fortschrittliche Streitkultur zu entwickeln. Darüber wollen wir gemeinsam mit unseren Herausgebern am 18. März diskutieren. Wir möchten Sie, liebe Leserinnen und Leser, noch einmal nachdrücklich bitten, uns Ihre Meinung mitzuteilen.

Ihre dg-Redaktion

Kuba 30 Jahre Revolution

Nr.122/1989

Eduardo Galeano
Ein Werk von dieser Welt

Reiner Tosstorf
Stationen eines langen Kampfes
Von der Unabhängigkeit zur
sozialistischen Revolution

Frank Niess
Die Mühen der Ebene
30 Jahre Revolution

Raúl Leis
**„Kuba hat das Undenkbare
möglich gemacht“**

Wilfried Huismann
Appelle allein helfen nicht
Widersprüche im Alltag

Hans Becker
Im Würgegriff des Weltmarkts
Kubanische Wirtschaftspolitik
in der Klemme

Sieglinde Savitri Brauecker
**„Die Ehe ist eine
Überraschkiste“**
Gespräch mit kubanischen Frauen

Siegfried Pater
17 000 Cooperantes
»Sozialistische Entwicklungshilfe«
– Gespräch mit Noemi Benitez

Gert Eisenbürger
Kubanischer Internationalismus

Martin Franzbach
Cuba sí – Yankees no!
Kuba-Solidarität in der BRD

Zum Weiterlesen
Neuere Literatur zu Kuba

Unser nächster Schwerpunkt:
Kolumbien

Einzelpreis DM 4,-
Erscheint 10x jährlich

**Zeitschrift der
Informationsstelle
Lateinamerika**

ila

Oscar-
Romero-
Haus
Heerstr. 205
5300 Bonn 1

K O N G R

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

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

ZUKUNFTS
AUFGABE



28.-30. APRIL 1989

BERLIN

GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Anmeldung, nähere Informationen
oder Programmbestellungen beim

Kongreßbüro Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung
Landesverband der Betriebskrankenkassen in Berlin

Potsdamer Straße 58 D-1000 Berlin 30

Tel. (030) 2 62 70 91