

# dg

Demokratisches  
Gesundheitswesen  
Nr. 2 · Februar 1989  
Einzelheft 5 Mark  
G 2961 E

von  
STAATS WEGEN  
SEXUALREFORM UND EUGENIK

SCHNUCKELCHEN?  
ARZTHELFERINNEN



LEERE  
KASSEN

WIE GEHT'S WEITER  
MIT DER AOK?

*Arbeitslosigkeit*

# SCHWARZER PETER



Norbert Andersch ist Arzt an einer  
Duisburger Klinik

**D**ie zunehmende Arbeitslosigkeit von Ärztinnen und Ärzten trifft besonders die Anfänger ohne Berufserfahrung, die unter den arbeitssuchenden Medizinern überproportional vertreten sind. Ihre Unruhe wird verständlich, wenn man weiß, daß mehr als 15 Prozent der Examinierten gar nicht erst versucht haben, eine ärztliche Anstellung zu finden, und wenn man die entwürdigenden Bedingungen kennt, unter denen versucht werden muß, einen der zeitbefristeten Arbeitsverträge zu ergattern. Auch die prinzipienlosen Trittbrettfärsche, die, um welchen Preis auch immer, ihre Arbeit für Luft und gönnerhafte Almosen der Chefärzte andienen, gehören genau genommen in die Arbeitslosenstatistik.

Ausländer und insbesondere Frauen können ein Lied davon singen, was ein solcher „freier“ Arbeitsmarkt bedeutet. Eine gnadenlose Ellenbogenmentalität macht sich in den Kliniken breit. Vorläufiger Höhepunkt sind die Leichtlohnärzte(-im-Praktikum), die als Lohndrücker in immer mehr Krankenhäusern geduldet werden, aber genau besehen nur Handlangerdienste verrichten dürfen.

Es wäre zu einfach, allein den strebsamen Jungmedizinern für das „neue Klima“ den Schwarzen Peter zuzuschlieben. Sicher hat die Unsitte hundertfach fotokopierter Bewerbungen vielen Chefärzten eine – nur scheinbar grenzenlose – Auswahlmöglichkeit suggeriert. Sicher haben „Gastärzte“ mit allen Abstufungen unwürdigen Anbiederns Tarifverträge und gewerkschaftliche Positionen unterlaufen.

Alles sind jedoch eher Folgephänomene ungelöster Krankenhausprobleme, die durch einen zeitweisen Ärztemangel nur kurzfristig zugekleistert wurden und deren Leidtragende – nicht etwa Verursacher – die jungen Ärztinnen und Ärzte sind.

Unangetastet blieben seit Beginn der 70er Jahre fossile Hierarchien und Strukturen, Mitbestimmungsforderungen galten spätestens seit 1975 als pubertäre Nachwehen der 68er-Revolte. Befristete Verträge wurden ohne Widerstände eingeführt, ja von den betroffenen Assistentinnen und Assistenten als „mehr Chancengleichheit für alle“ verkauft. Tarifliche Arbeitszeit-, Überstunden- und Rufdienstregelungen wurden als weltfremder Bürokratismus diffamiert und Mehrarbeit zuletzt wieder „gerne“ akzeptiert – die neuen Jungmediziner als Drohung im Nacken.

Mittlerweile sehen sich selbst Altassistenten und Oberärzte neuer Konkurrenz ausgesetzt. Der Weg in die eigene Praxis wird zunehmend schwieriger und bei den Anpassungsmanövern an dankbar gebauchpinselte Chefärzte sind die neuen Kolleginnen und Kollegen vielleicht noch flexibler und – wenn es um Nachtdienste und Überstunden geht – eben auch jünger.

Da hatte sich der Ärztestand gegenüber den „Otto-Normalbeschäftigen“ eine besondere berufsspezifische Ethik zugute gehalten. Und jetzt sehen die staunenden Krankenhausmitarbeiter, daß jene Elite vor lauter Ellenbogenmentalität nicht einmal die Grundregeln menschlichen Anstands beherrscht: Jeder für sich – und Gott gegen alle. Mit Gott dürften dabei wohl die Chefärzte gemeint sein.

Mangel an Solidarität ist bei dem Abstieg der Ärztinnen und Ärzte in die Niederungen normaler Lohnabhängigkeit nicht mehr Standesdünkel, sondern pure Dummheit. Die unstudierten Arbeitnehmer sind da allemal klüger. Bis die Ärzte allerdings dahintergekommen sind, werden sie, ganz im wörtlichen Sinn, noch viel Lehrgeld bezahlen müssen.

**Report**

Leere Kassen  
Wie geht's weiter mit der AOK? 10

**Arbeitsbedingungen**

Schnuckelchen?  
Interview mit  
Berliner Arzthelferinnen 16

Dünn  
Arbeitsmarkt für Ärztinnen  
und Ärzte 32

**Ethik**

Tödliche Experimente?  
Studie zum akuten Herzinfarkt 23

Kontrolle ist besser  
Unethische Versuche? 26

**Standespolitik**

Non olet?  
Streit um Niedergelassenen-  
honorare 24

**Historisches**

100 Jahre Sozialpolitik  
Eine Ausstellung 28

Von Staats wegen  
Sexualreform und Eugenik 34

**Frieden**

Deutsches Rotes Kreuz:  
Triage inbegriffen 33

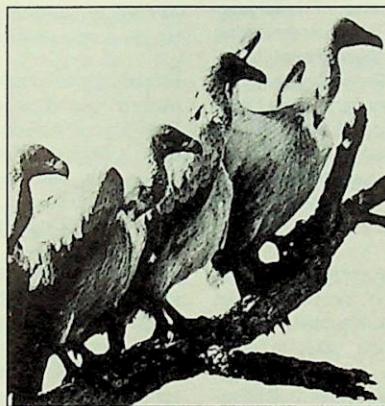
**Dokumente**

Register 1988 19

**Rubriken**

Echo 4  
Trends 5  
Glotze 8  
Memo 8  
Lesezeichen 36  
Kölnstr. 198 39

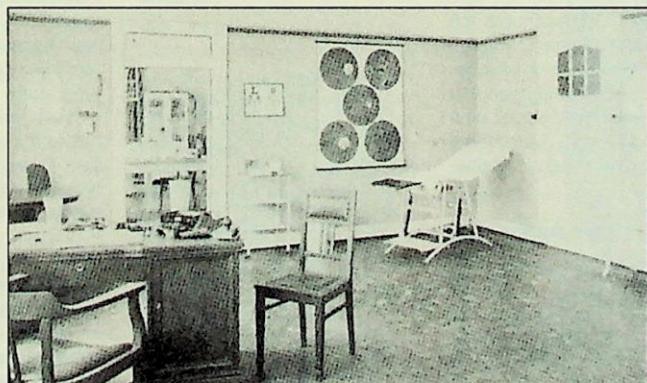
# IN HALT



10 24

Den Ortskrankenkassen steht  
das Wasser bis zum Hals, und die  
Versicherten laufen ihnen in  
Scharren davon. Wer da vom „be-  
währten System der gegliederten  
Krankenversicherung“ schwatzt,  
beweist nur Unkenntnis.  
Was schnellstens passieren muß,  
hat Matthias Albrecht  
untersucht

Pecunia non olet, behauptet  
der Lateiner, Geld stinkt  
nicht. Winfried Beck, Vor-  
sitzender des VdÄÄ, bezweifelt  
die Behauptung. Zumindes deutet der Zank um Geld in  
der Fraktion Gesundheit eher  
auf ein gestörtes Geruchs-  
empfinden bei einigen nie-  
dergelassenen Kollegen



Fortschrittliche Ärztinnen und Ärzte aus der Weimarer  
Republik sind vielen Vorbild. Doch auch Vorbilder haben  
dunkle Schatten. Verena Steinecke zeigt, wie weit eugen-  
isches Gedankengut bei den Sexualreformern der Weimarer  
Zeit verbreitet war

34

## Zu pauschal

dg 12/88: „Wurm drin. Das lange Lied der Dioxine“

Obgleich der Artikel keine wesentlichen neuen Informationen bringt, finde ich ihn gut. Ich hätte mir gewünscht, daß zum Vertiefen der Problematik (zum Beispiel wenn man an genauen Informationen über Nachweismethoden oder neurotoxischen Schäden interessiert ist) weiterführende Literaturhinweise an das Ende des Artikels zugefügt werden.

Etwas unglücklich aufgestoßen ist mir die zu pauschale Kritik an der Psychosomatik, die „in der Gefahr steht, zum Anpassungswissen zu degenerieren“. Nach meiner Erfahrung ist dies nicht den Psychosomatikern anzulasten, sondern eher den Somatikern, die oft zu schnell Symptome als psychosomatisch deklarieren, wenn sie keine Erklärung dafür gefunden haben. Ich arbeite in einer psychosomatischen Klinik und mache öfter die Erfahrung, daß Patienten völlig unzureichend durchdiagnostiziert in die psychosomatische Ecke abgeschoben werden oder – das andere Extrem – durch ständig wiederholte Untersuchungen auf ihre Symptome fixiert werden.

DR. ANGELIKA KNISPEL-WACHSMUTH  
Bad Wildungen

## Diskriminierend

dg 12/88: „Wurm drin. Das lange Lied der Dioxine“

Als Klinischer Psychologe und Psychotherapeut bedauere ich den diskriminierenden Umgang mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen und dadurch mit der Vielzahl psychisch leidender Menschen, den Sie in Ihrem Report (insbe-

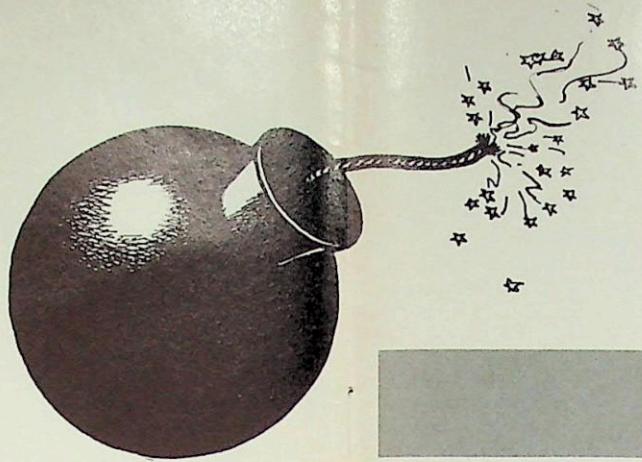
sondere in den Überschriften) zeigen. Sie tragen dazu bei, die Angst zu vergrößern, sich bei psychischen/psychosomatischen Problemen an den richtigen Fachmann zu wenden, weil der angeblich nur den Stempel „hysterisch“/„psychisch krank“ hat und einem nicht wirklich weiterhilft.

Tatsächlich ist es so, daß Vergiftungen durch Dioxine (und andere Vergiftungen) sogenannte diskrete Hirnschädigungen verursachen können, die dann eine „sekundäre Neurotisierung“ zur Folge haben können, das heißt, ein organisch bedingtes seelisches oder auch psychosomatisches Leiden – und somit eine ausgesprochene psychische Erkrankung. Was die Psychotherapeutin Herrn Rous bescheinigt („Ichschwache Persönlichkeit...“), ist die ernst zu nehmende Folge der Vergiftung, die den betroffenen Menschen nicht selten zu einem in gewisser Weise kindlichen und unausgeglichenen Verhalten führen kann.

Eine angemessene Behandlung dürfte neben neurologischen Behandlungsversuchen der Hirnschädigung auch in einer qualifizierten Psychotherapie bestehen, damit der betreffende Mensch nicht den seelischen Folgen hilflos ausgeliefert bleibt. In meiner Arbeit habe ich oft mit derart geschädigten Anstreichern zu tun.

Die anderen Aussagen Ihres Reports unterstützen mich dagegen voll und ganz.

HANS MARTIN OLBRICH  
Wuppertal



## Geduldsfaden reißt

dg 1/89: „Zündstoff – Streikt das Münchner Pflegepersonal?“

Es war meines Erachtens schon beeindruckend, was in letzter Zeit von Krankenschwestern und -pflegern alles geleistet wurde, um auf die Mißstände der Krankenhäuser, vor allem den Pflegenotstand, aufmerksam zu machen. Besonders wenn man berücksichtigt, daß sich unser Berufsstand in der Vergangenheit eher durch „Schuft und Mundhalten“ ausgezeichnet hat. Endlich scheint der Punkt erreicht zu sein, an dem den Kolleginnen und Kollegen der Geduldsfaden reißt. Denn so wie bisher, daß viele ihren Beruf einfach an den Nagel hängen und der Rest frustriert vor sich hinarbeitete, konnte es wirklich nicht mehr weitergehen. (...)

Doch geht es nicht nur um Rahmenbedingungen, nicht nur um Forderungen nach Kindertagesstätten, flexiblerer Arbeitszeit, bezahlten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Vergütung nach BAT etc. etc. Wir müssen uns auch stärker als bisher mit uns selbst beschäftigen. Denn ganz schuldfrei sind wir nicht an den Problemen, unter denen wir und die Patienten leiden.

Ich brauche mir nur in Erinnerung zu rufen, für was alles wir uns in den vergangenen Jahren haben einspannen lassen. Nur allzu bereitwillig haben wir immer mehr Tätigkeiten übernommen, für die eigentlich die Ärzte zuständig sind, also auch in ausreichender Zahl eingestellt und entsprechend bezahlt wer-

den müßten. Dies geschah in der vagen Hoffnung, wir könnten auf diese Art unseren Beruf, der in der Gesellschaft, nicht zuletzt wegen seiner unwürdigen Bezahlung, an Ansehen verlor, etwas aufzuwerten. Natürlich vergeblich. Denn es war der falsche Weg. Und weil die Verwaltungsarbeit stark zunahm, besonders aufgrund der Senkung der Verweildauer der Patienten und den durch ihn bedingten rascheren Patientenwechsel, ließen wir uns auch noch zu Hilfssekretärinnen machen. Auch das war ein Fehler.

Der Bequemlichkeit halber machen wir auf vielen Stationen auch noch Laboruntersuchungen wie Blutzuckerspiegel, Elektrolytbestimmungen und Blutanalysen selbst. Daß das Blut dafür von uns gleich selbst abgenommen wird, wird als Selbstverständlichkeit betrachtet. So ersetzen wir also auch noch eine MTA auf Station. Es versteht sich, daß es für diese Leistungen keine Aufbesserung des Gehalts gibt, nicht einmal ein Dankeschön. (...)

Für die Patienten, für die wir eigentlich eingestellt und verantwortlich sind, blieb ange-sichts dieser Situation nur wenig Zeit. Dafür hatten viele von uns das beruhigende Gefühl, unentbehrlich zu sein. Es konnte aber so nicht weitergehen. Jetzt haben schon viele begriffen, wie falsch dieses Verhalten gewesen ist. Es kommt aber darauf an, es zu verändern.

Ich finde, daß wir künftig berufsfremde Tätigkeiten strikt ablehnen sollten. Die dadurch gewonnene Zeit muß wieder den Patienten zugute kommen. Was wir aber brauchen, um die

## Medizinischer Pups

dg 1/89: „Hochpotente Neuroleptika verbieten. Antrag und Begründung der Oberbayerischen Grünen

Ich fühle mich als Nervenarzt, der täglich hochpotente Neuro-

ses Ziel zu erreichen, ist Solidarität untereinander und Unterstützung der Öffentlichkeit, da es mit Sicherheit Versuche geben wird, uns zu spalten und zum Scheitern zu bringen. Wir waren bisher allzu bequem. Die Verantwortlichen müssen erst wieder lernen, daß wir ernst zu nehmen sind. Deshalb müssen wir auch um ein staatlich anerkanntes Berufsbild „Krankenschwester/-pfeifer“ kämpfen, damit endlich die Unklarheiten über unseren eigentlichen Tätigkeitsbereich beseitigt werden. (...)

Ich hoffe sehr, daß unsere Solidarität stark genug ist, um in diesem Kampf gegen eine falsch verstandene Kostendämpfung und gegen überlebte hierarchische Strukturen zu bestehen. Nicht alle werden den Mut haben, sich gewerkschaftlich zu organisieren. Manche scheuen auch angesichts ihres geringen Einkommens den Mitgliedsbeitrag. Aber ohne oder gar gegen die ÖTV dürfte der Kampf um die Lösung all der genannten Probleme zum Scheitern verurteilt sein. Die ÖTV ihrerseits kann sicher nicht viel besser sein als Ihre Mitglieder. Es ist gut, daß „dg“ sich stärker als bisher den Problemen des Pflegebereichs der Krankenhäuser annimmt und uns unterstützt.

PETRA PIVECKA  
Würzburg

leptika verordnet, von diesem Antrag angesprochen, kann aber dem Antrag inhaltlich in keiner Weise folgen. In der Behandlung psychiatrisch kranker Patienten ist eine Selbstverständlichkeit, daß wir symptomatisch behandeln, das heißt, gezielt das Symptom behandeln, da wir eine ursächliche Behandlung schon deswegen nicht durchführen können, weil die Ursache von den meisten psychiatrischen Erkrankungen bis heute nicht bekannt ist. Der Antrag sowie die Begründung ist voller Ungereimtheiten, Halbwahrheiten und aus dem Zusammenhang gerissenen Zitaten von verschiedenen Psychiatern.

Am meisten empört mich jedoch die Propagierung von Tranquillizern als Alternative zu Antidepressiva und Neuroleptika. Die angeblich weitaus geringeren Nebenwirkungen dieser Medikamentengruppe werden hier erheblich verharmlost und die Nebenwirkungen der gezielt eingesetzten Neuroleptika werden in unverantwortlicher Weise hochgespielt.

Ich habe nicht die Zeit, inhaltlich auf die einzelnen Punkte einzugehen, mich stört jedoch, daß die Chefredaktion hier unberaten durch sachkundige Redaktionsmitglieder einen völlig unausgereiften und unausgereiften und eigentlich auch völlig unwichtigen Antrag einer kleinen Gruppe veröffentlicht, wobei ja nicht nur Fachleute in der Redaktion, sondern auch zum Beispiel der Psychiater Erich Wulff (Hannover) als Herausgeber fungiert. Ich bitte in Zukunft hier doch etwas kritischer zu sein. Nicht jeder medizinische Pups der Grünen ist veröffentlichtswert.

WOLF HERMAN VON ARNIM  
Idar-Oberstein

## Fehler

dg 1/89: „Rebirthing? Die Studien tagten“

Im Artikel über den Kongreß der VDS-Fachtagung Medizin ist leider ein Fehler unterlaufen. Selbstverständlich sollen nach Meinung der Arbeitsgruppe „Weiterbildung“ die Krankenhäuser der Primär- und Sekundärversorgung die Allgemeinärzte und die der Tertiärversorgung die Gebietsärzte weiterbilden und nicht – wie geschrieben – umgekehrt.

REINHARD BUSSE  
VDS-Fachsekretariat Medizin

## Zu viele Kaiserschnitte

Mit dem überproportionalen Anstieg von Kaiserschnitten hat sich in Berlin ein Symposium von Gynäkologen auseinander gesetzt. Allein am Universitätsklinikum Steglitz sei die Rate der Kaiserschnitte von 7,5 Prozent im Jahr 1972 auf mittlerweile 16,9 Prozent angestiegen, erklärte Professor Hans Weitzel, der an dieser Klinik arbeitet. Dabei bestehe, so Weitzel, kein echter Zusammenhang zwischen medizinischer Indikation und dem Anstieg der Eingriffe. Daß so viele Kaiserschnitte gemacht würden, führe er auf das durch die Rechtsprechung erzeugte Sicherheitsdenken der Ärzte zurück. Professor Erich Saling, Chefarzt der geburtsmedizinischen Abteilung des Krankenhauses Neukölln, kritisierte die unnötige Gefährdung der Schwangeren durch dieses Herangehen: Die Mortalitätsrate nach einer Sektion sei fünfmal höher als nach einer vaginalen Entbindung.

## Wort des Jahres

Jedes Jahr wird von der Gesellschaft für deutsche Sprache (GfDS) in Wiesbaden eine Liste der Wörter aufgestellt, die eine herausragende Rolle gespielt haben. Spitzenreiter des Jahres 1988 wurde nach Angaben der GfDS das Wort „Gesundheitsreform“.

## EG-Gesundheitsminister zu Aids

HIV-Tests bei Einstellungs- und Vorsorgeuntersuchungen sind ebensowenig gerechtfertigt wie die Verpflichtung Infizierter, den Arbeitgeber davon in Kenntnis zu setzen. Dies haben die Gesundheitsminister der Europäischen Gemeinschaft in einer Entschließung erklärt. An Aids erkrankte Beschäftigte sollen im Betrieb nicht anders behandelt werden als andere schwer erkrankte Mitarbeiter auch. Entsprechend ihrem Gesundheitszustand sollten ihnen nach Vor-

stellung der Minister andere Tätigkeiten übertragen oder die Arbeitszeiten verändert werden, um ihnen möglichst lange eine Beschäftigung zu ermöglichen. Die Regierungen der Europäischen Gemeinschaft werden in der Entschließung aufgefordert, in diesem Sinn für Aufklärungskampagnen in den Betrieben Sorge zu tragen. Rechtsverbindlich sind solche Entschlüsse allerdings nicht.

## Frankfurt: Methadon-Prozeß

Der niedergelassenen Arzt Dr. Elias ist von einem Schöffengericht in Frankfurt vom Vorwurf der Körperverletzung durch die Verschreibung von Methadon freigesprochen worden. Das Gericht stellte fest, daß eine Therapie mit Ersatzstoffen nicht sittenwidrig sei, wenn sie als Übergangsbehandlung die Heilung zum Ziel habe und lege artis erfolge. Zulässig sei die Verschreibung unter Beachtung der ärztlichen Normen und bei einem Mindestmaß an Kontrolle. Dr. Elias habe sich im Rahmen der ärztlichen Wissenschaft bewegt, so das Gericht.

## NRW: Heilberufsgesetz verabschiedet

In der letzten Lesung des Heilberufsgesetzes von Nordrhein-Westfalen, das Anfang dieses Jahres in Kraft getreten ist, wurden weitere Veränderungen beschlossen, die über den Entwurf (siehe dg 11/88) hinausgehen. Festgeschrieben wurde die Elnbeziehung der Frauen bei den Kammerwahlen, allerdings ohne eine genaue Quotenregel. Laut Gesetz müssen sie bei der Aufstellung von Kandidatenlisten zur Kammerwahl „angemessen“ berücksichtigt werden. Neu ist auch die Regelung, daß jede kandidierende Liste ein Anrecht auf eine vollständige Liste der Privatschwestern der Kammermitglieder hat.

## DDR: Strafrecht zur Homosexualität geändert

Ab 1. Juli 1989 wird es im Strafgesetzbuch der DDR den Paragraphen 151 nicht mehr geben. Darin war eine Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren für „Erwachsene, die mit einem Jugendlichen gleichen Geschlechts sexuelle Handlungen“ vornehmen, festgelegt gewesen. Die ersetztlose Streichung des Paragraphen wurde Ende Dezember von der Volkskammer beschlossen.

## Ärztekammer Bawü zur Embryonen- forschung

Wegen des Passus zur Embryonenforschung hat die baden-württembergische Sozialministerin, Barbara Schäfer, CDU, die Zustimmung zur neuen Berufsordnung der Landesärztekammer verweigert. Die Formulierung, daß Embryonenforschung „grundsätzlich verboten“ sei, schließe nicht aus, daß die Forschung in Ausnahmefällen zulässig sei, begründete die Ministerin die Ablehnung. Gegenüber der Neu-Isenburger Ärzte-Zeitung erklärte der Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Dr. Josef Grosse-Ruyken, daß ein ausnahmsloses Verbot von Forschung nicht möglich sei, „denn Forschung muß sein“. Es sei außerdem zur Zeit kein Fall denkbar, so Grosse-Ruyken, in der die Ethikkommission der Landesärztekammer eine Genehmigung zur Forschung an menschlichen Embryonen erteile. Das „nicht ausnahmslose Verbot“ berücksichtige ausschließlich die ferne Möglichkeit einer Korrektur zum Beispiel von Erbkrankheiten im denkbar frühesten Stadium.

Foto: Vf



## Gesamtbelastung durch Tschernobyl

Die radioaktive Belastung für die Einwohner Europas hat sich im Jahr nach der Reaktorkatastrophe von Tschernobyl durchschnittlich um 30 Prozent der natürlichen Strahlenbelastung erhöht. Zu diesem Ergebnis ist das Wissenschaftliche Komitee der Vereinten Nationen für die Wirkungen der Atomstrahlen, UNSCEAR, in einem Bericht an die Vereinten Nationen gekommen. Je nach Wohnort und Ernährung seien jedoch auch höhere Belastungen möglich, so das Strahlentelex aus Berlin.

In Südbayern, die Region in der Bundesrepublik mit der höchsten Cäsium-Belastung, habe das Institut für Strahlenhygiene des Bundesgesundheitsamts die Aufnahme von Cäsium-134 und -137 bei Selbst- und Fremdversorgern untersucht. Als mittlere Werte gebe das Institut eine Jahresbelastung von 16 Millirem bei den Fremdversorgern und von 60 Millirem bei den Selbstversorgern an. Der Höchstwert habe bei 80 Millirem pro Jahr gelegen. Wenn man nicht nur die Aufnahme von Cäsium durch die Nahrung, sondern sämtliche Belastungspfade berücksichtige, ergäbe sich am Beispiel eines landwirtschaftlichen Arbeiters in den höher belasteten Gebieten Südbayerns eine effektive Äquivalentdosis von mehr als 200 Millirem im ersten Jahr nach Tschernobyl, stellte das Institut ergänzend fest. Die Strahlenschutzverordnung schreibt als Grenzwert für die radioaktive Belastung der Allgemeinbevölkerung durch Ableitungen aus Kernanlagen eine effektive Dosis von 30 Millirem vor.

## BGA: Pseudokrupp- Studie

Pseudokrupp-Anfälle sind unter anderem auf Luftverschmutzung zurückzuführen. Zu diesem Ergebnis kommt nun auch eine Studie, die das Bundesgesundheitsamt (BGA) im Zeit-



## Demokratische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

Am 17. Juni 1989 soll in Hamburg der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten gegründet werden. Wie die Vorbereitungsgruppe mitteilt, solle der Programmenvorwurf, der zum Apothekentag 1988 vorgelegt worden sei, überarbeitet werden. Gewünscht werde die Mitarbeit vieler kritischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten. Vorgesehen sei eine Aufteilung in verschiedene Schwerpunkte, die jeweils von einem Koordinator betreut werden sollen. Ein Koordinierungstreffen ist für den 10. bis 12. März geplant. Interessenten wenden sich an Bernd Rehberg, Bramfelder Chaussee 291, 2000 Hamburg 71, Tel. (040) 641 77 69 oder 641 72 54.

## Gesetzentwurf gegen Leih- mutterschaft

Das Bundeskabinett hat jetzt einen Entwurf eines „Gesetzes zur Änderung des Adoptionsvermittlungsgesetzes“ verabschiedet, in dem jede Form der Vermittlung von Ersatzmüttern unter Strafe gestellt wird, besonders jedoch gewerbliche Vermittlungsformen. Verboten werden soll auch die Einleitung von Ersatzmütterschaften durch künstliche Befruchtung und Embryoübertragung. Dies soll in dem geplanten Embryonenschutzgesetz festgeschrieben werden. Ein Entwurf dazu soll noch in der ersten Jahreshälfte vorgelegt werden.

raum von 1982 bis 1985 in Berlin durchgeführt hat. Für eine Beteiligung der Luftschaadstoffe an der Krankheitsentstehung habe gesprochen, daß Kinder aus zentralen Gebieten Berlins überdurchschnittlich häufig wegen Pseudokrupp behandelt wurden. Diese Gebiete hätten zugleich die höchsten Schwefeldioxid-Belastungen. Im Winterhalbjahr 1984/85, in dem die stärkste mittlere Schwefeldioxid-Belastung gemessen worden war, seien den Pseudokrupp-Anfällen höhere Schwefeldioxid-Werte vorhergegangen, als in der Folgezeit gemessen werden konnten. Neben der Luftverschmutzung seien Virusinfekte der oberen Luftwege die Hauptursache der Krankheit, so das BGA. Dies werde auch durch Studien aus anderen Großstädten der Bundesrepublik und aus dem Ausland bestätigt. Die Studie „Pseudokrupp und Luftqualität“ kann zum Preis von 20 Mark bezogen werden vom Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene des BGA, Postfach 33 00 13, 1000 Berlin 33.

## Hannover: Widerspruch gegen Gen-Tec-Anlage

Gegen den Genehmigungsbescheid des niedersächsischen Gewerbeaufsichtsamts für eine gentechnische Anlage der US-Firma Invitron haben die Hannoverschen Grün-Alternativen Widerspruch eingelegt. Die Genehmigung war am 30. August erteilt worden, einen Tag vor Inkrafttreten der gesetzlichen Neuregelungen, die ein öffentliches Verfahren vorschreiben. Bernd Ellenbrock, Mitarbeiter der Grün-Alternativen Fraktion, erklärte nach Akteneinsicht, daß die Antragsunterlagen „schlampig“ seien und auf keinen Fall genehmigungsfähig. Wegen fehlender Detailangaben habe die Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie eine vom Gewerbeaufsichtsamt angeforderte Stellungnahme abgelehnt. Dr. Vutz vom Technischen Aufsichtsdienst der Berufsgenossenschaft erklärte dazu, er habe in den Unterlagen keine Beschreibung gefunden, aus der die notwendigen Sicherheitsmaßnahmen hervorgehen.

## Berlin: Studium unter Polizeischutz

Unter starkem Polizeischutz haben am 9. Januar am medizinischen Fachbereich der Freien Universität Berlin erstmals seit dem 2. Dezember wieder Praktika stattgefunden. Mit dem Polizeieinsatz wurde der Streik der Berliner Studentinnen und Studenten, der sich unter anderem gegen die materielle Misere der Hochschulen wendet, gebrochen. Etwa 3000 Studenten beteiligten sich an Blockadeaktionen gegen die Streikbrecher, die mit Polizeifahrzeugen zu den Instituten gefahren wurden. Dabei wurde eine Studentin angefahren und mußte mit dem Notarztwagen in ein Krankenhaus gebracht werden, wie die „Tageszeitung“ berichtete. Nach ihren Angaben wurden durch den Polizeieinsatz 50 Studentinnen und Studenten verletzt. Wie der Verwaltungsleiter der Universität, Wolfgang

Foto: Weller



May, mitteilte, habe der Lehrbetrieb trotz des Polizeieinsatzes nur in erheblich reduziertem Maß stattgefunden.

Den Auseinandersetzungen vorausgegangen war eine Klage von fünf Studenten vor dem Oberverwaltungsgericht, das daraufhin die Universität verpflichtete, den Zugang zu den Praktika in Anatomie, Bioche-

mie und Physiologie zu gewährleisten. Bereits in der ersten Januarwoche hatte der Vizepräsident der Universität, Professor Jürgen Brückner, die bestreikten Gebäude von der Polizei räumen lassen. Obwohl durch den Ausfall der Praktika vielen Studentinnen und Studenten der Verlust von zwei Semestern droht, sprachen sich auf einer Vollversammlung 1276

von ihnen für eine Fortsetzung des Boykotts aus. Dagegen stimmten 1231. Wie die Ärztezeitung am 11. Januar berichtete, gebe es jetzt am Fachbereich Medizin interne Überlegungen, zum Sommersemester keine Studenten neu zuzulassen. Man befürchte Engpässe, da die Kapazität der Praktika keine große Zahl von Wiederholern möglich mache.

## Präsidium des Deutschen Ärztetages: Ohne IPPNW

Das Präsidium des Deutschen Ärztetages hat im Dezember die Aufnahme der IPPNW ins Präsidium mit knapper Mehrheit abgelehnt. Ebenso hatte bereits vorher der Vorstand der Bundesärztekammer abgestimmt. Aufgenommen wurden dagegen die Berufsverbände der Internisten und der Kinderärzte.

### Zynisch

Aus einer Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 25. Juni 1987:

„Nach der für den Bereich des Sozialversicherungsrechts maßgebenden Ursachenlehre kann nicht gesagt werden, daß die Flucht vom Zwangsarbeitsplatz die allein wesentliche Ursache für die Inhaftierung und Verbringung eines Zwangsarbeiters ins Konzentrationslager war. Nur bei Vorliegen einer Verfolgungsmaßnahme des Bundesentschädigungsgesetzes kommt aber ein Anspruch auf Anerkennung einer Ersatzzeit nach Beendigung des Konzentrationslageraufenthalts wegen Krankheit in Betracht.“

### Pflegepersonal in Barmbek: Verantwortung für Patienten abgelehnt

Über 100 Pflegekräfte am Allgemeinen Krankenhaus in Barmbek/Hamburg haben schriftlich erklärt, daß sie die Verantwortung für die Pflege der Patienten ablehnen. Als Grund geben sie die unzureichende Stellensituation an. Ein Wirtschaftsprüfungsunternehmen aus Frankfurt hatte für das Krankenhaus einen Bedarf von 619 Pflegekräften ermittelt. 104 mehr, als zur Zeit beschäftigt sind.

### Gesellschaft für Genomanalyse

In Montreux/Schweiz ist jetzt eine Organisation gegründet worden, die sich die Erforschung der gesamten menschlichen Erbinformationen zur

Aufgabe gestellt hat. Präsident der „Human Genom Organisation“ wurde der Genetiker Victor McKusick von der Johns-Hopkins-Universität in Baltimore/USA. Mitarbeiter werden in dieser Organisation 42 Wissenschaftler aus den USA, Großbritannien, Frankreich, Japan, den Niederlanden, Schweden, Australien, Griechenland, Italien, der Sowjetunion, der Schweiz und der Bundesrepublik, unter ihnen fünf Nobelpreisträger. Geplant sei zunächst die Gründung von Niederlassungen in verschiedenen Erdteilen; um internationale Unterstützung zu erhalten. Damit die Aufgabe der vollständigen Aufklärung des menschlichen Erbguts gelingen könne, sei es wichtig, alle Ergebnisse in einer Datenbank zu speichern, so McKusick. Man wolle sich aber auch mit den ethischen Problemen des Projekts beschäftigen.



Foto: Menzen

### Initiative „Psychiatrische Krankenpflege“

Seit Anfang 1988 gibt es in Lübeck die Initiative „Psychiatrische Krankenpflege“. Zunächst nur als örtliche Initiative gedacht, ist langfristig eine Ausweitung auf Landesebene geplant. Schon jetzt arbeiten Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen Städten Schleswig-Holsteins in der Initiative mit. Zur Zeit werden von ihnen zwei Schwerpunkte bearbeitet. Zum einen geht es um die Erweiterung der Fortbildungsveranstaltungen für in der Psychiatrie tätiges Krankenpflegepersonal im Landesseminar für Krankenpflege in Kiel. Zum anderen will man sich für die Einrichtung einer Ausbildungsstätte für den Weiterbildungskurs Fachkrankenschwester/-pfleger in der Psychiatrie für Süd-Schleswig-Holstein einsetzen. Daneben sollen aber auch aktuell anfallende Themen bearbeitet werden. Wer an der Mitarbeit interessiert ist, kann näheres, wie zum Beispiel die aktuellen Termine der Treffen, die in Neumünster stattfinden, bei folgenden Kontaktadressen erfahren: Birgit Rau, Braunstraße 23, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 731 75; Thomas Müller, Tel. (0451) 2830 66, und Norbert Borchert, Mozartstraße 11, 2407 Bad Schwartau, Tel. (0451) 26678.



## Glotze

- 1.2. 19.30 Doppelpunkt: „Töten“ oder „leben“ lassen – ist das die Frage? Live-Diskussion über die Gründe, für oder gegen eine Abtreibung zu entscheiden (ZDF)
- 2.2. 20.15 Mit unnachgiebiger Härte – Der Memminger Abtreibungsprozeß (ARD)
- 21.00 Gesundheitsmagazin Praxis (ZDF)
- 4.2. 19.30 Schwatz(!)waldklinik – jeden Samstag schön (ZDF)
- 7.2. 17.45 Der Landarzt – immer dienstags. Janz dran anne Realität (ZDF)
- 8.2. 21.45 Naturkosmetik. Eine neue Folge der Hobbythek (WDR III).
- 20.2. 21.45 Heute-journal mit dem Politbarometer. dg wettet, daß es um den Paragraphen 218 gehen wird (ZDF)
- 23.2. 15.30 Die Haut – Spiegel der Seele? (ARD)

### 10. 2. Bremen

Fachtagung anlässlich des zehnjährigen Bestehens des Beratungszentrums der Pro Familia Bremen: „Gesundheitspolitische Aspekte der Sexualberatungs- und Familienplanungsarbeit“

Kontakt: Pro Familia, Landesverband Bremen e.V., Stader Straße 35, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 491090.

### 10. – 12. 2. Bonn

Frauenseminar: Geschäfte mit der Fruchtbarkeit. Hor(ror)mone gegen Frauen in der sogenannten „Dritten Welt“

Kontakt: BUKO-Pharma-Kampagne, August-Bebel-Straße 62, 4800 Bielefeld 1, Tel. (0521) 60550.

### 15. 2. Frankfurt

Seminar: Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitsorganisation in der Altenarbeit

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

### 15. 2. Hamm

„Sexualpädagogik und Aids-Prävention“

Kontakt: Institut für soziale Arbeit, Stadtstraße 20, 4400 Münster/Westfalen.

### 15. – 17. 2. Frankfurt

Seminar: Pflege – Außenseiter in der Bildungs- und Tarifpolitik?

Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Gutleutstraße 169-171, 6000 Frankfurt/M., Tel. (069) 23509195.

### 18. 2. Hannover

Zentrale Informationsveranstaltung der oppositionellen Ärztinnen und Ärzte Niedersachsens zu den im Dezember stattfindenden Kammerwahlen  
Kontakt: Dr. Wolf Zwickert, Tel. (0511) 555773.

### 20. – 24. 2. Köln

Kongreß der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (GwG): „Macht Therapie glücklich?“  
Kontakt: GwG-Geschäftsstelle, Richard-Wagner-Straße 12, 5000 Köln, Tel. (0221) 252917.

### 20. – 22. 2. Essen

Seminar: Rechtliche Aspekte im Operationsdienst  
Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Sekretariat, z. H. Frau Weiß, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 285599 oder 274829.

### 22. – 26. 2. Tübingen

7. überregionale Workshoptagung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt)  
Kontakt: dgvt, Beithlestraße 15, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 41211.

### 23. 2. Köln

Workshop zum Erfahrungsaustausch für Mitarbeiter sozial-psychiatrischer Dienste

Kontakt: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Richard-Wagner-Straße 12, 5000 Köln 1, Tel. (0221) 252917.

### 23. – 24. 2. Darmstadt

Seminar: Krisenhelfer Chemie – Psychopharmaka in der Altenpflege

Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (06151) 403348.

### 23. – 26. 2. Loccum

Tagung: Berufsmotivation und Berufswirklichkeit im Krankenhaus – Alte und neue Herausforderungen in Medizin und Krankenpflege

Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel. (05766) 810.

### 27. 2. – 3. 3. Bielefeld

„Standhalten? Standorte, Perspektiven und Begrenzungen in der Arbeit mit schwerst- und mehrfachbehinderten Menschen mit geistiger Behinderung“

Kontakt: Von-Bodelschwinghsche Anstalten, z. Hd. Herrn Post, Postfach 130207, 4800 Bielefeld 13.

### 1. 3. Darmstadt

Seminar: Das neue Krankenversicherungsrecht und die Absicherung der Pflegebedürftigkeit  
Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (06151) 403348.

### 1. 3. Frankfurt

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

### 1. – 3. 3. Bremen

„Informations- und Kommunikationstechnologien im Sozial- und Gesundheitswesen. EDV in der Verwaltung und zur Unterstützung der fachlichen Arbeit“  
Kontakt: Bremer Volkshochschule/SozTec 89, Schachhäuser, Heerstraße 67, 2800 Bremen 1.

### 6. – 10. 3. Hamburg

Bildungsurlaubsseminar: Krankenpflege im Nationalsozialismus III  
Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Billhorner Deich 94, 2000 Hamburg 28, Tel. (040) 7885225/44.

### 6. – 10. 3. Karlsruhe

Fortbildungskurs für pflegerische Mitarbeiter in Sozialstationen, Krankenhaus und Altenpflegestation: „Schwerkränke und Sterbende begleiten“  
Kontakt: Evangelisches Fachseminar Karlsruhe-Rüppurr, Diakonissenstraße 28, 7500 Karlsruhe-Rüppurr, Tel. (0721) 8892663.

## 6.-10.3. Darmstadt

Seminar: Psychisch krank im Alter. Wie begegne ich suchtgefährdeten Menschen?  
Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (061 51) 40 33 48.

## 8.-9.3. Frankfurt

Seminar: Psychopharmaka im Alter  
Kontakt: FZBA der AWO, Guteleutstraße 319, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 27 10 60.

## 8.-10.3. Frankfurt

„Gentechnologie: Auswirkungen auf die Lebensbewältigung behinderter und chronisch kranker Menschen – ethische, pragmatische und soziale Fragen“  
Kontakt: Fortbildungswerk des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Wilhelm-Polligkeit-Institut, Heinrich-Hoffmann-Str. 3, 6000 Frankfurt 71.

## 11.-12.3. Kiel

Arbeitskreis Frauen und kritische Psychologie  
Kontakt: Lisa Schneider, Gneisenaustraße 12, 2300 Kiel 1.

## 13.-15.3. Bad Boll

Tagung: „Seelenpresse – Patientenzeitschriften in der Bundesrepublik“  
Kontakt: Evg. Akademie Bad Boll, Akademieweg 11, 7325 Bad Boll, Tel. (071 64) 791.

## 16.-18.3. Essen

Seminar: Zeit sparen – aber wie? Arbeitsanfall, Zeit und persönliche Organisation  
Bildungszentrum Essen des DBfK, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 28 55 99 oder 27 48 29.

## 18.-21.3. Frankfurt

Workshop: „Generationen – Die uns allen gemeinsame Geschichte in unserem persönlichen Leben“  
Kontakt: Arbeitsgruppe Personenzentrierte Friedensarbeit in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Richard-Wagner-Straße 12, 5000 Köln 1, Tel. (0221) 25 29 17.

## 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 Weiterbildungskurses zur/zum Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie  
Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Guteleutstraße 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, Tel. (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.

## 14.-16.4.

### Loccum

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

## 28.-30.4.

### Berlin

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

## Kleinanzeigen: Preis pro Zeile

(25 Anschläge) 2,50 Mark.

## Einsenden an:

**dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1**

**Suche** ab sofort für mindestens sechs Monate **Weiterbildungsassistenten/in** für meine Allgemeinpraxis.  
Näheres: Tel. (092 66) 291.

**Sozialpädagogin (grad.)/Küchenmeisterin, 44 Jahre, sucht** ab 1.2.1989 oder später Dauerstellung in Heim oder sozialer Einrichtung. Zur Ausübung der Position als Küchenmeisterin sollte die pädagogische und gruppendynamische Betreuung der Mitarbeiter gehören.

Angebote unter Chiffre 010289 an dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1.

**Kinderarzt (5. Wb-Jahr)** sucht Mitarbeit oder Vertretung in Kinderarztpräaxis ab April '89, Raum Bremen. V. Rongen, R.-Wagner-Str. 28, 2800 Bremen, Tel. (04 21) 34 12 87.

**Labormitarbeiterin sucht dringend** Informationen und Erfahrungen über die Gründung von Betriebsräten in medizinischen Laborunternehmen. Antworten unter Chiffre 020289 an: dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1.

Für eine Veröffentlichung über **Intensivpflege** werden Erlebnisberichte von Patienten und Personal gesucht. Weitere Informationen bei: Axel Thiel, Blücherstr. 24, 3500 Kassel, Tel. (05 61) 5 56 42.

**Examinierte Krankenschwester** sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt **Teilzeitstelle** (vormittags) im Bereich Chirurgie/Intensiv. Tel. (02 01) 79 85 16 (ab 18.00 Uhr).

**Suche Infos** von italienischen Medizinstudenten/innen betreffs Anerkennung und Arbeitsmöglichkeiten nach der italienischen Laurea in der BRD.

**Suche Briefkontakt** mit Studentengruppen im Raum Mannheim-Heidelberg, die sich kritisch mit Problemen des Gesundheitswesens beschäftigen.

Rossana Buono, Via Pasantia 82, Scala A, I-84018 Scafati (SA).

ISBN 3-925007-47-4

## PSYCHOLOGIE & GESELLSCHAFTS KRITIK

47



## Geschichtliches

### INHALT

### EDITORIAL

### THEMATISCHE BEITRÄGE

Norbert W. H. Geib  
Seele – Nur ein antiquarisches Wort?  
Zur Geschichte psychologischen Denkens

Angelika Ebrecht  
Individualität als lebendige Ganzheit.  
Die vitalistische Ganzheitspsychologie  
von Hans Dräsch

Paul Brieler  
„Sorgenkinder“  
in der Wehrmachtspsychologie

Günter Rexilius  
Politisch-psychologische Anmerkungen  
zum sogenannten Historiker-Streit

Thomas Kleinspehn  
Der Ort der psychoanalytischen Theorie  
in der historischen Forschung –  
Versuch einer Zwischenbilanz  
der Psychohisto

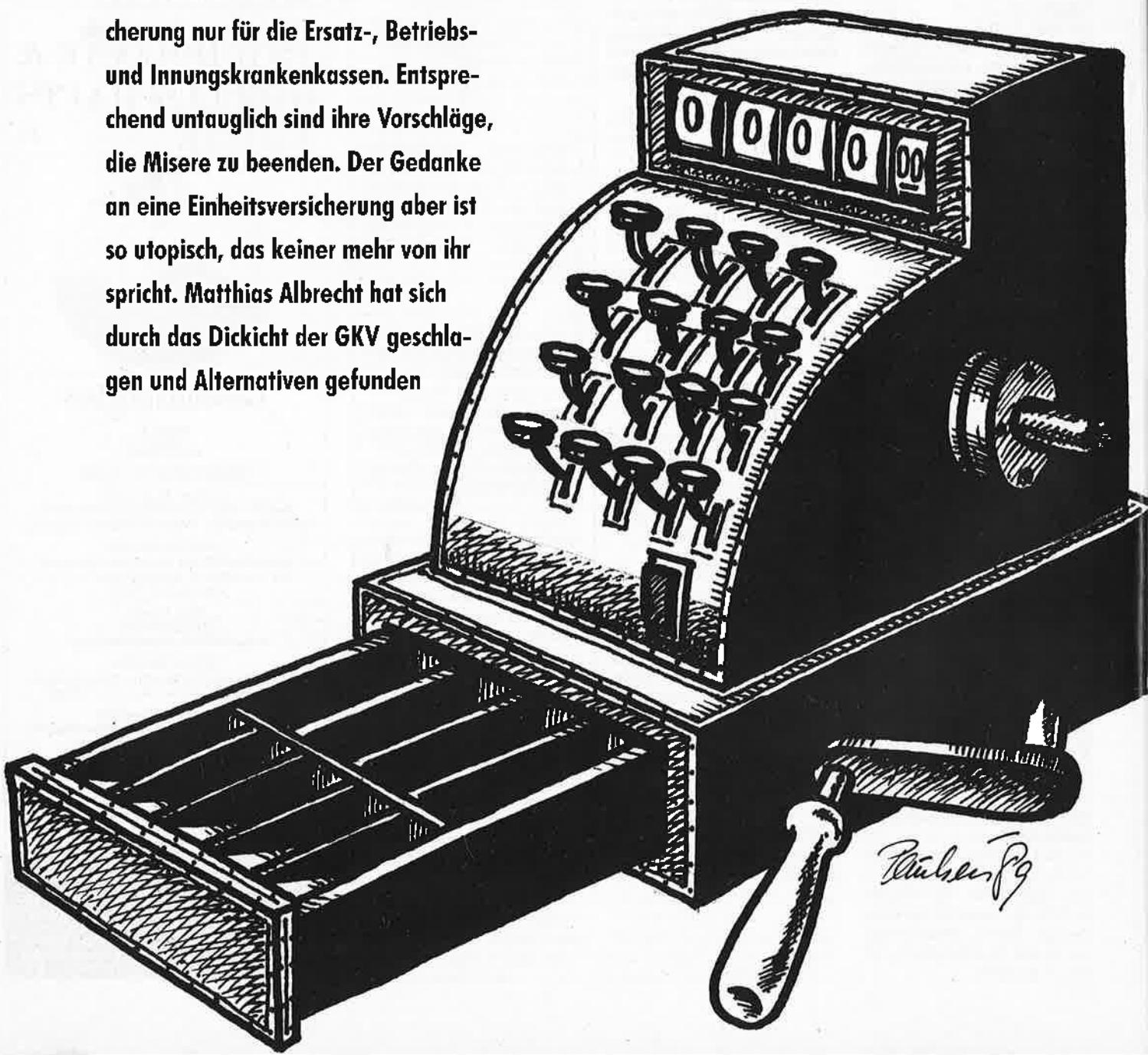
### REZENSIONEN

### AKTUALITÄTEN/TERMINE

Eine psychologiekritische Zeitschrift für Psychologen, Pädagogen, Sozialwissenschaftler in Theorie und Praxis.  
Einzelheft 11,- DM / Doppelheft 18,- DM / Jahresabonnement 34,- DM / Student/inn/en, Arbeitslose u.ä. 28,- DM; jeweils zzgl. Porto.  
Erhältlich in jeder guten Buchhandlung oder direkt bei der Redaktion der P & G, Bürgerbuschweg 47, D-2900 Oldenburg, Tel. (04 41) 6 41 26.

**Vielen Ortskrankenkassen steht das Wasser bis zum Hals. Bei Beitragssüßen von zum Teil über 15 Prozent verläßt die AOK, wer immer nur kann. Zurück bleiben diejenigen, die ohnehin das wenigste Geld haben. Und sie dürfen dann noch die weiter steigenden Kassenbeiträge zahlen.**

**Bewährt hat sich das gegliederte System der gesetzlichen Krankenversicherung nur für die Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen. Entsprechend untauglich sind ihre Vorschläge, die Misere zu beenden. Der Gedanke an eine Einheitsversicherung aber ist so utopisch, das keiner mehr von ihr spricht. Matthias Albrecht hat sich durch das Dickicht der GKV geschlagen und Alternativen gefunden**



**D**ie Lage ist hoffnungslos, aber nicht ernst. – Mit diesem frivolen Kalauer beschreibt der Geschäftsführer einer norddeutschen AOK die Situation seiner Kasse. Ihr Beitragssatz liegt knapp unter 15 Prozent, Hoffnung auf baldige Besserung besteht keine. Im Gegenteil, über kurz oder lang ist mit weiteren Beitragserhöhungen zu rechnen. Vom gerade verabschiedeten Gesundheitsreformgesetz sind nur kurzfristige Entlastungen der Krankenkassen zu erwarten, die ohnehin nur auf Kosten der Patienten entstehen oder sich aus dem Abspecken des „Blüm-Bauches“ ergeben.

Die wirtschaftliche Situation vieler AOKs verschlechtert sich zusehends. Zum Tragen kommt der „Kellertreppeneffekt“: Hohe Beitragssätze treiben gutverdienende Angestellte in die Ersatzkassen, Unternehmen mit überschnittlichem Lohnniveau gründen oder erweitern Betriebskrankenkassen beziehungsweise gehen, wenn es sich um Handwerksbetriebe handelt, in eine Innungskrankenkasse. Der AOK entstehen dadurch hohe Einnahmeverluste, ohne daß sich die Leistungsausgaben im gleichen Maß verringern würden. Die Folge sind weitere

Beitragserhöhungen, um den defizitären Haushalt auszugleichen. Das führt zu neuen Austritten von Versicherten und Betrieben, der Teufelskreis setzt sich immer weiter fort. Bei jedem „normalen“ Unternehmen würde dieser Weg in der Pleite enden.

Wenn ein AOK-Geschäftsführer diese Entwicklung als „hoffnungslos, aber nicht ernst“ bezeichnet, spricht daraus mehr als bloßer Galgenhumor. Denn trotz der miserablen Perspektiven seiner Kasse geht es nicht an die Existenz. Die Pleite einer AOK ist in der Reichsversicherungsordnung (RVO) beziehungsweise im Sozialgesetzbuch schlachtrichtig nicht vorgesehen. Wenn die Einnahmen nicht zur Deckung der Ausgaben reichen, müssen eben die Beiträge erhöht werden. So steht es im Gesetz.

Damit der „Kellertreppeneffekt“ nicht zum Sturz ins Bodenlose führt, hat die AOK Hamburg die Notbremsen gezogen. Ihre Selbstverwaltungsgesellschaften beschlossen anlässlich der letzten Beitragserhöhung auf 15,5 Prozent, keine weiteren Erhöhungen vorzunehmen, wie hoch das Defizit auch sei. Sätze von 18 Prozent und mehr, die in den kommenden Jahren zu erwarten seien,

könnten den Versicherten und deren Arbeitgebern nicht zugemutet werden. Der Staat müsse nunmehr eingreifen, da die AOK mit ihrem Latein am Ende sei. Die AOK Hamburg ist damit zwar nicht pleite, aber ihre Selbstverwaltungsgesellschaften haben ihren eigenen Bankrott erklärt, indem sie die wirtschaftliche Verantwortung an den Staat weitergeben. Er soll in seiner Eigenschaft als Aufsichtsbehörde zum Handeln gezwungen werden und der Öffentlichkeit will die Selbstverwaltung mit diesem Schritt deutlich machen, daß nicht die AOK, sondern der Gesetzgeber Schuld an der wirtschaftlichen Misere der Kasse trägt. Derartige „Schwarzer-Peter“-Spiele werden in Zukunft wohl um sich greifen.

**W**er auch immer das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als „Solidarsystem“ bezeichnet oder vom „bewährten System der gegliederten Krankenversicherung“ faselt, der hat entweder keine Ahnung von der Sache oder versucht, mit diesen Phrasen Privilegien zu wahren. Das Solidarprinzip, das heißt, die gemeinschaftliche und soziale Finanzierung

# LEERE KASSE

## WIE GEHT'S WEITER MIT DER AOK?

der Krankenversorgung, ist nur innerhalb einer Kasse, nicht aber unter den insgesamt 1147 selbständigen Krankenkassen verwirklicht. Die Spanne der Beitragsunterschiede reicht von 7,5 Prozent bei der Betriebskrankenkasse (BKK) einer süddeutschen Papierfabrik bis zu 16 Prozent bei der AOK Papenburg – bei identischem Leistungsangebot, versteht sich. Der monatliche Beitrag eines Durchschnittsverdienstes in Hamburg mit 3000 Mark Bruttoeinkünften pro Monat bewegt sich zwischen 285 Mark bei einer Betriebskrankenkasse, 387 Mark bei der Barmer Ersatzkasse oder der Deutschen Angestelltenkasse und 465 Mark bei der AOK. Daß bei diesen Unterschieden keine Chancengleichheit gegeben ist, liegt auf der Hand.

Derartige Beitragssatzunterschiede wären allenfalls dann hinnehmbar, wenn sich die Versicherten ihre Krankenkassen aussuchen könnten, wobei kaum anzunehmen ist, daß unter solchen Umständen diese Differenzen überhaupt zustande gekommen wären. Eine Wahlmöglichkeit haben jedoch nur die Angestellten, und dies auch nur in eingeschränkter Form. Sie können zwischen der sogenannten „Pflichtkasse“, dazu zählen AOK und Betriebs-, bezüglichweise Innungskrankenkasse, und einer für ihren Beruf zuständigen Angestellten-Ersatzkasse wählen. Ein Arbeiter hat dagegen so gut wie keine Möglichkeiten, seine Pflichtkasse zu verlassen.

Mittlerweile haben nur noch die Experten der Krankenkassen den Überblick über dieses durch das berufsständische Gliederungsprinzip verursachte Chaos im Mitgliedschaftsrecht der GKV. Ein Mitgliedschaftsrecht, das zwangsläufig zur Ungleichbehandlung führt. Mitglieder der AOK Steinfurt – Beitragssatz: 15,4 Prozent – haben deshalb Verfassungsbeschwerde eingelegt, die demnächst zur Entscheidung ansteht.

Doch nicht nur unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten ist das „bewährte gegliederte System“ dubios, es führt vor allem zu einer wachsenden

Entsolidarisierung innerhalb der GKV. Wenn Betriebe bezüglichweise Berufsgruppen mit einer günstigen Versichertens- oder „Risikostruktur“, wie es im Krankenkassendeutsch heißt, ihre eigenen Krankenkassen aufmachen, entziehen sie sich damit dem Solidarausgleich aller Versicherten und sorgen für ein Zwei-Klassen-System: hier die Kassen mit einer „guten“ „Risikostruktur“ und günstigen Beitragssätzen, dort die sozial schwachen Kassen mit hohen Beiträgen. Die Enquête-Kommission des Deutschen Bundestags zur Reform der GKV stellt in ihrem jüngst veröffentlichten Zwischenbericht denn auch eine „zunehmend schiefe Risikoverteilung zwischen den einzelnen Kassenarten“ fest.

Die Gründe für die Misere der AOKs sind nicht nur in der Abwanderung gut verdienender Angestellter und der Gründung oder Erweiterung von Betriebskrankenkassen zu suchen. Das GKV-System hat den perversen Effekt, daß Krankenkassen mit einer sozial schwachen Mitgliederstruktur – niedrige Einkommen, hohe Zahl der mitversicherten Familienangehörigen, soziale Problemgruppen – besonders hohe Beitragssätze erheben müssen. Von diesem Effekt sind fast ausschließlich die AOKs betroffen, die als „Basiskasse“ die meisten Arbeitslosen, Sozialhilfeempfänger und Behinderten versichert und einen hohen Anteil von Mitgliedern mit unterdurchschnittlichem Einkommen hat. Betriebs- und Innungskrankenkassen werden einfach dicht gemacht, wenn sich deren Beitragssätze auf oder über dem Niveau der jeweiligen AOK bewegen. Ihre Versicherten werden dann der entsprechenden AOK zugewiesen, deren Beitragssatz dadurch auch nicht gerade besser wird.

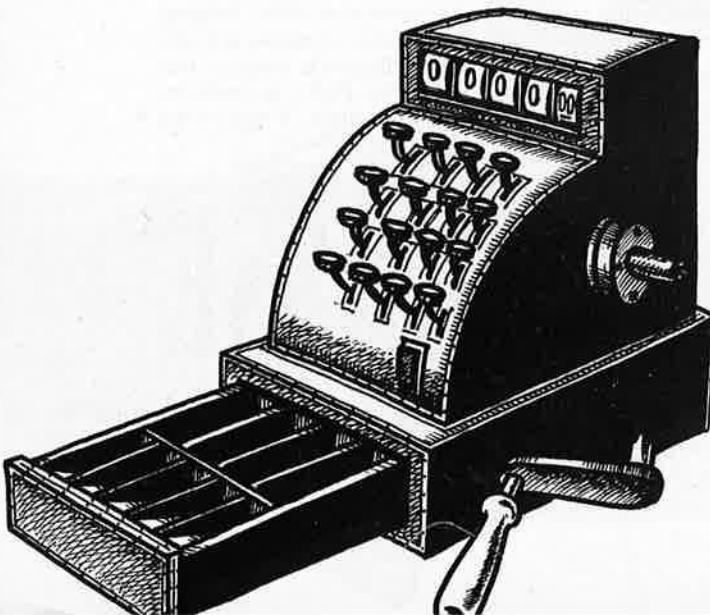
**G**elöst werden kann das Problem nur, wenn die Risiken der gesetzlichen Krankenversicherung gleichmäßig über alle Kassenarten verteilt werden und sich dadurch die Beitragssätze angleichen. Ersatz-, Betriebs- und In-

nungskrankenkassen wollen davon natürlich nichts wissen, gingen sie doch ihrer privilegierten Stellung verlustig. Natürlich weisen sie den Vorwurf weit von sich, sie profitierten von der Entsolidarisierung in der GKV. Ihre Argumente zeugen aber von kaum mehr als der Entschlossenheit, den Status Quo zu bewahren.

„Die Beitragssätze von Betriebskrankenkassen sind das Normale, Machbare und Mögliche“, will die Bandszeitschrift „Die Betriebskrankenkasse“ in der Ausgabe 8-9/87 den Lesern weismachen und hat auch gleich die Begründung für diese forschre Beihauptung zur Hand. „Wegen ihrer Betriebs- und Versichertennähe können Betriebskrankenkassen spezifische und bedarfsgerechte Leistungen anbieten. Weil diese Leistungen ausgesprochen versichertensbezogen sind und keinesfalls von der Kostenseite her unterdurchschnittlich ausfallen, kann trotz eines relativ ungünstigen Risikos ein unterdurchschnittliches Beitragssatzniveau gehalten werden.“ Da hat nun wirklich einer die Quadratur des Kreises entdeckt: Hohe oder zumindest durchschnittliche Kosten plus schlechte Risikostruktur ergeben zusammen unterdurchschnittliche Beiträge!

Der Erfinder dieser genialen Formel, der Leiter der Abteilung Statistik und Sozialökonomie des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen, Rolf Stuppardt, setzt im Heft 12/87 der Bandsschrift aber noch einen drauf. Er entlarvt die AOK als den eigentlichen Sünder wider die Solidarität und führt die hohen Beitragssätze der AOKs darauf zurück, daß diese „eine Hochpreispolitik betreiben, um den Gesetzgeber unter Handlungzwang zu setzen“. Stuppardt „beweist“ dies mit eigenen Berechnungen, wonach die AOK Duisburg mit einem Beitragssatz von „bescheidenen“ 14,5 Prozent auskommen müßte, wo sie doch 14,9 Prozent verlangt.

Das ist schon reichlich dreist und für jeden, der sich in der Struktur der GKV ein wenig auskennt, als grober Unfug erkennbar. Die BKKs zahlen



**Daß die AOK unfähig zur internen Solidarität ist, hat katastrophale Außenwirkungen. Den anderen Kassen wird es leicht gemacht, sich auf die Position zurückzuziehen: „Helft Euch erst einmal selbst, bevor Ihr andere anbietet“**

vor Ort dieselben Krankenhauspflegesätze, Arzthonorare und Arzneimittelpreise wie die AOK; da gibt es keine wie auch immer „versichertenbezogene“ Leistungsgestaltung. Allenfalls könnte es sein, daß die BKK-Mitglieder wegen betrieblicher Repressions- und Selektionsstrategien weniger oft zum Arzt gehen als AOK-Mitglieder, obwohl dafür die Statistiken keine Anzeichen enthalten.

Wenn Stuppardt behauptet, die BKKs hätten ein „ungünstiges Risiko“, kann man ihm bestenfalls eine selektive Wahrnehmung zugute halten. Bei den BKKs ist die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen mit einer Quote von 81,3 je 100 Mitglieder im Jahr 1987 zwar höher als bei den AOKs mit einer Quote von 64,6. Höher ist bei ihnen auch der Anteil der über 40jährigen, die überdurchschnittlich Leistungen in Anspruch nehmen. Er lag 1987 bei 49,7 Prozent der Mitglieder (ohne Rentner), bei den AOKs waren es 44,1 Prozent.

# SÜD-NORD-GEFÄLLE BEITRAGSSÄTZE DER AOKS

Unter den 268 AOKs gibt es große Unterschiede in der Höhe der Beitragsätze. Um das regionale Ungleichgewicht deutlich zu machen, haben wir die Beitragssätze in drei Klassen eingeteilt und auf eine Karte der Bundesrepublik übertragen.

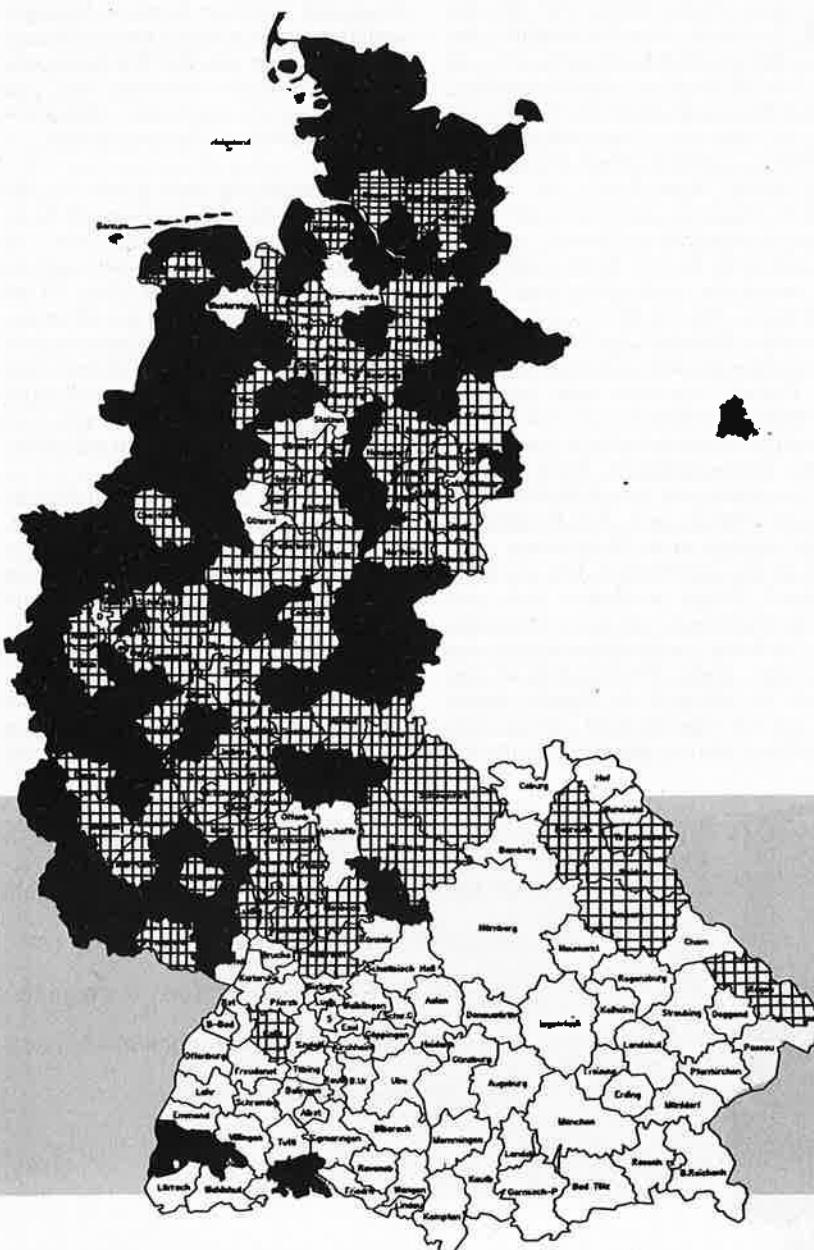
In den geschwärzten Regionen hat die AOK jeweils einen Beitragssatz von 14 Prozent und mehr (Maximum: Papenburg mit 16 Prozent). Hier sind die AOKs faktisch nicht mehr in der Lage, mit den anderen Kassenarten ernsthaft zu konkurrieren. Es drohen „Hamburger Verhältnisse“, das heißt, die AOK wird über kurz oder lang

handlungsunfähig, wenn der Staat nicht eingreift. Von den 268 AOKs befinden sich genau 100 in dieser Situation.

In den schraffierten Regionen liegen die AOK-Beitragssätze zwischen 13 und 14 Prozent, und damit über dem Durchschnitt der Ersatz- und Betriebskrankenkassen (12,7 Prozent beziehungsweise 11,4 Prozent bundesweit). Es handelt sich um 96 AOKs.

Nur 72 AOKs haben Beitragssätze von unter 13 Prozent. Davon liegen nur zwei AOKs unter dem bei BKKS üblichen Niveau von 11 Prozent (Kirchheim/Teck und Sindelfingen mit 10,85 beziehungsweise 10,9 Prozent). Weitere 18 AOKs liegen zwischen 11 und 12 Prozent und 53 AOKs zwischen 12 und 13 Prozent.

Das regionale Gefälle der AOK-Beitragssätze wird auf einen Blick deutlich. Nördlich des Mains haben nur die AOKs in Westerstede, Bremervörde, Salzgitter, Stolzenau, Gütersloh, Düsseldorf und Leverkusen einen Beitragssatz von unter 13 Prozent; wobei bis auf die AOK Salzgitter (12,3 Prozent) diese AOKs mit einem Beitragssatz von 12,9 Prozent quasi auf der Kippe nach unten stehen. In Süddeutschland hingegen gibt es mit den AOKs in Tübingen, Freiburg und Konstanz nur drei „schwarze Schafe“ mit einem Beitragssatz von über 14 Prozent. Außerdem haben einige AOKs in Unterfranken, im Bayerischen Wald und der Region um Mannheim-Heidelberg Beitragssätze zwischen 13 und 14 Prozent. Die anderen AOKs in Bayern und Baden-Württemberg haben Beitragssätze, die unter dem GKV-Durchschnitt von 12,9 Prozent liegen oder ihm zumindest entsprechen.



zent. Diese Defizite der BKKs werden aber deutlich überkompensiert durch das außerordentlich hohe Durchschnittseinkommen ihrer Mitglieder, das in der GKV den Spitzenplatz einnimmt. Der durchschnittliche Grundlohn lag bei den BKKs 1987 bei 37 916 Mark und damit um über 26 Prozent über dem der AOKs mit 30 039 Mark. Und er lag immer noch gute 19 Prozent über dem GKV-Durchschnitt von 31 770 Mark. Wer bei dieser üppigen Finanzbasis von einem „ungünstigen Risiko“ spricht, verliert den Anspruch, mit seinen Argumenten ernstgenommen zu werden.

Die Funktionäre der BKK setzen auf Expansion und scheren sich einen Teufel um das Solidarprinzip. Wo es langgehen soll, hat erst vor einigen Monaten der stellvertretende Geschäftsführer des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen, Dr. Hans Sendler, deutlich gemacht, als er eine Erleichterung für die Gründung von Betriebskrankenkassen forderte. Während bisher mindestens 450 Versicherungspflichtige beschäftigt sein müssen und die Mehrheit der betroffenen volljährigen Arbeitnehmer der Gründung zustimmen muß, möchte Sendler nun, daß die Gründung einzig davon abhängt, daß sich im Betrieb 450 Beitragswillige finden. Möglich wäre dann, daß sich in einem Betrieb mit 2000 Arbeitnehmern 450 gut verdienende Beschäftigte aus dem Solidarfonds der AOK ausklinken und ihre eigene BKK gründen. Der Entsolidarisierung der GKV stünde endgültig nichts mehr im Wege.

Dieser Vorschlag stammt im übrigen von einem Mann, der seinen Job der Unterstützung der Gewerkschaften verdankt. Womit man bei einem heiklen Thema ist, über das in Funktionärskreisen nur hinter vorgehaltener Hand gesprochen wird: das Verhältnis der Gewerkschaften zu den Betriebskrankenkassen. Offiziell wird das Solidarprinzip hochgehalten und jeder Angriff auf diesen Grundsatz scharf verurteilt. Auch gibt es Gewerkschaftsbeschlüsse wie den der IG Metall von 1977, in dem nicht mehr und nicht weniger als die Einheitsversicherung gefordert wird.

Aber dieser Beschuß ist nicht das Papier wert, auf dem er gedruckt wurde.

Wenn es – wie vor ein paar Jahren – ein Vorstandsmitglied der IG Metall wagt, sich auf diesen Beschuß zu berufen, dann stehen am nächsten Tag die Betriebsratsfürsten von Siemens, VW, Thyssen und Co. auf der Matte und erinnern ihn nachdrücklich daran, daß er doch gerne wiedergewählt werden möchte. Und wenn der nordrhein-westfälische Arbeitsminister Heinemann einem Unternehmen die Gründung einer Betriebskrankenkasse versagt und bei der Gelegenheit verkündet, er werde einer Schwächung des Solidarprinzips durch weitere Gründungen von BKKs nicht tatenlos zuschauen, dann bekommt er nicht etwa Zunder von der parlamentarischen Opposition. Vielmehr treten ihm die eigenen Genossinnen und Genossen aus der Landtagsfraktion und den Ortsvereinen der SPD auf die Füße.

**F**ür die Auseinandersetzung mit den Ersatzkassen und der aggressiven Geschäftspolitik der Betriebskrankenkassen ist die AOK denkbar schlecht gerüstet. In den peinlichen Werbespots, mit denen sie sich als „Gesundheitskasse“ profilieren möchte, plärrt eine Sängerin: „Weck' diese Kraft, die in Dir steckt!“ Auf den eigenen Laden kann diese Aufforderung kaum gemünzt sein, denn da ist von Kraft nicht mehr viel zu spüren, und nichts läuft mehr zusammen. Die Hoffnung auf ein gemeinsames Handeln der 268 AOKs ist spätestens seit dem Februar 1987 dahin. Damals scheiterte eine Initiative des AOK-Bundesverbands, einen bundesweiten Finanzausgleich unter den AOKs herbeizuführen. Eine Sitzung der Vorstände und Geschäftsführer der Landesverbände und des Bundesverbands dauerte dem Vernichten nach nicht einmal eine Stunde. Die „wohlhabenden“ AOKs weigerten sich, das Thema überhaupt ernsthaft zu diskutieren. Auch auf Landesebene scheiterten Versuche, einen Finanzausgleich zu stande zu bringen: In Hessen legten sich die Arbeitgeber quer, und in Niedersachsen wurden gar die Gerichte be-

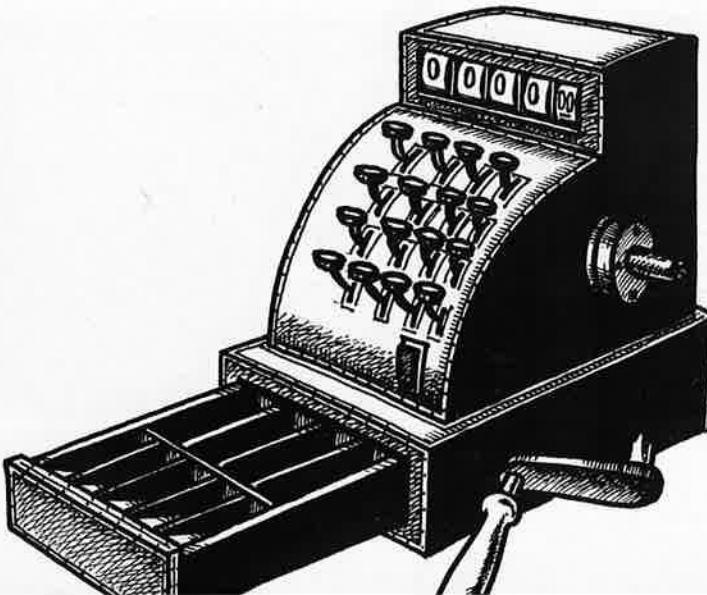
müht, um dem AOK-Landesverband einen Kredit für die notleidende AOK Papenburg zu verbieten.

Die Außenwirkung dieser Unfähigkeit zur internen Solidarität ist katastrophal. Die anderen Kassen können sich so leicht auf die Position zurückziehen: „Helft Euch erst einmal selbst, bevor Ihr andere anbettelt.“ Darüber hinaus haben die Ersatzkassen noch ein anderes Argument parat: Das Elend der AOK liege in ihrer regionalen Organisationsform begründet. Dadurch könne es keinen Ausgleich zwischen „wohlhabenden“ und „armen“ Regionen geben, wie ihn die bundesweite Organisation der Ersatzkassen beinhaltet. Würden sich die AOKs zu einer Bundeskasse zusammenschließen, sei sie im Beitragssatz mit den großen Ersatzkassen durchaus wettbewerbsfähig.

Von der SPD ist dieses Argument bereits aufgegriffen und auf dem letzten Parteitag in Münster mit der Forderung nach einem bundesweiten kasseninternen Finanzausgleich zum Programm erhoben worden. Dagegen sprachen sich nur baden-württembergische Delegierte um den Bundestagsabgeordneten Klaus Kirchner aus. Sie forderten einen regionalen, kassenübergreifenden Risikoausgleich.

Die Vorstellung, man könne die Misere der AOKs durch einen AOK-internen Finanzausgleich beheben, ist nur auf den ersten Blick überzeugend. Richtig ist, daß es nicht allen AOKs schlecht geht. Wenn man den Beitragssatz als Indikator für den Zustand einer AOK nimmt, fällt ein deutliches Süd-Nord-Gefälle auf (siehe Kasten). Doch mit einem Lastenausgleich von Süd nach Nord wäre niemandem geholfen.

Würde man einen einfachen Finanzausgleich nach dem Muster der Krankenversicherung der Rentner vornehmen und die Leistungsausgaben der AOKs aus einem gemeinsamen Topf finanzieren, käme man derzeit auf einen einheitlichen Beitragssatz von 13,46 Prozent. Den momentan „gesunden“ süddeutschen AOKs, die ihren Beitragssatz um zwei Prozentpunkte und mehr erhöhen müßten, würden die



**In der Diskussion um Strukturveränderungen in der GKV steht bei den Krankenkassenverbänden St. Florian hoch im Kurs: Die eigene Kasse soll geschont, Änderungen nur bei den anderen vorgenommen werden**

Mitglieder in Scharen davonlaufen. Viele Unternehmen – zumal die mit hohem Lohnniveau – würden ihre Pläne zur Gründung einer BKK vorantreiben oder einfach aus der Schublade holen und ganze AOKs dadurch austrocknen. Nicht umsonst kursiert unter AOK-Vertretern der Spruch: „AOK Sindelfingen ist der Tarnname für die BKK Daimler-Benz.“ Binnen kurzer Zeit würde der Beitragssatz der „Bundes-AOK“, die ein solcher Finanzausgleich praktisch hervorbringen würde, die 14-Prozent-Grenze überschreiten. Damit wären die notleidenden AOKs wieder da, wo sie vorher schon waren; mit dem Unterschied, daß sie sich dann in der Gesellschaft der ehemals gutschätzten befinden.

**D**ie Vorschläge, die im Zusammenhang mit der GRG-Diskussion von den Krankenkasenverbänden gemacht wurden, um die Misere zu beenden, sind kaum diskussionswürdig. Steht doch bei ihnen St. Florian als Schutzpatron hoch im Kurs: Die eigene Kassenart soll möglichst verschont, Änderungen nur bei den anderen eingeführt werden. In der wissenschaftlichen Diskussion, wie zum Beispiel in der Enquete-Kommission zur Reform der GKV, ist man sich dagegen, ungeachtet aller sonstigen ideologischen und sachlichen Differenzen, darüber einig, daß die durch das berufsständische Gliederungsprinzip gegebenen Sonderrechte für die Ungleichgewichte im GKV-System verantwortlich sind. In ihrem Zwischenbericht kommt die ausgesprochen pluralistisch besetzte Enquete-Kommission zu der Auffassung, daß eine Organisationsreform in erster Linie zu gleichen Risikostrukturen führen und willkürliche Risikoselektionen, das „Rosinenpicken“, verhindern müsse. Allerdings werden in der Kommission unterschiedliche Wege befürwortet, um dieses Ziel zu erreichen.

„Jede Kasse muß um eine möglichst günstige Risikostruktur bemüht sein, um im Wettbewerb bestehen zu können, und wird – auch bei allgemeinem Kontrahierungszwang – Mittel und Wege finden, Versicherte mit niedrigem

Einkommen und/oder hohem Krankheitsrisiko „abzuwimmeln“, begründen die von SPD und Grünen benannten Sachverständigen der Kommission die Unvermeidbarkeit des Wettbewerbs mit dem Gedanken der solidarischen Krankenversicherung. Konsequenterweise plädieren sie im Grundsatz für eine regionale Einheitsversicherung, nehmen aber leider von diesem Vorschlag schnell wieder Abstand, weil auch nicht im Entferntesten an eine Unterstützung auf politischer Ebene gedacht werden kann. Was wohl nur zu realistisch ist. Statt dessen wird ein gegliedertes System mit völliger Wahlfreiheit bei Kontrahierungszwang, das heißt, die Kassen müssen alle Versicherungsberechtigten aufnehmen, gefordert. Ein Risikoausgleich soll für gleiche Versichertensstrukturen sorgen und einen Wettbewerb um „gute“ beziehungsweise gegen „schlechte“ Risiken weitgehend verhindern.

Die von der CDU/CSU und der FDP benannten Sachverständigen setzen dagegen allen historischen Erfahrungen zum Trotz auf die nivellierende Wirkung des Wettbewerbs. Die Einführung des Kontrahierungszwangs ist nach ihrer Ansicht ausreichend. Es sei dann jeder für seine Kassenwahl verantwortlich, und wenn jemand in eine Kasse mit hohen Beiträgen gerate, sei das sein Pech und keine soziale Unrechtfertigkeit, zumal er ja jederzeit wechseln könne. Einen kassenübergreifenden Risikoausgleich halten sie nur für eine Übergangszeit für erforderlich und das auch nur, wenn anders keine gleichen Startchancen für einen geordneten Wettbewerb unter den Kassen herzustellen seien.

Bemerkenswert ist dabei aber, daß selbst Gesundheitsökonomen, die sonst als Hohepriester der Marktwirtschaft bekannt sind, mittlerweile einschätzen, daß ohne kassenartenübergreifenden Risikoausgleich das Krankenversicherungssystem nicht zu sanieren ist. Zu diesem Ergebnis kommt zum Beispiel der Duisburger Ökonom Professor Cassel in einem Gutachten über die „Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der gesetzlichen Krankenversicherung“, das im Auftrag

des Bundesarbeitsministers erstellt wurde. Angeschlossen hat sich dieser Auffassung auch der Sachverständigenrat der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen.

**D**as Konzept eines Risikoausgleichs unter den Kassenarten könnte jedenfalls die enormen Beitragsunterschiede in der GKV überwinden. Auch wenn noch einige Fragen offen sind, zum Beispiel, ob man den Ausgleich bundesweit oder regional durchführen sollte. Die Enquete-Kommission hat sich dazu zwar noch nicht endgültig geäußert, gibt aber wohl im Gegensatz zum DGB mehrheitlich einer regionalen Lösung den Vorzug.

Daß einiges für einen regionalen Ausgleich spricht, wird am Beispiel der AOK Hamburg deutlich. Ihre durchschnittliche Grundlohnsumme liegt in etwa auf dem Niveau des Bundesdurchschnitts der GKV. Ein bundesweiter Ausgleich der Einkommensstrukturen würde ihr deshalb nicht weiterhelfen. Regional gesehen aber haben die Mitglieder der AOK Hamburg ein weit unterdurchschnittliches Einkommen. Eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen hat ergeben, daß der durchschnittliche Grundlohn der AOK Hamburg bei 85 Prozent des Durchschnittseinkommens der gesamten versicherungspflichtigen Beschäftigten der Hansestadt liegt. Ein regionaler Grundlohn ausgleich würde die Einnahmen der dortigen AOK um über 17 Prozent erhöhen und damit ihre wirtschaftliche Situation nachhaltig verbessern.

Am einfachsten könnte man das Problem natürlich durch eine Einheitsversicherung lösen. Die aber bleibt nach wie vor Utopie. Man kann froh sein, wenn überhaupt der Risikoausgleich politische Mehrheiten findet. Eher steht zu befürchten, daß die berufsständischen und betrieblichen Kassen ihre Interessen durchsetzen. „Dann wäre es ehrlicher“, so der norddeutsche AOK-Geschäftsführer, „wenn man die AOK gleich zur Rentner- und Arbeitslosenkasse macht.“ □

# SCHNUCKELCHEN?

**Brauchen Frauen, die Arzthelferin werden wollen, die Figur eines Fotomodells? Es scheint fast so, wenn man Fragen, die bei Einstellungsgesprächen gestellt werden, ernstnehmen würde. Zusätzlich wird von ihnen noch die sprichwörtliche Dickfelligkeit von Elefanten, die Genügsamkeit von Kamele und die Blödheit von Schafen verlangt. Ingeborg Simon und Birgit Schönwitz sprachen für dg mit zwei Auszubildenden aus Berlin, die diesen Idealen nichts abgewinnen können**



**dg:** Wir würden von Ihnen gerne Näheres über Ihre Ausbildungssituation erfahren. Mußten Sie sich oft bewerben, oder hat es mit der Stellensuche gleich geklappt?

**X:** Ich habe vom Arbeitsamt drei Stellen genannt bekommen. Bei zweien bin ich bei der Vorstellung nach meinen Maßen gefragt worden, also nach Oberweite und Taille und so. Die Stellen habe ich gleich fallengelassen.

**dg:** Wissen Sie, ob das nur eine extreme Ausnahme ist oder ob das häufiger vorkommt?

**X:** Nein, das weiß ich nicht. Mir ist es einmal passiert.

**dg:** Ist es Ihnen ähnlich ergangen?

**Y:** Bei einem Anruf in einer Praxis wurde mir gesagt, daß man mich zu einem Vorstellungsgespräch einladen wolle, aber der Doktor hätte da noch ein paar Fragen. Man hat mich direkt zu ihm durchgestellt. Und der fragte mich dann, ob ich einen Freund hätte, ob ich gebunden wäre, ob ich Überstunden machen wolle und auch, welche Maße ich hätte. Ein Arzt hat gefragt: „Haben Sie etwas gegen Überstunden, die zu zweit ablaufen?“ Das kann man ja ziemlich eindeutig auffassen, und ich denke, daß das auch so gemeint war. Ein anderer Arzt, bei dem ich mich vorgestellt habe, hat auf meinen Verlobungsring geschenkt und gesagt: „Eigentlich paßt mir das gar nicht.“

**dg:** Was hat ihm daran nicht gepaßt?

**Y:** Er hat erklärt, daß seine Auszubildende bereit sein müsse, länger zu bleiben, und sie müsse auch nett zu ihrem Chef sein. Einen anderen Arzt hat gestört, daß ich nicht mehr bei meinen Eltern wohne. „Sie wohnen schon alleine“, hat er gesagt, „da weiß man ja gar

nicht, ob sie wirklich krank sind oder nur blau machen.“

**dg:** Kennen Sie solche Erfahrungen auch von Mitschülerinnen?

**X:** Nein, das haben wir tunlichst verschwiegen.

**dg:** Wie sehen denn die Arbeitszeiten bei Ihren Ausbildungsstellen aus?

**Y:** Ich fange morgens um acht Uhr an und arbeite bis ein Uhr. Dann habe ich bis halb vier Mittag und danach arbeite ich bis abends sieben oder halb acht. Manchmal kann ich auch früher gehen. Aber wenn meine Kollegin sagt, daß ich nach Hause gehen könnte, weil sie dableibt, dann mache ich das nicht, wenn ich sehe, was sie an Arbeit da liegen hat.

**dg:** Haben Sie genügend Zeit, Ihr Berichtsblatt zu schreiben, die Schularbeiten zu machen und zu lernen?

**Y:** Um das Berichtsblatt zu führen, kann ich mich in der Praxis nach hinten setzen und immer mal 20 Minuten abzwecken. Aber die Aufgaben für die Schule mache ich hauptsächlich am Wochenende, weil ich da mehr Ruhe habe. Meine Chefin ist in der Mittagspause auch in der Praxis und wieselt da herum und macht und tut, da kann ich mich nicht konzentrieren und lernen.

**dg:** Notieren Sie, auf wie viele Stunden Sie in der Woche kommen?

**Y:** Das ist unterschiedlich. Aber die 40 Stunden, die im Ausbildungsvortrag stehen, habe ich bisher noch nie erreicht.

**dg:** Rechnen Sie die Arbeit zu Hause mit ein?

**Y:** Wenn ich das mitrechne, käme ich auf 45 Stunden. Aber das habe ich nicht eingerechnet, weil ich in der Praxis lernen darf. Ich tue es nur nicht, weil ich mich da nicht konzentrieren kann.

**dg:** Kennen Sie die Arbeitszeiten Ihrer Mitschülerinnen?

**Y:** Manche arbeiten zehn Stunden am Tag. Zum Teil auch samstags. Da heißt es dann: „Kommen Sie doch mal Samstagvormittag und kleben Sie die EKGs ein.“ Dafür kriegen sie dann einen freien Tag, oder es wird ausgezahlt, je nachdem, wie der Arzt es möchte.

**X:** Ich kenne eine Mitschülerin, die arbeitet 48 Stunden in der Woche. Die hat auch nicht den freien Tag nach der Schule, der ihr zustehen würde.

**dg:** Sie haben in der Berufsschule einen Fragebogen zur Ausbildungssituation erstellt, was ist daraus geworden?

**Y:** Das war ein einschlägiger Antwortbogen, der anonym ausgefüllt werden

konnte. Die Ergebnisse wurden in der Schule ausgehängt, und wir haben sie auch an die Ärzteverbände und die Ärztekammer geschickt. Die Reaktionen der Ärztekammer stehen aber noch aus.

**dg:** Wann wurde die Aktion durchgeführt?

**Y:** Das war vor den Sommerferien.

**dg:** Da könnte eine Antwort ja langsam eintrudeln.

**Y:** Das finden wir auch, aber die Schule will da auch noch einmal nachhaken.

**dg:** Welche Ergebnisse waren für Sie denn besonders bemerkenswert?

**X:** Zum Beispiel, daß Auszubildende alleine Hausbesuche machen und dabei IV-Spritzen geben müssen. Daß viele Auszubildende nach der Arbeitszeit noch die Praxis putzen oder mit dem Hund des Chefs Gassi gehen, auf die Kinder der Chefin achtgeben, die privaten Einkäufe für die ganze Praxis erledigen. Zwei Zahntechnikerinnen hatten angegeben, daß sie nur die Hälfte ihrer Ausbildungsvergütung bekommen, und eine von ihnen bekommt keinen Urlaub. Was ganz deutlich herausgekommen ist, daß sich die Ärzte nicht um die Ausbildung kümmern. Die Auszubildenden haben häufig keinen Ansprechpartner, auch was das Berichtsblatt angeht, da stehen sie auf verlorenem Posten. Sie müssen schon, wie sie mit dem Gelernten fertig werden, Hauptsache, es ist eine Arbeitskraft da. Bei den Arbeitszeiten haben sehr viele angekreuzt, daß sie zwischen 40 und 50 Stunden arbeiten, zum Teil auch solche, die unter das Jugendarbeitsschutzgesetz fallen.

**Y:** Manche Ärzte scheinen es nicht für nötig zu halten, ihre Auszubildenden zum Schulbesuch anzuhalten. Die werden einfach Dienstag morgens in die Praxis beordert und bekommen dann ein Entschuldigungsschreiben. Manche Leute sieht man nur zweimal im ganzen Schuljahr. Und wenn der Lehrer den Arzt anruft, bekommt er zu hören: „Meine Auszubildende muß selbst wissen, was sie tut, sie ist alt genug.“ Viele gehen nicht zur Schule, weil ihr Arzt das nicht will, da sie in der Praxis gebraucht werden.

**dg:** Können Sie uns etwas zur Hygiene sagen, zum Beispiel, wie der Umgang mit Blut in der Praxis gehandhabt wird?

**Y:** Bei der Umfrage kam zu Tage, daß das sehr lässig gehandhabt wird. Zum Beispiel bekommen manche Auszubildenden keine Handschuhe, daß sie mit dem Urin oder Serum munter herumplatschen können. Es sind nicht genügend Geräte vorhanden, wie Bälle zum Pipettieren. Einzig der Umgang mit dem Sterilisator war durchgängig bekannt.

**Unsere Fragebogenaktion hat ergeben, daß Auszubildende alleine Hausbesuche machen müssen, mit dem Hund des Chefs Gassi gehen, die privaten Einkäufe erledigen. Zwei Zahntechnikerinnen bekommen nur die Hälfte der Ausbildungsvergütung, eine von ihnen keinen Urlaub.**

**X:** Ich mußte am Anfang meiner Ausbildung mit dem Mund pipettieren. Gummihandschuhe habe ich erst bekommen, als ich meine Chefin darauf angesprochen habe. Ich mußte Hausbesuche alleine machen und die Untersuchungen durchführen und den Patienten auch die Befunde mitteilen. Ich sollte ihnen sagen, wie viele Tabletten sie nehmen sollten, wie viel Insulin sie spritzen sollten. Dabei kann ich das gar nicht aufgrund meiner Ausbildung, außerdem ist das doch eine ärztliche Aufgabe. Das Photometer ist mir einmal kurz erklärt worden, dann saß ich an dem Gerät nach dem Motto „Na, nun mach mal“, die Chefin war da schon nach Hause gegangen.

**dg:** Sie sollten also eine Blutanalyse machen, ohne daß jemand ansprechbar war und ohne daß Sie Routine dabei hatten?

**X:** Ja, ich sollte das alleine auswerten.

**dg:** Haben Sie sich wegen der Zustände schon an die Berufsgenossenschaft gewandt?

**X:** Ja, weil ich nicht wollte, daß noch weitere Arzthelferinnen da ausgebildet werden sollten. Aber bei der Berufsgenossenschaft wußten sie zunächst gar nicht, an wen sie mich weiterverbinden sollten. Schließlich hat mir einer gesagt, sie könnten anonymen Anrufern nicht nachgehen, außerdem wären sie nur für Durchgangsärzte zuständig. Ich habe mich dann auch an die Ärztekammer gewandt, weil ich die Praxis wechseln wollte, aber die haben mich zunächst nur vertröstet. Es könnte ja einmal ein Ausbildungsberater in die Praxis kommen, ich sollte zunächst einmal mit der Ärztin sprechen, weil sie mir ja kündigen könnte oder den Wechsel verweigern. Außerdem könnte man nicht laufend die Praxis wechseln, das ging ► dg 17

ja später als ausgebildete Arzthelferin auch nicht.

**dg:** Man hat Ihnen nicht gesagt, daß Ihnen gar nicht gekündigt werden kann?

**X:** Nein.

**dg:** Helferinnen dürfen keine Spritzen geben und auch nicht aus der Vene Blut abnehmen. Wie wird das in Ihrer Praxis gehandhabt?

**Y:** Ich muß nicht, aber während meines Praktikums war ich da ganz scharf drauf, weil ich dachte, das ist eine Lücke in der Ausbildung. Und so ganz falsch ist das ja nicht, weil die Ärzte es verlangen. Übrigens wird auch in unserem Lehrbuch erklärt, wie man eine IM-Spritze setzt.

**dg:** Sind die Mängel in der Ausbildung oder die mangelnde Hygiene in der Praxis Thema in der Klasse?

**Y:** Es ist schon ein Thema, nur wenn einmal nachgehakt wird, zum Beispiel von unserem Lehrer, dann ist immer Stillschweigen, aus Angst, das könnte zur Praxis durchdringen.

**dg:** Kommt es häufig vor, daß Schülerinnen ihren Ausbildungsplatz wechseln?

**X:** Es ist nicht selten, daß Auszubildende die Praxis wechseln. Das kommt im ersten, im zweiten und auch im dritten Ausbildungsjahr vor. Ich kenne Schülerinnen, die bereits viermal gewechselt haben, weil sie mit der Ausbildungssituation nicht einverstanden waren.

**Y:** Ein Problem ist dabei, daß man dem neuen Chef erklären muß, warum man wechselt will. Aber wenn man bei der alten Stelle ein gutes Verhältnis zum Chef hatte, obwohl die Ausbildung nicht gut war, dann will man ihn ja nicht in die Pfanne hauen. Und wenn man die Tatsachen berichtet, weiß man nicht, ob der neue nicht denkt, daß kommt eine typische Querulantin, die ihren Chef anschwärzt, die nehmen wir lieber nicht. Also hält man doch lieber mit den Tatsachen hinter dem Berg.

**dg:** Es gibt viele Arzthelferinnen, die aus dem Beruf fort wollen, weil es keine Weiterbildungsmöglichkeiten gibt und weil die Bezahlung bescheiden bleibt. Wie sehen Sie ihre Berufsperspektive?

**Y:** Ich will nicht Arzthelferin bleiben. Ein Jahr Berufserfahrung will ich vielleicht sammeln, aber dann will ich mir etwas anderes suchen. Wo man auch ein bißchen höher kommt, wenn man Leistung bringt. Ich meine, so schlecht ist der Job zwar nicht, zumindest wenn man eine so gute Stelle hat wie ich. Aber was man auf der anderen Seite für Nerven braucht, auch wegen der Patienten. Und dann die Arbeitszeiten und dafür nur ein popeliges Gehalt. Wenn ich im 30. Berufsjahr bin, bekomme ich ein Bruttogehalt, das dem jetzigen Nettoeinkommen meines Mannes entspricht, der als Dachdecker arbeitet.

**X:** Allein, was man sich von den Patienten anhören muß: „Schnuckelchen, Schätzchen, Kleine.“ Ich habe einmal einem Patienten gesagt, daß ich einen Namen habe und nicht das „Schätzchen“ bin. Der hat das der Ärztin gesagt, und ich habe von ihr direkt eins auf den Deckel gekriegt. Nach dem, was ich in den zwei Jahren meiner Ausbildung mitgekriegt habe, werde ich auch irgendwann schen, daß ich die Kurve kriege. Ich muß mich doch nicht behandeln lassen wie ein kleines Dummenchen, das nichts kann. □

Anzeige:

**W**enn die Gedanken an Rosa Luxemburg Sie schon oft beschäftigt haben, sollten Sie diesen Roman lesen:



Der erste Roman über Rosa Luxemburg und die leidenschaftliche, verborgene und gescheiterte Liebe zwischen ihr und Leo Jogiches.

Horst Hensel  
**Die Sehnsucht der Rosa Luxemburg**  
179 Seiten, DM 19,80  
Ein Weltkreis-Buch

Weltkreis

**Unsere Bücher sind Lebens-Mittel.**  
**PAHL-RUGENSTEIN**

# Register 1988

## Heft 1/88 bis 12/88

### Aids

- 1/88 6 Mehr für als gegen Kasten zur Anerkennung einer HIV-Infektion als Berufskrankheit  
10 Zwecklos? Zur psychosozialen Versorgung von Aids-Positiven  
4/88 7 Alle sauber? Kasten zu HIV-Tests bei Patienten und Beschäftigten im Aachener Klinikum  
5/88 34 Unsinn HIV-Zwangstests im Krankenhaus  
6/88 10 Schwarz, weiß oder grau? Das Essener Methadonprogramm für HIV-Infizierte  
20 Aids und Drogen Strategiepapier der Deutschen Aidshilfe  
7-8/88 39 Kontrapunkt ÖTV zu Aids im Krankenhaus  
9/88 28 „Nur im Hinterstübchen“ Interview mit einer Mitarbeiterin eines Jugendamts zur Vermittlung von HIV-positiven Kindern  
12/88 19 Infektionsrisiko durch HIV in Klinik und Praxis. Gefährdungspotential und Prävention Von Professor Peter Naumann  
36 Offenbar anders, dramatischer dg-Interview mit Dr. Hans Jäger über die besondere Betroffenheit HIV-infizierter Frauen

### Aktuelle Gesundheitspolitik

- 1/88 19 Die Versorgung Pflegebedürftiger Daten zur Gesundheits- und Sozialpolitik  
21 Gesundheitsförderung im informellen Bereich Von Alf Trojan, Christiane Deneke, Michael Faltis und Helmut Hildebrandt  
2/88 7 Einsichtsfähig? Kasten zur geplanten Privatisierung des LKH Tiefenbrunn  
10 Von Nobbys Stammtisch Strukturreform im Gesundheitswesen  
13 Das Blümpaket Geplante Einsparungen im Gesundheitsreformgesetz  
15 Risiko-Struktur-Analyse der AOK Dortmund  
23 Die Versorgung Pflegebedürftiger Fortsetzung aus dg 1/88  
3/88 2 Dilemma Kommentar von Norbert Mappes-Niediek zum Problem des Datenschutzes im Gesundheitsreformgesetz  
14 Einstieg in den Einstieg Ambulante Pflege und Strukturreform  
23 Das 4,8-Milliarden-Ding Strukturreform und Pharmaindustrie  
28 „Die Politiker erklären uns für übergescannt“ dg-Interview mit Klaus Dörner  
4/88 2 Mit Spielgeld an die Börse? Kommentar von Norbert Andersch zur Gesundheitspolitik der Gewerkschaft  
18 Die Finanzierung der Versorgung Pflegebedürftiger Daten zur Gesundheits- und Sozialpolitik  
23 Fallpauschalen – Ein Preissystem für Krankenhausleistungen? Von Erich Standfest  
29 Mit Gips ins Büro Teilarbeitsfähigkeit soll Kosten senken  
34 Back to the Sixties Kahlschlag im Landschaftsverband Rheinland

### Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

- 1/88 24 Endstation Alltag auf einer psychiatrischen Station. Teil II  
28 Ausbrennen Die Helfer auf Krebsstationen

- 2/88 24 's war immer so, 's war immer so Krankenschwestern durch DRK-Verträge benachteiligt  
34 Endstation Alltag auf einer psychiatrischen Station. Teil III  
3/88 19 Überlegungen zur sozialverträglichen Gestaltung integrierter EDV-Anwendungen im Krankenhaus  
32 Der Fall Bernbeck Ein Lehrstück über die Hierarchie  
4/88 7 Alle sauber? Kasten zu HIV-Tests bei Patienten und Beschäftigten am Aachener Klinikum  
12 Pst! Schweigepflicht Datenschutz im Krankenhaus  
5/88 34 Unsinn HIV-Zwangstests im Krankenhaus  
7-8/88 2 Sand ins Getriebe Kommentar von Norbert Andersch zur Krankenhauspolitik  
39 Kontrapunkt ÖTV zu Aids im Krankenhaus  
42 Aushalten oder Aussteigen Fluktuation bei Krankenschwestern  
48 Lirum, larum, Löffelstiel In der Krankenhausküche  
9/88 24 Helferische Streik am Reha-Zentrum Hohenhonnef  
30 Texasklinik Bremen Korruptionskandal am Zentral-Krankenhaus St.-Jürgen-Straße  
10/88 2 Entweder – oder. Kommentar von Bettina Kolmar zum Pflegenotstand  
16 Verlogenes Getue Wie linke Ärzte mit Ihren Helferinnen umgehen  
22 Klinikelgene Kinderbetreuung Fragebogen der Personalvertretung der Universitätsklinik Ulm  
28 Nichts mehr wie früher Streik in Hohenhonnef  
11/88 3 ... dann trinkt man eben Kaffee Kommentar zum Pflegenotstand von Annette Schwarzenau  
19 Gewissen und Eigenverantwortung im Arbeitsleben Eine arbeitsrechtliche Bewertung des Neusser Ärzteprozesses  
32 Inhaltslose Kügelchen? Ein Heilpraktiker berichtet über seine Arbeit  
12/88 18 Offenes Geheimnis Arzthelferinnen sollen schweigen  
19 Infektionsrisiko durch HIV in Klinik und Praxis. Gefährdungspotential und Prävention Von Professor Peter Naumann

### Arbeitsmedizin

- 1/88 8 Streß oder Strahlen? Kasten zur Gefährdung von Schwangerschaften durch Bildschirmarbeit  
11/88 12 Am Sessel gesägt Von der normativen Kraft des Utopischen oder „Das klassenlose Krankenhaus“  
31 „1984“ ist vorbei Rolf Kegel, Die Grünen, zum Datenschutz im GRG  
12/88 2 Datenboykott gegen Blüm Kommentar von Michael Wunder, Die Grünen, zum Datenschutz im GRG  
26 ÖTV-Vorschläge zum Pflegenotstand
- 2/88 32 Geheimbezirke Zur engen Zusammenarbeit von SS und Betriebsärzten  
4/88 29 Mit Gips ins Büro Teilarbeitsfähigkeit soll Kosten senken  
7-8/88 36 Ganz egal Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz

### Ausbildung

- 1/88 18 Neuland Zweiter Kongreß der Medizinfachschaften in Köln  
1/88 26 Muff raus! Thesen zum Krankenpflegeunterricht  
3/88 7 Kein Ausstieg Kasten zur Auseinandersetzung der Studenten mit dem AIP



9/88	24	Helferische Streik am Reha-Zentrum Hohen-honf	11/88	21	Gesundheitswesen und traditionelle Medizin in Botswana	7-8/88	40	Wem dieser Herren würden Sie ver-trauen? Von Jutta Karras gezeichnete Psy-choanalytiker
10/88	24	Geredet ist genug Zum Gesundheitsreformgesetz		23	Euro-Genetik Forschungsprogramm zur Genom-analyse		55	„Nuts“ Ein Film über sexuellen Mißbrauch von Mädchen
	28	Nichts mehr wie vorher Streik am Reha-Zentrum Hohen-honf		24	„Wir experimentieren mit einer Mo-dellsellschaft“ Interview mit Dr. Mickey Iyambo, SWAPO	12/88	28	Dr. Brinkmann lebt Neues aus der Schwarzwaldklinik
11/88	28	IWF-Syndrom Aktionen gegen den Pflegenotstand In Berlin	12/88	10	Spendet für Nicaragua! Aktion 5 Prozent vom Weihnachts-geld			
12/88	26	ÖTV-Vorschläge zum Pflegenot-stand						
<b>Historisches</b>								
1/88	2	Ein neuer erster Schritt? Kommentar von Renate Jäckle zur Sterilisation geistig Behindter	1/88	19	Die Versorgung Pflegebedürftiger Daten zur Gesundheits- und Sozial-politik	1/88	10	Zwecklos? Zur psychosozialen Versorgung von HIV-Positiven
	16	Deutsche Jagdszenen Die Bundesärztekammer und die Vergangenheit		23	Im Weihrauchdunst Skandal in Warendorfer Pflege-heimen		19	Die Versorgung Pflegebedürftiger Daten zur Gesundheits- und Sozial-politik
2/88	32	Geheimbezirke? Zur Zusammenarbeit von SS und Betriebsärzten		24	Endstation Alltag auf einer psychiatrischen Sta-tion, Teil II		21	Gesundheitsförderung im informel- len Bereich
4/88	26	Unter dem großen Jesuswort Bericht einer Zwangssterilisierten		26	Muff raus! Thesen zum Krankenpflegeunter-richt		24	Endstation Alltag auf einer psychiatrischen Sta-tion, Teil II
	32	KZ-Traumen Die Auschwitz-Hefte der „Przeglad Lekarski“		28	Ausbrennen Die Helfer auf Krebstationen		2/88	16
6/88	32	Oswiecim – Auschwitz Ein Besuch im März 1988	2/88	23	Die Versorgung Pflegebedürftiger Fortsetzung aus dg 1/88		19	British disease – british cure Krise im britischen Gesundheits-wesen
7-8/88	52	Störfall besonderer Art 125 Jahre Bayer		24	‘s war immer so, ‘s war immer so Krankenschwestern durch DRK-Verträge benachteiligt		23	Die Versorgung Pflegebedürftiger Fortsetzung aus dg 1/88
10/88	23	Forever young Zehn Jahre Gesundheitsläden Berlin		34	Endstation Alltag in Psychiatrie, Teil III		34	Endstation Alltag in der Psychiatrie, Teil III
	28	Mit zwei Pünktchen versehen Schicksale Münchner Ärzte	3/88	10	Traumjob Ambulante Krankenpflege		3/88	14
11/88	12	Am Sessel gesägt Von der normativen Kraft des Utopi-schen oder „Das klassenlose Kran-kenhaus“		14	Einstieg in den Einstieg Kommentar zur geplanten „Absi-cherung“ des Pflegerisikos von Klaus Priester		30	„Anne, Anne!“ Türkische Kinder im Krankenhaus
12/88	34	100 Jahre deutscher Rassismus Eine Ausstellung in Köln Das ist ein Auffülltext Das ist ein	4/88	19	Die Finanzierung der Versorgung Pflegebedürftiger		4/88	12
<b>Internationales</b>								
1/88	32	Nur nach Vorschrift Folter in türkischen Gefängnissen		22	Einplanung des Gesundheitswe-sens für Verteidigungsbelange		19	Pst! Schweigepflicht! Datenschutz im Krankenhaus
2/88	16	British disease – british cure Krise im britischen Gesundheits-wesen	5/88	24	Auf zum Kadit Müssen Unterrichtskräfte ihre Aus-bildung selbst zahlen?		28	Die Finanzierung der Versorgung Pflegebedürftiger
	28	Medizin mit nichts Ein Bericht aus Vietnam	7-8/88	34	Einnehmende Wesen Besuch beim DBfK		29	Mit Gips ins Büro Teilarbeitsfähigkeit soll Kosten senken
3/88	16	„Äußerstnotwendig“ Ein Kommentar von Jewgenij Tscha-sow über die Umgestaltung des so-wjetischen Gesundheitswesens		42	Aushalten oder Aussteigen Fluktuation bei Krankenschwestern		34	Back to the Sixties Kahlschlag im Landschaftsverband Rheinland
	30	„Anne, Anne!“ Türkische Kinder im Krankenhaus	9/88	24	Helferische Streik am Reha-Zentrum Hohen-honf		5/88	8
5/88	19	Psychiatrie in der UdSSR Ein Bericht über Marina Pristawka		34	Jongleure am Werk Was bewirkt der Kahlschlag des LVR in der Mönchengladbacher Landesklinik?		19	Gesundheit braucht soziale Energie Aufruf des Initiativkreises „Gesund-heitsakademie“
	21	Was verändert sich in der Psychia-trie der UdSSR? Von Alexander Tschurkin, Chef-psychiater im Gesundheitsministe-rium der UdSSR	10/88	24	Geredet ist genug Zum Gesundheitsreformgesetz		23	Genug der Ehre Ulf Fink will mehr unbezahlte Pa-tientenversorgung
	30	„Wir hielten uns für gut informiert“ Eindrücke aus Südafrika		28	Nichts mehr wie vorher Streik am Reha-Zentrum Hohen-honf		34	Unsinn Zwangstests für Mitarbeiter und Pa-tienten
	31	Cry freedom Filmkritik von Peter Schröder	11/88	28	IWF-Syndrom Aktionen gegen den Pflegenotstand in Berlin		6/88	10
6/88	34	Totalausfall Zur gesundheitlichen Versorgung im Libanon	12/88	26	ÖTV-Vorschläge zum Pflegenot-stand		15	Schwarz, weiß oder grau Methadon für HIV-Infizierte
	9	Triage auf Englisch Kasten zum Zivilschutz in Großbri-tannien					15	„Es gibt doch den hippokratischen Eid“ Interview in der Essener Drogenbe-ratungsstelle
	46	„EInmal sehen ist besser als hun-dertmal hören“ Ein Bericht aus Vietnam	7-8/88	2	Sand ins Getriebe Kommentar von Norbert Andersch zur Krankenhauspolitik		7-8/88	2
9/88	26	Ärztetourismus Ein Bericht aus Kalkutta					27	Mißbrauch angelegt Grünen-Hearing zur Zwangssterili-sation
	32	Wiener Premiere Europäische Pflegekonferenz der WHO					28	Zur Problematik der Sterilisation einwilligungsunfähiger Mädchen. Vom Bundesministe-rium der Justiz
10/88	18	Klein, aber fein Tagung der École Dispersé de Santé	3/88	18	Genie und Wahnsinn Betr.: Ausrottung der deutschen Hochintelligenz		31	Die Lebenssituation von Betroffe-nen außerhalb von Einrichtungen. Von Ingrid Häusler, Die Grünen
			3/88	26	Noch normal? Krankheit und Gesundheit in der Kunst		32	Kein neues Sterilisationsgesetz. Von Michael Wunder, Die Grünen
				34	Herrenwitze „Medical Tribune“ und einfacher Sexismus		9/88	2
			4/88	18	Herztransaktion Medical Science Fiction		10	Teurer Selbstbetrug Kommentar von Edi Erken zur Ho-möopathie
			5/88	31	Cry freedom Filmkritik von Peter Schröder		10	Beim Gen-TÜV Humangenetische Beratungsstellen
				32	Licht aus ZDF-Serie „Sexualität heute“		28	„Nur im Hinterstübchen“ Interview mit einer Mitarbeiterin ei-nes Jugendamts zur Vermittlung HIV-positiver Kinder

				<b>Psychiatrie</b>	
10/88	10	Messer im Kopf Sexueller Kindesmißbrauch	2/88	24 Endstation Alltag auf einer psychiatrischen Station, Teil II	16 Deutsche Jagdszenen Die Bundesärztekammer und die Vergangenheit
11/88	8	Apparat gut Zur Entwicklung der Lithotrypsie	3/88	7 Einsichtsfähig? Kasten zur geplanten Privatisierung des LKH Tiefenbrunn	18 Genie und Wahnsinn Betr.: Ausrottung der deutschen Hochintelligenz
11/88	8	Arzeistabilisierte Gesellschaft Kasten zum Arzneiverordnungs-Report des WldO	3/88	34 Endstation Alltag in der Psychiatrie, Teil III	32 Der Fall Bernbeck Ein Lehrstück über die Hierarchie
12/88	12	Am Sessel gesägt Von der normativen Kraft des Utopischen oder „Das klassenlose Krankenhaus“	3/88	21 Kein neues Sterilisationsgesetz Aktualisierter Appell des AK zur Geschichte der „Euthanasie“	34 Herrenwitze „Medical Tribune“ und einfacher Sexismus
12/88	32	Inhaltslose Kügelchen? Ein Heilpraktiker berichtet über seine Arbeit	4/88	26 Noch normal? Krankheit und Gesundheit in der Kunst	8 Entrümpelung Kasten zum neuen Heilberufsgesetz in NRW
12/88	36	Offenbar anders, dramatischer dg-Interview mit Dr. Hans Jäger zur besonderen Betroffenheit HIV-infizierter Frauen	4/88	28 Die Politiker erklären uns für übergeschnappt Interview mit Klaus Dörner	28 Zyniker im Ärzteblatt Ärztliches Gewissen und Kriegsvorbereitung
			5/88	26 Unter dem großen Jesuswort Bericht einer Zwangssterilisierten	6/88 18 Gebetsmühle Der 91. Deutsche Ärztetag
			5/88	19 Psychiatrie in der UdSSR Ein Bericht über Marina Pristawka	19 Entschließungsantrag der oppositionellen Delegierten auf dem 91. Ärztetag zur Strukturreform
			5/88	21 Was verändert sich in der Psychiatrie der UdSSR? Von Alexander Tschurkin, Chef-psychiater im Gesundheitsministerium der UdSSR	6/88 30 Wenn's ums Geld geht Marionetten in der Berliner Ärztekammer?
			9/88	34 Jongleure am Werk Was bewirkt der Kahlschlag des LVR in der Mönchengladbacher Landesklinik?	7-8/88 12 Eine Dame gefällig? Zur beruflichen Situation von Ärztinnen
					10/88 16 Verlogenes Getue Wie linke Ärzte mit ihren Helferinnen umgehen
					11/88 26 Die letzten Reserve Demokratie in den Ärztekammern
					27 Pappkameraden in der hessischen Ärztekammer
					12/88 18 Offenes Geheimnis Arzthelferinnen sollen schweigen
				<b>Satire</b>	<b>Umwelt</b>
			3/88	18 Genie und Wahnsinn Betr.: Ausrottung der deutschen Hochintelligenz	1/88 5 Apfel, Nuß und Mandelkern Kasten zur radioaktiven Belastung von Lebensmitteln
			4/88	18 Herztransaktion	8 Streß oder Strahlen Kasten zur gesundheitlichen Belastung durch Bildschirmarbeit
			11/88	35 Zwei Schreiben	2 Kriminelle Energie Kommentar zum „Atommülltourismus“ von Peter Walger
			12/88	5 Vorsicht: Satire Fragen an die Bundesregierung zur Rheinverschmutzung	5 Ausschleichen Kasten zur radioaktiven Belastung von Lebensmitteln
			28	28 Dr. Brinkmann lebt	18 Atomversuch im Lände Freilandversuche der Universität Tübingen
			41	41 Das lieben wir Bemerkungen zu Anzeigen in Ärzteblättern	4/88 24 Mit Rebellen Symposion über die Wirkung niedriger Strahlendosen
					5/88 7 Schwankend Kasten zur radioaktiven Belastung von Lebensmitteln
					12/88 7 Wie die gesengten Säue Raserei und Unfälle
					15 Tempo 100 Interview mit Franz-Josef Antweper, Kölner Regierungspräsident
					7-8/88 7 Prost! Kasten zur radioaktiven Belastung von Lebensmitteln
					10/88 34 Krach, laß nach! Verkehrslärm macht krank
					11/88 7 „Heile Vielfalt“ Kasten zur radioaktiven Belastung von Lebensmitteln
					12/88 5 Vorsicht: Satire Fragen an die Bundesregierung zur Rheinverschmutzung
					12/88 5 Wurm drin Das lange Lied der Dioxine
				<b>Selbsthilfe</b>	<b>Verschiedenes</b>
			5/88	8 Gesundheit braucht soziale Energie Aufruf des Initiativkreises „Gesundheitsakademie“	1/88 34 Je kaputter ich aussehe... „Berber“ in der Bundesrepublik
			10/88	23 Forever young? Zehn Jahre Gesundheitsladen Berlin	
			11/88	9 Bewegungshasen Kasten zur Gründung der Gesundheitsakademie	
				<b>Sexualität</b>	
			2/88	34 Endstation Alltag in der Psychiatrie, Teil III	
			3/88	34 Herrenwitze „Medical Tribune“ und einfacher Sexismus	
			5/88	2 Zucht und Ordnung Kommentar zum Embryonen-schutzgesetz von Karin Kieseyar	
			6/88	32 Licht aus ZDF-Serie „Sexualität heute“	
			6/88	21 Gesetzentwurf des Bundesjustizministeriums zum Embryonenschutz Gesetzentwurf der Grünen zum Fortpflanzungsschutz	
			10/88	10 Messer im Kopf Sexueller Kindesmißbrauch	
			12/88	36 Offenbar anders, dramatischer dg-Interview mit Dr. Hans Jäger zur besonderen Betroffenheit von HIV-infizierten Frauen	
				<b>Standespolitik</b>	
			1/88	2 Ein neuer erster Schritt? Kommentar von Renate Jäckle über	

# Tödliche Experimente?

## Studie zur Gabe von Streptokinase und ASS bei akutem Herzinfarkt

**psch – Die These, daß Wissenschaft „wertfrei“ sei, hat in der vorliegenden Studie eine makabre Bedeutung bekommen.**

**Wurde über den „Wert“ des Lebens von Patienten „frei“ verfügt?**

Im Herbst 1988 wird von den Behringwerken, einer Hoechst-Tochter, eine von ihr bezahlte wissenschaftliche Studie vorgestellt. Das hausige Magazin „Die gelben Blätter“, verkündet dazu: „In einer groß angelegten, internationalen Studie, an der sich 417 Krankenhäuser beteiligten, wurde nunmehr der Erfolg einer fibrinolytischen Therapie (die den Pflaster in den Herzkrankgefäßen auflöst – psch) an 17 187 Herzinfarktpatienten überprüft.“ Neu sind die Erkenntnisse nicht. Schon seit Jahren ist bekannt und in zahlreichen Studien belegt, daß Medikamente wie Streptokinase die Sterblichkeit beim akuten Herzinfarkt senken können. Insgesamt wurde dieses Präparat im Rahmen von 85 Studien mit über 80 000 Patienten getestet. Alle Untersuchungen berichten übereinstimmend, daß der frühe Einsatz von Streptokinase – innerhalb von 24 Stunden – viele Herzinfarktpa-

tienten retten kann. Diese Behandlung „ist inzwischen anerkannter Bestandteil der Therapie des Myokardinfarkts“, wie in den „Gelben Blättern“ selbst bestätigt wird.

Dennoch wurde jetzt eine neue Untersuchung durchgeführt, die „ISIS 2-Studie“ (Second Intern. Study of Infarct Survival). Vier randomisierte, das heißt, nach dem Zufallsprinzip „selektierte“ Patientengruppen erhielten eine unterschiedliche Therapie, nachdem sie einen akuten Herzinfarkt erlitten hatten. Die erste Gruppe bekam das Präparat Streptokinase, das von den Behringwerken für die Studie kostenlos zur Verfügung gestellt wurde. Die zweite Gruppe wurde mit Acetylsalicylsäure (ASS) – oder „Aspirin“, wie „Die Gelben Blätter“ unter Umgehung des Werbeverbots schreiben – behandelt. Die dritte Gruppe schließlich erhielt beide Präparate.

Soweit könnte das ganze Vorgehen in der Studie eventuell noch akzeptiert werden, obwohl das Vorenthalten der Streptokinase in der „Aspirin“-Gruppe schon bedenklich ist. Doch immerhin, auch ASS hat eine Wirkung beim akuten Infarkt. Die vierte Gruppe aber, die „Kontrollgruppe“, erhielt nur Placebo-Infusionen und Placebo-Tabletten.

Das „überraschende“ Ergebnis der Studie: Bei der Kombination der beiden Präparate war die Sterblichkeit deutlich niedriger als in der Kontroll- oder Placebogruppe. Auch in der Einzelbehandlung sank die Sterblichkeit, auf 22 Prozent bei der ASS-Gruppe und auf 25 Prozent bei der Streptokinase-Gruppe. Und so konnte wieder einmal bewiesen werden, daß manchmal Placebos doch nicht so gut wirken wie echte Medikamente.

Was mir dauernd durch den Kopf geht, seit ich diese Studie gelesen habe: Wer waren die Menschen in der Placebogruppe? Aus der Klinik kenne ich zahlreiche Herzinfarktpatienten, meistens Männer in fortgeschrittenem Alter, die vom Notarzt eingeliefert werden, sich krümmen vor Schmerzen, von

der Todesangst verzerrte Gesichter haben und um Hilfe flehen.

Die vier Gruppen in der 17 187 Patienten umfassenden Studie waren, wie man das von einer wissenschaftlichen Arbeit erwarten kann, gleich groß: 4300 Patienten haben also bei einem akuten Herzinfarkt keine angemessene Behandlung bekommen. 417 Krankenhäuser in aller Welt haben sich an dieser Studie beteiligt, also Hunderte, wenn nicht Tausende von Ärzten. Wenn sie von dieser Studie wußten, was man bezweifeln mag, dann haben sic gegen alle medizinische Erkenntnis 4300 Patienten nicht so behandelt, wie sie hätten behandelt werden können. Das Risiko zu sterben wurde um 2,3 Prozent erhöht. Geschah das immer mit Wissen der betroffenen Patienten, die nur mit ihrer Einwilligung an solchen Experimenten teilnehmen dürfen? Die Überlebensrate nach zwölf Monaten wird bei der Placebogruppe mit 81 Prozent angegeben. Das heißt, 19 Prozent = 817 Patienten, sind innerhalb eines Jahres nach dem Infarkt gestorben. In der Kombinationsgruppe starben 13 Prozent, das sind 558 Patienten.

Wurden also zweihundertneunundfünfzig Patienten der Wissenschaft geopfert? Wußten sie selbst, ihre Familien und Freunde davon, als sie ins Krankenhaus gebracht wurden, damit ihnen dort geholfen würde?

Ist ein einziger beteiligter Arzt wegen unterlassener Hilfeleistung angeklagt worden? Ist einer der Ärzte, die von den Firmen für solche Auftragsstudien gut entlohnt werden, wegen unethischen Verhaltens vor das Arztrecht gekommen? Ich fürchte, nein. Und an wievielen Kliniken machen weiterhin wieviele Ärzte für wieviel Geld Experimente an wieviele nichtahnenden Opfern? □

# NON OLET?



**Daß Geld nicht stinkt, wie der Lateiner sagt, kann nur behaupten, wer welches hat. Die Heftigkeit, mit der in der Berliner Fraktion Gesundheit um kleinste Honorarkürzungen bei Niedergelassenen gestritten wird, ist für Winfried Beck ein Indiz für das getrübte Geruchsempfinden mancher Kolleginnen und Kollegen**

Der Streit ist offen ausgebrochen. Der Allgemeinarzt Harald Abholz hat dem Internisten Ulrich Piltz – beide Mitglieder der Berliner Fraktion Gesundheit – im Prüfungsausschuß der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) als Vertreter der Krankenkassen gegenübergesessen und eine Honorarkürzung verfügt. Jetzt schreiben sie sich offene Briefe. Piltz fordert den Rücktritt von Abholz als Gebührenordnungsbeauftragter des Vorstandes der Berliner Ärztekammer. Abholz wirft Piltz Standesdenken und daraus resultierendes Nichtverstehen der Zusammenhänge vor. Der in Berlin aufgetretene Konflikt wird anderswo noch tabuisiert, schwelt aber, ausgelöst durch die veränderte Honorarsituation allerorten.

Hintergrund ist das Honorierungssystem ambulanter ärztlicher Tätigkeit. Niedergelassene Kassenärzte haben das Monopol ambulanter medizinischer Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung. Sie werden dafür nach einzelnen Leistungen honoriert. Für jede delegierte oder selbst durchgeführte Leistung gibt es eine Gebührenziffer, für die Anwendungen von Mikrowellen ebenso wie für eine ärztliche Untersuchung. Die Höhe der Ziffernwerte wird von der KV, in der alle Kassenärztinnen und -ärzte Mitglieder sind, ausgehandelt. In diesen „Tarifverhandlungen“ stehen dem Monolith KV rund 1000 verschiedene gesetzliche Krankenkassen gegenüber, mit dem Ergebnis, daß die Honorare jahrzehntelang schneller als alle anderen Einkommen stiegen, daß kein Land der westlichen Welt mehr für die ambulante medizinische Versorgung ausgibt als die Bundesrepublik.

Das Gerede von der Kostenexplosion im Gesundheitswesen – de facto sind die Ausgaben für Gesundheit gemessen am Bruttonzialprodukt seit 1975 gleichgeblieben – hatte auch für die Kassenärzte konkrete Auswirkungen. Seit 1986 sind die Gesamtausgaben der Kassen für die ambulante Versorgung gedeckelt, das heißt, sie wachsen nur noch entsprechend der Grundlohnsumme. Erstmals ist das Einkommen damit nicht mehr allein Ergebnis der aufgeschriebenen – erbrachten? – Gebührenziffern, also nicht mehr willkürlich und weitgehend unbegrenzt ausdehnbar.

Bleibe die Zahl der Leistungen unverändert, so stiegen die Einkommen der Kassenärzte entsprechend den Einkommen aller abhängig Beschäftigten. Da jedoch die Zahl der Kassenärzte zugenommen hat, müßte das Einzelleinkommen sinken. Um dies zu verhindern, erhöhen die Kassenärzte die Menge der Ziffern beziehungsweise der Leistungen. Bei Deckelung bedeutet dies einen sogenannten Punktwerterfall: Für die einzelne Leistung sinkt der Geldwert. Für das gleiche Geld muß mehr aufgeschrieben beziehungsweise gearbeitet werden. Während vor der Deckelung Ärzte mit hoher Gebühren-

menge die Kassen bluten ließen, wendet sich dieses Verhalten nun gegen die eigenen Kollegen. Je mehr einer dem Topf entnimmt, um so weniger bleibt für die andren übrig.

Um das System einigermaßen unter Kontrolle zu halten, gibt es sogenannte Prüfungsausschüsse. Diesen gehören sowohl Vertreter der KV als auch der Kassen an. Bei erheblicher Überschreitung des Durchschnitts einer Facharztruppe pro Krankenschein kann es zu einer Überprüfung der Verordnungsweise mit den möglichen Folgen einer Honorarkürzung kommen. Seit der Deckelung ist das Interesse der Kassen an diesen Prüfungen gesunken. Die gelegentlichen minimalen Kürzungen von Honoraren fließen ohnehin in den Topf zurück, eine Ausdehnung des Gesamthonorars ist ausgeschlossen. Für die KV geht es aber um ein wichtiges gemeinschaftliches Anliegen: die Verhinderung unkollegialer Auswüchse.

Gegen der Funktionäre der eigenen Selbstverwaltungsorgane bildete sich nun eine sogenannte KV-Opposition, in Berlin die „Schutzbund für kassenärztliche Rechte“. Gründungsväter sind die Mitglieder der Fraktion Gesundheit, Nehls und Fritz Piltz wurde später ebenfalls Mitglied. Die Schutzbund fordert die „Sprengung des Deckels“ bei Beibehaltung der Einzelleistungsvergütung, die Abschaffung der Kontrolle durch die KV, die alleinige Kontrolle durch „die Patienten“.

Harald Abholz sitzt nun bemerkenswerterweise als Vertreter der Betriebskrankenkassen und damit der Patienten im Prüfungsausschuß, weil ihm, wie er schreibt, „die Seite der Versicherten mehr als die der Standesvertreter“ liegt. Für Piltz ist dies Verrat. Er lasse sich von dem „Ankläger Abholz und seinesgleichen“ nicht beugen und werde sich weiterhin gegen „Eingriffe in seine ärztliche Freiheit mit allen Mitteln wehren“. Allerdings waren die materiellen Auswirkungen der Überprüfung vernachlässigbar. Die Kürzung war geringer als der Fallwert eines einzelnen Patienten aus der Praxis Piltz. Abholz hält denn auch die Prüfung für einen zur Farce degenerierten Ritus: Erst bei Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts von mehr als 200 Prozent, meist von 300 bis 650 Prozent, finde eine Prüfung statt, die Kürzungen seien dann so gering, daß sich diese Methode der Honorarerhöhung allemal lohne.

Der Konflikt in der Fraktion Gesundheit ist nur der vorläufige Höhepunkt einer in deren Mittwochsbrief geführten Auseinandersetzung. Ein Teil der Kassenärzte fühlt sich schon länger in ihren angeblichen materiellen Nöten von der Fraktion Gesundheit im Stich gelassen. Konkret wird vorgerechnet, wie wenig Geld einem Kassenarzt zum Leben bleibt, kaum überprüfbar, aber bemerkens-

wert im Ausmaß der drohenden Verelendung. Nun gibt es tatsächlich niedrige Einkommen bei einigen Kassenärzten. Da es sich aber bei der Eröffnung einer Praxis um eine unternehmerische Entscheidung handelt, spielen hier offensichtlich Fehlentscheidungen bei der Standortwahl der Praxis oder den Investitionen eine Rolle. Die vorhandenen, überprüfbaren Zahlen zeigen jedenfalls ein anderes Bild.

Unter den Freiberuflern haben die Ärzte nach den Zahnärzten unverändert die zweithöchsten Einkünfte (nach Abzug der Kosten, vor Steuern). 1983 betrugen sie 179 582 Mark pro Jahr. Die Einkünfte der Architekten lagen im gleichen Jahr bei 90 698 Mark. Von 1954 bis 1980 hatten sich die Einkommen der Ärzte mehr als verzehnfacht – von 16 205 auf 180 858 Mark – bei den Architekten nur verdreifacht – von 30 886 auf 91 625 Mark – und bei Arbeitnehmern, allerdings auf wesentlich niedrigerem Niveau, versiebenfacht: von 4969 auf 36 633 Mark. In absoluten Zahlen betrug der Zuwachs bei Arbeitnehmern 31 664, bei Ärzten hingegen 164 653 Mark. Laut Handelsblatt vom 24. Juni 1988 nutzten Freiberufler außerdem in zunehmendem Maße die Möglichkeit, Einkünfte und Verluste, wie Vermietung und Verpachtung, Bauherrenmodelle etcetera miteinander zu verrechnen und so den Steuersatz zusätzlich um circa 12 bis 17 Prozent zu senken.

Die Streuung der Einkommen unter den Kassenärzten ist allerdings erheblich. Laborärzte versteuern laut Steuerveranlagung 1985 jährlich durchschnittlich 692 000 Mark, Kinderärzte nur 132 000 Mark. Nach Berechnung der AOK hatten 1980 21,7 Prozent der Ärzte, also jeder fünfte, Einkünfte von weniger als 75 000 Mark, etwa genauso viel (21,6 Prozent) verfügten über mehr als 250 000 Mark und immerhin 3,4 Prozent versteuerten mehr als eine Million Mark jährlich. Diese erheblichen Unterschiede sind weder durch unterschiedliche Arbeitszeit, Arbeitsintensität, Ausbildung und schon gar nicht durch das Ausmaß der Zuwendung zum Patienten begründet, und die Einkommensschere öffnet sich von Jahr zu Jahr weiter. Eigenartigerweise wird dieser Zustand, beziehungsweise diese Tendenz, von keinem der Standesverbände kritisiert, ja eher schamhaft verschleiert.

Die unzufriedenen Kassenärztinnen und -ärzte, die „Schutzbund“, sie müssen sich damit abfinden, daß eine Rückkehr zur ungedeckelten Einzelleistungsvergütung unrealistisch ist. Aus der Sicht der Versicherten ist dies auch nicht wünschenswert, weil sie neben einer unkontrollierbar hohen Honoraranforderung auch zu einer Deformierung ärztlichen Handelns führt, einer Zerstückelung der Patienten in gebührenadäquate Teile, einer Überbetonung kurativer Aspekte. Wenn die KV-Opposition sich nicht dem Vorwurf

aussetzen will, nichts anderes als die goldenen Zeiten mit Segelyacht, Rennpferd und Mercedes für jeden Kassenarzt zurückzufordern, dann muß sie sich grundsätzlich Gedanken über eine auch inhaltlich andere ambulante Versorgung der Bevölkerung machen. Alternativen sind längerfristig mehrheitsfähig, im gemeinsamen Interesse sowohl der Patienten als auch der Ärzte.

Mit den mehr als zehn Milliarden Mark, die die gesetzlichen Krankenversicherungen für ambulante ärztliche Leistungen aufwenden, könnten unter Zugrundelegung eines BAT-1a-Gehalts weitere zehntausende Existenz im ambulanten Bereich finanziert werden. Voraussetzung dafür wäre allerdings die Beseitigung der hohen Einkommen einzelner Fachgruppen. Eine solche Entwicklung ist aber ohne eine Aufhebung des Sicherungsauftrages der KV und ohne ein Ende der Einzelleistungsvergütung nicht realisierbar. Erst dann wären nämlich ambulante Einrichtungen unter öffentlicher oder privater Trägerschaft zulässig, in denen fach- und berufsübergreifend zu BAT-Gehältern gearbeitet werden könnte. Hier könnten aufwendige medizinische Geräte stationiert sein, während das Haus- oder besser Familienarztprinzip daneben in der bisherigen Form, aber mit verändertem Vergütungsmechanismus, weiterbestehen könnte.

Die KV und ihre Funktionäre, vorwiegend aus Kreisen der Spitzerverdienner, der Apparatemediziner unter den Niedergelassenen, sind aber weder willens noch fähig, eine Diskussion jenseits der herrschenden Verhältnisse zu führen. Die KV-Opposition kritisiert bisher in erster Linie mangelndes Durchsetzungsvermögen der KV und nicht deren berufspolitische Grundsätze. □

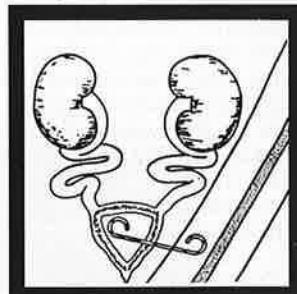
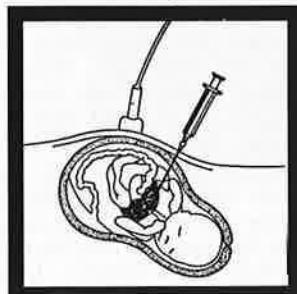
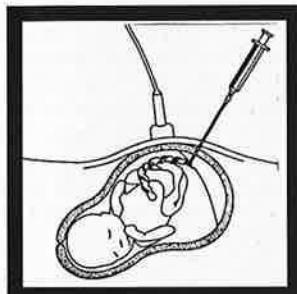
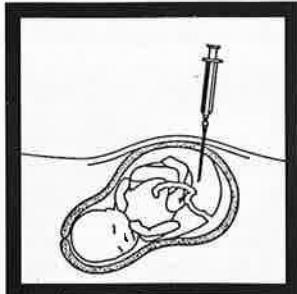
**Winfried Beck**  
Ist niedergelassener Orthopäde und 1. Vorsitzender des Vereins demokratischer Ärzte und Ärzte



## UNETHISCHE VERSUCHE?

# KONTROLLE IST BESSER

**Riskante Eingriffe bei  
Feten soll der  
renommierte Perinatologe  
Saling vorgenommen  
haben. Im Dezember  
diskutierten Experten  
darüber, wie Patienten-  
interessen auch in der  
medizinischen Forschung  
geschützt werden können.  
Hermann Schulte-Sasse  
berichtet**



# D

ie öffentliche Kritik der Alternativen Liste Berlin (AL) an therapeutischen Versuchen des bekannten Geburtsmediziners Professor Saling haben auf das Problem der Kontrolle wissenschaftlicher Studien aufmerksam gemacht. Die AL hat das öffentliche Interesse genutzt, um die Diskussion dieses Problems auf einer Podiumsveranstaltung unter dem Titel „Ethikkommission – Schutz für den Patienten? Unter welchen Bedingungen sind Versuche am Menschen statthaft?“ voranzutreiben.

Nach der heftigen öffentlichen Debatte vielleicht verständlich, hatte Saling, auch nach eigenem Bekunden ein „international anerkannter Wissenschaftler und Kliniker, der die moderne Geburtsmedizin maßgeblich mit aufgebaut hat“, eine Einladung zur Podiumsdiskussion abgelehnt. Leider gab auch Professor Helmchen, Vorsitzender des Ethik-Komitees der Freien Universität Berlin, den Veranstaltern einen Korb. So diskutierten neben dem Präsidenten der Ärztekammer Berlin, Ellis Huber, der Rechtsanwalt Rolshoven, der AL-Gesundheitsstadtrat Johannes Spatz und ich unter der Moderation der AL-Abgeordneten Sabine Nitz-Spatz mit den Zuhörern, unter denen sich auch Mitarbeiter von Professor Saling befanden, über Wege, den Schutz der Patienteninteressen im Rahmen medizinischer Forschungen zu verbessern.

Professor Saling hatte seine therapeutischen Eingriffe an schwangeren Frauen ohne Einschaltung des Ethik-Komitees der FU Berlin vorgenommen. Obwohl einzelne Elemente seines therapeutischen Vorgehens zum Standardrepertoire der Geburtsmedizin gehören, ist das Gesamtverfahren nicht Teil der etablierten perinatalen Medizin. Zuverlässige Angaben zum Nutzen und zur Häufigkeit möglicher Risiken, insbesondere auch im Vergleich zu den üblichen Standardverfahren, konnte es natürlich bei einem therapeutischen Verfahren noch nicht geben, das sich in der Entwicklung befindet.

Erst durch eine abteilungsinterne Diskussion auf die damit verbundene Problematik aufmerksam gemacht, schaltete Professor Saling die für ihn zuständige Ethikkommission der FU ein. Die nun erklärte den auf ihre Bitten hin überarbeiteten („präzisierten“) Antrag im Februar 1988 „für ethisch vertretbar unter der Voraussetzung, daß der Patient darüber aufgeklärt wird, daß er jederzeit die Behandlung abbrechen kann“. Worin die von dem Ethik-Komitee erbetene Präzisierung bestand, insbesondere aber, welche Bedeutung sie für die ethische Vertretbarkeit des Antrags und damit auch für

die Bewertung der früher durchgeführten „Heilversuche“ (Saling) hatte, bleibt unbekannt.

Professor Helmchen als Vorsitzender des Ethik-Komitees machte in einem Schreiben an den Präsidenten der FU deutlich, daß er zur Wahrung der Rechte des Antragstellers eine Vertraulichkeit der Beratungsergebnisse seines Komitees für wünschenswert hält. „Um Mißverständnisse auszuschließen, möchte ich [...] betonen, daß meiner persönlichen Auffassung nach das Fazit einer Beratung eines Forschers durch das Ethik-Komitee als ‚ethisch vertretbar‘ oder ‚ethisch nicht vertretbar‘ dieser Vertraulichkeit sicher nicht unterliegt, sondern öffentlich zugänglich sein muß. Ich bitte aber zu prüfen, ob diese Aussage uneingeschränkt auch noch für Einschränkungen bzw. Auflagen an den Antragsteller oder gar für Begründung von Einschränkungen oder gar negativen Beurteilungen gilt.“

Professor Saling hat auch im nachhinein offenbar Schwierigkeiten, den Kern des Problems, die Frage nach der ethischen Vertretbarkeit von Studien, zu erkennen. In einer Stellungnahme beklagt er sich „unter wissenschaftspolitischen Gesichtspunkten“ über das Vorgehen der AL. „Denn das, was wir getan haben, tun klinisch und wissenschaftlich aktive Medizinprofessoren und ihre Mitarbeiter in Berlin und im Bundesgebiet tagtäglich tagaus, ja sie müssen es tun, weil sie zu Lehre und Forschung verpflichtet sind.“ „Außerdem haben wir – wie es alle anderen Medizinprofessoren auch tun – nichts anderes als den uns von der Universität erteilten Auftrag erfüllt, durch Realisierung von Ideen Fortschritte in der Medizin zu erzielen.“

Davon, daß die Realisierung von Ideen nicht zu Lasten der Patienten gehen darf, die sich der Forschung, freiwillig oder unfreiwillig, unterwerfen, findet sich, bis auf die allgemeine Beteuerung „daß das Risiko dabei so niedrig wie möglich gehalten werden soll“, in der Stellungnahme kein Wort. Dafür wird das eigene Bemühen betont, „ständig durch Einsatz verbesserter und neuer diagnostischer und therapeutischer Methoden Fortschritte für die Patientenversorgung zu erzielen“.

Für medizinische Forschungen, die zu Lasten der an der Studie beteiligten Patienten nach Fortschritten der Therapie suchten, gibt es genug Beispiele. Auch wenn die Resultate einer Studie späteren Patienten eine bessere medizinische Versorgung ermöglichen könnten, ist ihre Durchführung doch nicht notwendigerweise ethisch akzeptabel.

Der Zweck heiligt auch in der medizinischen Forschung nicht die Mittel.

Einig war sich das Podium, daß die Diskussion um das Salingsche Vorgehen auf vier wichtige Problembereiche hingewiesen hat:

- Ein wissenschaftlich engagierter Arzt steht in einem Spannungsfeld unterschiedlicher persönlicher Interessen: das wissenschaftliche Interesse der Klärung einer Fragestellung ist mit dem ärztlichen Interesse einer patientengerechten Therapie nicht von vornherein identisch. Die Patienten, als Laien hilflos dem Wissensvorsprung des Arztes ausgesetzt, brauchen deshalb einen zuverlässigen und vertrauenswürdigen Anwalt ihrer Interessen.

- Ethikkommissionen sollen dieser Anwalt sein. Das wird ihnen leichter gelingen, wenn sie auch andere als Ärzte in ihre Entscheidungsprozesse integrieren. Aus gutem Grund wurde kürzlich in der renommierten Fachzeitschrift „The Lancet“ vorgeschlagen, zwei Patientenvertreter, einen Mann und eine Frau, in die Ethikkommission zu berufen.

- Um ihrer Zuverlässigkeit und Vertrauenswürdigkeit willen muß die Arbeit der Ethikkommissionen für die Öffentlichkeit transparenter werden. Dazu zählt zum Beispiel eine schriftliche Begründung der Voten der Ethikkommissionen, die auf Anfrage für interessierte Seiten zugänglich sein sollte. Auch die regelmäßige Veröffentlichung von Rechenschaftsberichten ist Teil einer notwendigen Transparenz.

- Ethikkommissionen sind für die Wahrnehmung der Patienteninteressen wenig hilfreich, wenn ihre Voten für den Antragsteller unverbindlich bleiben und es letztendlich doch im Belieben des wissenschaftlich tätigen Arztes bleibt, wie und unter welchen Bedingungen er seine Wissenschaft betreibt. Ohne verbindliche Regelungen durch die Berufsordnungen oder – noch weitertreffender – ohne dienstrechtliche Verpflichtungen abhängig beschäftigter Ärzte wird sich die bisherige Unverbindlichkeit von Ethikkommissionen nicht beseitigen lassen.

Ein Problem von Ethikkommissionen ist ihre unterschiedliche Arbeitsweise. Ohne einheitliche Geschäftsordnungen, in denen die Struktur der Entscheidungsfindung festgeschrieben ist, fällt es schwer, der Arbeit von Ethikkommissionen das notwendige Vertrauen entgegenzubringen. Unterschiedliche Voten verschiedener Ethikkommissionen zum selben Studienantrag dürfen nicht allein schon deshalb möglich sein, weil die Prüfkriterien der jeweiligen Geschäftsordnungen deutlich voneinander abweichen. Erst bei prinzipiell einheitlicher Arbeitsweise

## **Ethikkommissionen sollen Anwalt der Patienteninteressen sein. Dazu müßte ihre Arbeit aber erst einmal verändert werden**

erscheint es akzeptabel, daß die ethische Vertretbarkeit ein und derselben Studie von verschiedenen Kommissionen unterschiedlich bewertet wird, lassen sich doch subjektive Unterschiede bei solchen Bewertungen, gerade in Grenzfällen, niemals vermeiden.

Die Diskussion von Studien durch Ethikkommissionen sollte sich vorrangig an den folgenden Fragen orientieren:

- Sollte die klinische Studie überhaupt durchgeführt werden? Zur Klärung der Frage bedarf es vor allem einer Abschätzung der wissenschaftlichen Qualität des Studiendesigns.

- Wird die Studie neue, noch nicht verfügbare Informationen bringen? Bei negativer Antwort (etwa bei Marketing-Studien) ist kaum zu begründen, warum Patienten sich therapeutisch einem schematischen, von ihren individuellen Bedingungen losgelösten Prüfprotokoll unterwerfen sollten.

- Sind die möglichen Risiken für die Patienten in Relation zum Studienziel vertretbar? Prognostisch ungünstige Erkrankungen lassen gegebenenfalls ein nicht seltenes schwerwiegendes Risiko akzeptabel erscheinen, leichte Erkrankungen dagegen nicht.

- Ist die schriftliche Patienteninformation, auf deren Basis der Patient seine Einverständniserklärung abgeben soll, allgemeinverständlich formuliert und enthält sie alle wesentlichen Informationen, die für die Entscheidung des Patienten wichtig sein könnten? Ist der Text in einer sachlich angemessenen Weise abgefaßt? Patienten sollten grundsätzlich darüber informiert werden, warum die geplante Studie für wichtig erachtet wird, beziehungsweise welche therapeutischen Fortschritte die Prüfärzte sich von ihr versprechen. Dabei muß darauf geachtet werden, daß die Informationen zu dem neuen Verfahren nüchtern den tatsächlichen Wissensstand der Medizin, einschließlich der zu erwartenden Risiken, beschreiben.

Eine ebenso sachliche Beschreibung des Nutzens und der Risiken der bisherigen Standardverfahren bietet dann den Patienten eine Chance, ihr Einverständnis oder ihre Verweigerung im Wege eigener Überlegungen oder in Beratung mit Freunden und Verwandten zu erklären.

**Hermann Schulze-Sasse arbeitet am Institut für Klinische Pharmakologie in Bremen**



*Um den inneren Frieden zu sichern, verkündete die „Kaiserliche Botschaft vom 17. November 1881“ die ersten Sozialgesetze. Darauf bezieht sich der Titel der vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung erstellten Ausstellung, die zuletzt im November 1988 in Dortmund zu sehen war: „... es begann in Berlin...“*

*Interessant sind Ausstellung und Katalog vor allem deshalb, weil die Bundesregierung sie zur Selbstdarstellung nutzt. Die Artikel des Katalogs sind samt und sonders von Mitarbeitern des Ministeriums geschrieben. Für den Betrachter entsteht der Eindruck einer Kontinuität von Pater Kolping über Lassalle und Kaiser Wilhelm, von der*

*Arbeiterschutzgesetzgebung bis zum Wirtschaftswunder und der Rentenformel von 1957, bis hin zu Norbert Blüm.*

*Daß die Sozialpolitik stets Folge sozialer und politischer Auseinandersetzungen, Ergebnis von Klassenkämpfen war, diese Darstellung fällt den Autoren mit zunehmender zeitlicher Distanz nicht schwer. Und so plump, dies bei der Sozialpolitik in der Bundesrepublik zu verschweigen, ist man nicht. Die „unangenehmen“ Wahrheiten werden einfach unter einem Wust von Statistiken und Gesetzen begraben.*

*Der Katalog der Ausstellung kann bezogen werden über das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Rochusstraße 1, 5300 Bonn 1.*

# **Lassalle, Bismarck, Blüm**

## **Ausstellung zur Deutschen Sozialgeschichte**

*Mai-Kundgebung des Deutschen Gewerkschaftsbundes 1957 in Düsseldorf*

*Daß die Forderung nach Lohnfortzahlung im Krankheitsfall erst nach einem langen Streik der IG Metall in Schleswig-Holstein erreicht wurde, geht in der Darstellung des Katalogs unter. Und die Forderung nach dem „Anteil am Erfolg der Wirtschaft“ dürfte auch anders gemeint sein als die Perspektiven, die Norbert Blüm im Vorwort des Katalogs anbietet: „Differenzierung und Flexibilisierung machen das Leben, auch die Arbeitswelt bunter und vielfältiger.“*





Unfallverhütungsplakat während des Faschismus

Sozialpolitik im Faschismus bedeutete auch, Frauen aus der Berufstätigkeit zu drängen. Für die Rüstungsproduktion waren sie dann aber gut genug. Von den Interessen der Industrie, das nationalsozialistische System zu installieren und zu stützen, erfährt der Leser allerdings nichts, wie die Überschrift zu diesem Kapitel schon deutlich macht: „Verführung der Massen“.



Arbeiterwohnung in Berlin um die Jahrhundertwende

Verbesserungen der sozialen Verhältnisse wurden durch Kämpfe erreicht. Liest man die Überschrift im Katalog, könnte man meinen, zwischen 1848 und 1918 wäre es um Tarifverhandlungen gegangen: Für ihre Rechte kämpften damals, so der Titel, „Arbeitnehmer“.



Krankensaal um 1910



Unumgänglich, daß in dem Katalog auch die mittlerweile verabschiedete Strukturreform dem Leser angepriesen wird. Eine Kostprobe: „Erforderlich ist es ..., die Begriffe von Krankheit und Gesundheit neu zu definieren. Gesundheit wird künftig mehr als bisher die Kraft sein müssen, mit Störungen leben zu können.“

## NEUROLEPTIKA VERBIETEN?



Teil des Alltags im Gesundheitswesen 1989. In der Bundesrepublik leben mindestens 750 000 Menschen mit Medikamentenabhängigkeit, überwiegend Frauen und überwiegend abhängig von Tranquillizern. Die Handelsnamen der benutzten Mittel sind fast jedem Kollegen im Gesundheitswesen geläufig: Rohypnol („Wenn Schlaf sein muß“), Lexotanil („Aufwind für die Psyche“), Dalmadorm, Mogadan, Adumbran, Tranxilium, Frisium, Tavor – um nur einige der umsatzstärksten zu nennen.

Ein ganz großer Teil dieser Menschen hat einmal zu Beginn von ihrem Arzt „ein leichtes Mittel“ bekommen, niedrig dosiert und zu Beginn sicher oft auch nur als kurzfristige Hilfe bei Schlafstörungen oder sonstigen Krisen gedacht. Bei regelmäßiger Einnahme dieser Mittel kommt es auch ohne Dosissteigerung schon nach wenigen Tagen Pause bei vielen Menschen zu schweren Entzugssymptomen, vor allem deliranten Erscheinungen mit schweren Verwirrtheits- und Erregungszuständen, dabei Hochdruck-Krisen und teilweise epileptischen Anfällen, insgesamt sehr ähnlich den Alkoholentzugsdelirien. Anlaß für die Unterbrechung der Medikamenteneinnahme sind oft andere Erkrankungen, die rentwegen der Betroffene ins Krankenhaus kommt, etwa Unfälle. Ähnlich oft kommen alte Menschen wegen „unklarer Verwirrtheitszustände“ ins Krankenhaus, als Ursache findet sich dann oft eine längerfristige Einnahme der Mittel als „leichtes Mittel zum Schlafen“, bei älteren Menschen oft mit fatalen Folgen, da bei ihnen diese Mittel drei- bis fünfmal langsamer ausgeschieden werden. So leiden sie also nach einiger Zeit unter einer chronischen Vergiftung, sind morgens schwindelig und stürzen, oft mit der Folge einer Oberschenkelhalsfraktur (mindestens ein Drittel dieser Verletzungen).

Foto: Dörr

# ABER...

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

**Edi Erken hält dagegen**

Nahezu jede Woche habe ich als Arzt einer neurologischen Akutstation Menschen mit schweren bis schwersten Entzugsdelirien von Tranquillizern und Vergiftungen mit Tranquillizern zu behandeln. Dabei bin ich heilfroh, hoch- und niederpotente Neuroleptika zur Hand zu haben, um die bedrohlichen und nicht selten lebensgefährlichen Erregungszustände behandeln zu können. Bei schweren Alkoholentzugsdelirien leisten hochpotente Neuroleptika ähnlich gute Dienste, ohne die eine Behandlung sehr viel schwerer und gefährlicher würde. Durchgangssyndrome nach schweren Schädel-Hirn-Verletzungen bewirken auch häufig Erregungszustände, die mit beruhigendem Zuspruch nicht zu dämpfen sind. Etwas seltener werde ich mit akut erregten und selbstmordgefährdeten Menschen konfrontiert, die an einer akuten paranoiden Psychose leiden. Auch in diesen Fällen zögere ich nicht, hochpotente Neuroleptika zu geben, um den Patienten ihre Situation zunächst einmal erträglich zu machen.

Was sich fast wie eine Werbebröschüre der Pharmaindustrie liest, ist ein

Die meisten dieser Menschen bekommen solche Medikamente von Ärztinnen und Ärzten verordnet, gerade weil diese eben nicht „die jedem Arzt bekannten Kriterien“ kennen und beachten. Zu dieser Verordnungspraxis tragen nicht nur niedergelassene Ärzte bei, auch Nachschwestern auf vielen Abteilungen haben ihren Anteil an der verordneten Sucht, wenn sie am Abend mit einem Tabletter herumgehen und dem Patienten das gewünschte Mittel zur Nacht großzügig verabreichen. „Was möchten Sie zum Schlafen?“ bin ich selber bei einem Krankenhausaufenthalt von der Nachschwester mit Tabletten gefragt worden.

Rund ein Viertel aller Frauen über 50 Jahre erhält ziemlich regelmäßig Medikamente aus der oben angegebenen

nen Auswahl wegen Wechseljahrsbeschwerden, Depressionen, multipler körperlich-vegetativer Beschwerden. Daß auch ein erheblicher Prozentsatz Männer diese Mittel erhält, wurde beim Tode von Uwe Barschel deutlich, als in der Presse die Tavor-Abhängigkeit breitgetreten wurde. Wer Tranquillizer als Alternative gegenüber der Verordnung von Neuroleptika auch nur erwägt, sollte dieses alles wissen. Abgesehen davon, daß es nicht gelingt, einen akut-psychotischen Menschen mit Tranquillizern auch nur kurzfristig zu beruhigen.

Fatale Folgen haben mehr oder weniger ungewollt verordnete Tranquillizer und Neuroleptika in Kombinationspräparaten: Praxiten SP, gegeben bei Magengeschwür, enthält Oxazepam und Ammoniumbromid, beides suchtpotente Mittel. Bei Wechseljahrsbeschwerden verordnetes Seda-Presomen enthält Diazepam und Gestagene; Ovariban Oxazepam und Gestagene; Transannon comp. enthält Östrogene und Fluphenazin, ein stark wirksames Neuroleptikum. Limbatril, ein Antidepressivum, enthält zusätzlich Chlordiazepoxid, einen Tranquillizer; das als „Wochentransquillizer“ gespritzte Mittel Imap ist kein Tranquillizer, sondern ein stark wirksames Neuroleptikum. Hier könnte ich eine fast endlose Liste von Kombinationen aufzählen, Präparate, in denen neben sinnvollem auch suchtpotente Tranquillizer oder nebenwirkungsreiche Neuroleptika enthalten sind.

Neuroleptika sind im Vergleich zu den Tranquillizern allerdings auch keine harmlosen „Beruhigungsmittel“, wie es nach dem bisher Geschriebenen wirken mag: Neuroleptika haben anerkanntermaßen schwere Nebenwirkungen, wenn auch kein Suchtpotential, und werden in vielen Fällen mißbräuchlich verwendet. So empfinde ich es natürlich als Mißbrauch, wenn in Altenheimen alten Menschen Neuroleptika zur „Ruhigstellung“ gegeben werden, weil kein Personal zu einer adäquaten Tagesgestaltung und Beschäftigung zur Verfügung steht. Vergleichbar wirkt sich der Personalmangel in psychiatrischen Kliniken aus, wenn mangels sinnvoller therapeutischer Aktivitäten die Patienten „ruhiggestellt“ werden müssen, um den Tag in einem Gemeinschaftsraum überhaupt ertragen zu können. Dies sind keine haarsträubenden Einzelfälle, sondern ist auch nach der Psychiatrie-Enquête noch tagtägliche Praxis.

Nebenwirkungen der Neuroleptika sind erheblich und nicht jedem gleich augenfällig: sie können ein Parkinsonähnliches Syndrom auslösen mit Zitterigkeit, erhöhtem Muskeltonus, Einschränkung der Spontanbewegungen, vermehrtem Speichelfluß. Sie können zum Teil schon nach niedriger Dosierung Spätdyskinesien auslösen, vom Betroffenen nicht zu unterdrückende

**Solange wir es noch nicht geschafft haben, akut psychotische Erkrankungen zu verhindern, mag ich Neuroleptika nicht verbieten**

bizarre Bewegungen des Kopfes, des Kiefers, der Zunge, die nicht immer mehr zu beseitigen sind. Ständige Bewegungsunruhe, Verkrampfungen der Muskulatur am Körper, am Auge und am Schlund kommen vor, auch vegetative Störungen erheblicher Art, niedriger Blutdruck, Gewichtszunahme, sexuelle Störungen, vereinzelt auch Störungen am Knochenmark. Auch berichten Patienten, die wegen akuter Psychosen mit hochpotenten Neuroleptika behandelt werden, von einer unangenehmen allgemeinen Denkhemmung, selbst wenn das Nachlassen oder sogar Verschwinden der anfangs quälenden psychotischen Symptome positiv erfahren wird.

Neuroleptika sind also wahrhaftig kein Allheilmittel zur Beruhigung Unruhiger, zur „Beseitigung“ der Schizophrenie oder zur Pfeilegerleichterung bei „schwierigen“ Patienten. Aber Neuroleptika können vorübergehend helfen, Symptome zu behandeln, solange wir die Ursachen nicht beseitigen können. Ein Vorgehen, wie es in anderen Fachgebieten der Medizin ja nicht anders ist, sonst müßten wir bei einem großen Teil der Erkrankungen die Hände in den Schoß legen, da wir allzu oft die Ursachen nicht kennen oder nicht beseitigen können.

Über die Ursachen der Psychosen forschen schon Generationen von Psychiatern, von einer wirklichen Klärung sind wir noch weit entfernt. Trotzdem erscheint es mir menschlicher, mit Medikamenten einen Patienten soweit von seinen quälenden Symptomen zu befreien, daß ich überhaupt wieder einen Zugang zu ihm bekomme und mit ihm über mögliche Therapien nachdenken kann. Vor 40 Jahren fand die Psychiatrie bei akut erregten Menschen mit Psychosen keinen besseren Weg als diese festzubinden, in Zwangsjacken zu stecken.

ken. Solange wir es noch nicht geschafft haben, akut psychotische Erkrankungen zu verhindern, mag ich Neuroleptika nicht verbieten.

Solange wir es nicht schaffen, Suchterkrankungen (auch Medikamentensucht) in der Gesellschaft unnötig zu machen, werde ich immer wieder akut Neuroleptika brauchen, um Entzugserscheinungen zu behandeln.

Solange wir es nicht schaffen, die Psychiatrie vom Halbierungserlaß zu befreien (seit der Nazizeit darf psychiatrische Behandlung in der Regel nur halb so viel kosten wie „normale“ Krankenhausbehandlung), ziehe ich es vor, darüber zu diskutieren, wie man eine menschlichere Psychiatrie aufbauen kann, statt über die Abschaffung von Neuroleptika. Ich ziehe es vor, über die Ursachen von Suchtkrankheiten zu reden und darüber, warum so viele niedergelassene Ärzte Psychopharmaka verschreiben zu müssen glauben. □

Anzeige:

## Kurdistan

### „Bomba kimiki“



Deutsche wissen kaum, wo Kurdistan liegt, dafür wissen die Kurden, was sie von Deutschen zu halten haben.

Die chemischen Kampfstoffe zur Herstellung der „bomba kimiki“ kamen von uns.

Jetzt sitzen 150 000 kurdische Flüchtlinge, Mütter und Kinder, unter selbstgebauten Laubbütteln auf dem platten Land. Glühende Hitze am Tag, bald 30 Grad Kälte im Winter. Unterbrochen von Plätzen, der den Kindern Fieber macht. Weitgehend unversorgt von einer kurdenfeindlichen türkischen Regierung. Die drohende Abschließung ins Ungewisse vor Augen. Zehntausende ermordeter Angehöriger im Gedächtnis.

WIR MÜSSEN IHNEN HILFEN! SOFORT! OHNE VERZUG! DENN WIR SIND WIEDER SCHULDIG GEWORDEN!

Spenden Sie bitte unter dem Stichwort „Kurdistan“ auf medico Konto 1800, Stadtsparkasse Frankfurt oder Postgiro 69999-508 Köln.

WEITERE KOSTENLOSE INFORMATIONEN: MEDICO INTERNATIONALE, OBERMAINANLAGE 7, 6000 FRANKFURT 1, TELEFON: 0 69 / 4 99 00 41-2

## Antrag auf Arbeitslosengeld

Rückgabe des sorgfältig ausgefüllten Antrages (gut leserlich mit Kugelschreiber, Tinte möglichst am (Datum) möglichst zusammen mit den auf der Rückseite aufgeföhrten Unterlagen -		Tag der Arbeitslosmeldung und Antragstellung, Handzeichen	Stammmnummer
Berufsklassenzahl	Organisationszeichen	Arbeitsamt-Dienststelle	
Bei Einhaltung des oben genannten Termines vermeiden Sie unnötiges Warten und			
Hinweis: Das Arbeitsamt benötigt die nachstehend erfragten Angaben f. des Arbeitsförderungsgesetzes; Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich ausfüllung kann zu verzögter Bearbeitung oder zu einer (z. B. für die Leistungszahlung werden einzelne Daten automatisch ggf. Geburtsn			
1 Familienname			
2 Anwält(wörter), Titel			

# DÜNN

ma – Die Angaben zur Arbeitslosigkeit von Ärztinnen und Ärzten schwanken beträchtlich. Klar ist nur, daß die Lage komplizierter wird. Die Bundesanstalt für Arbeit hat jetzt eine neue Sonderinformation über die Arbeitsmarktlage für Mediziner herausgegeben

Bis zur Mitte der 70er Jahre gab es bei den Ärzten keine wesentliche Arbeitslosigkeit. Im September 1975 waren rund 500 Ärzte arbeitslos gemeldet. Diese Zahl wuchs dann stärker an und stieg 1982 erstmalig über 2500. Zur Stichtagzählung September 1987 lag sie bei 6500. So beschreibt Iakonisch die Bundesanstalt für Arbeit in einer Sonderinformation von Ende 1988 die Situation von „Ärzten und Ärztinnen ohne Gebietsbezeichnung“. Dem Vorsitzenden des Marburger Bunds, Hoppe, ist das zu wenig: „Die tatsächliche Zahl der arbeitslosen Ärztinnen und Ärzte dürfte mittlerweile bei gut 20000 angekommen sein.“ Er prognostizierte für Anfang der neunziger Jahre „rund 50000 arbeitslose Mediziner“. Wer übertreibt, wer untertreibt?

Die Bundesanstalt weiß zunächst mehr Details: Über die Hälfte der arbeitslosen Ärzte 1987 waren unter 35 Jahre alt. Über 40 Prozent waren weniger als ein Vierteljahr, über 65 Prozent weniger als ein halbes Jahr arbeitslos. Jedoch stieg die Zahl der Berufsanfänger von etwa 25 Prozent in den letzten Jahren auf über 40 Prozent in 1987 an. „Von den arbeitslosen Ärzten waren fast die Hälfte Frauen, die ansonsten etwa ein Viertel aller berufstätigen Ärzte stellen...“ Gleiches gilt im übrigen auch für arbeitslose Mediziner ausländischer Herkunft, erklärt die Bundesanstalt. Für die frisch examinierten Mediziner sieht die Behörde „offensichtlich ernstzunehmende Engpässe beim Übergang zwischen medizinischem Ausbildungs- und Beschäftigungssystem“ und beim „beruflichen Ersteinstieg“.

Auch im Verhältnis freier und gesuchter Stellen spiegelt sich die Situation wider: „Ende 1980 gab es mit 2180 Vakanzen und 860 Bewerbern noch eine rechnerische Relation von zweieinhalb Positionen für einen Stellensuchenden...“ In 1987 wurden der Ärztevermittlung in der ZAV fast 600 Stellen gemeldet, und am Jahresanfang gab es dann noch einen Bestand von 240 Angeboten für 5100 stellensuchende Ärzte ohne Gebietsbezeichnung.“

Im Klartext heißt das aber nichts anderes, als daß die Bundesanstalt für Arbeit nur über einen winzigen Ausschnitt des medizinischen Arbeitsmarktes Kenntnis hat, was im Zweifelsfall die Schätzungen des Marburger Bunds realistischer erscheinen läßt.

Frühere Untersuchungen der gleichen Behörde gingen von rund 6000 Stellen für Assistenzärzte aus, die jährlich in Krankenhäusern durch Fluktuation frei werden. Damit erweist sich dieser Sektor des Arbeitsmarktes an einer weiteren Stelle als extrem un-

durchsichtig: Zwar sind die Zahlen der Studienanfänger und der Approbierten bekannt, aber über die Studienabbrecher weiß man nichts zu berichten. Nichts über die Zahl derjenigen Absolventen, die sich um einen Arbeitsplatz im Krankenhaus oder in einer anderen Weiterbildungseinrichtung bemühen. Und schließlich weiß niemand Genaues über die wirkliche Zahl offener Stellen pro Jahr im Krankenhaus oder anderen Bereichen im Gesundheitswesen, die für Berufseinsteiger in Frage kommen. Auch die Bundesanstalt tappt hier im Dunkeln.

Trotzdem kann man ihrem Bericht noch interessante Details entnehmen: Offene Stellen werden der Bundesanstalt beziehungsweise ihrem Spezialvermittlungsdienst im wesentlichen aus kleineren Krankenhäusern, Sanatorien oder Kuranstalten gemeldet und dort aus den Fachgebieten Innere Medizin, Psychiatrie, Gynäkologie und Chirurgie. Die größeren Kliniken, vor allem jene mit vollen Weiterbildungszeiten, verfügen über „lange Wartelisten mit Direktbewerbern“. Vorzugswise genommen würden dann bereits bekannte Personen, beispielsweise ehemalige PJ-Studenten.

Nur die Hälfte der Assistenzarztstellen, die der ZAV gemeldet wurden, boten eine anrechenbare Weiterbildungszeit von einem Jahr. Gesucht wurden häufig Bewerber mit „ein- bis mehrjähriger Berufserfahrung“, möglichst mit zusätzlichen Kenntnissen in Notfallmedizin, Zytologie, Sonographic oder Datenverarbeitung. Für Ärztinnen hat die ZAV immerhin verständnisvolle Betrachtungen, wenn auch keine Stellen parat: „Für alle chirurgischen Fächer ist im übrigen zu bemerken, daß Ärztinnen weiterhin mit Akzeptanzproblemen zu rechnen haben.“

Was kann die ZAV den Bewerberinnen und Bewerbern raten? Eigentlich herzlich wenig: die Erhöhung regionaler Mobilität und fachlicher Flexibilität. Außerdem solle man „Auslandsfamulaturen, Wahlfächer im Praktischen Jahr oder Kenntnisse in EDV“ bei Bewerbungen stets hervorheben.

Welche Möglichkeiten bestünden, Licht in den Stellen- und Bewerbungsdschungel zu bringen? Vor allem eine Meldepflicht aller offenen Stellen bei der Bundesanstalt für Arbeit durch Weiterbildungseinrichtungen wie Krankenhäuser, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Werksarztzentren oder der Pharmaindustrie könnte hier weiterhelfen. Doch solche Forderungen werden weder von der Bundesanstalt für Arbeit noch vom MB-Vorsitzenden Hoppe geäußert. □

Stamm-Nr. des Ehegatten, falls im Monat Leistungen von Arbeitsamt erhalten oder zu erwartend
* Besteht wegen eines Ausfalls des Arbeitnehmers ein Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Schlaflosengeld oder -freiheit für die Beschäftigung
BA 18-1a - 8.87 (Anl-Antrag)

# Deutsches Rotes Kreuz: Triage inbegriffen

Mit Datum vom 31. Oktober 1988 teilt das Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) dem Bundesgesundheitsministerium mit, daß man vollendete Tatsachen geschaffen habe. Weil „die bisherige Anhängekarte bereits seit Jahren nicht mehr vorhanden ist und auch nicht mehr nachgedruckt werden soll“ und weil die Diskussionen mit anderen Hilfsorganisationen und Ministerien dem DRK wohl zu lange dauern, ist man vorgeprescht: Man habe nunmehr eine Anhängekarte für Verletzte und Kranke eingeführt, deren Verteilung an die Untergliederungen, so das DRK in seinem Schreiben, schon begonnen hat.

Warum das DRK eine weitere Verzögerung „bei allem Wohlwollen“ nicht mehr hinnehmen konnte, wird dem Ministerium ebenfalls mitgeteilt: „Wir gehen davon aus, daß in Kürze Registrierversäumnisse wie bei den jüngsten Großschadensereignissen mit den bekannten fatalen Folgen vermieden werden können.“ Die genannten fatalen Folgen ließen sich am besten durch ein

Verbot von Tieffliegen und Militär-schauen vermeiden – denn Ramstein dürfte am ehesten mit den „jüngsten Großschadensereignissen“ gemeint sein – doch dem DRK geht es wohl bloß um die Verwaltung von Katastrophen und Krieg. Entsprechend werden die „fatalen Folgen“ auf „Registrierversäumnisse“ zurückgeführt.

Das DRK steht mit seinem Vorgchen nicht allein. Die Johanniter-Unfall-Hilfe, nicht faul, hat sich gleich in der Position und damit auch bei der Einführung des Verletzenanhängers angeschlossen. Dabei gibt es schon seit 1984 einen „bundeseinheitlichen Verletzenanhänger“, damals eingeführt vom Bund-Länder-Ausschuß „Zivilschutz auf dem Sektor des Gesundheitswesens“. Dieser Anhänger wurde aber offensichtlich nie an alle Katastrophenschutz- und Zivilschutzinrichtungen in ausreichender Breite und Zahl ausgeliefert. Und er habe, so teilt das Generalsekretariat des DRK dem Gesundheitsministerium mit, „die Erfordernisse des DRK und der anderen im Katastrophenschutz tätigen Organisationen nicht erfüllt“.

Der neue Verletzenanhänger wurde dem Ministerium gleich mitgeschickt. In dreifacher Ausfertigung – eine für den Suchdienst, eine für den Transport, eine für den medizinischen Endversorger – soll er „mittels beigefügtem Befestigungsstreifen an deutlich sichtbarer und möglichst verlustsicherer Stelle“ angebracht werden. Auf der Anhängekarte werden Name, Anschrift, Fundort, Transportziel und Datum dokumentiert. Ebenso das Ergebnis der ersten und eventuell weiter folgender Sichtungen. Obwohl die Triage-Gruppe IV mittlerweile auch bei Katastrophenmedizinern umstritten ist, das DRK möchte nicht darauf verzichten. In der Anhängekarte jedenfalls ist die Kategorie IV, die „abwartende Behandlung“ der angeblich hoffnungslos Verletzten vorgesehen. Und in den Hinweisen zum Gebrauch des Formularsatzes heißt es außerdem: „Die Zuordnung der Verletzten ist abhängig von dem vorhandenen Personal, von der Ausstattung, der Transportkapazität und der Infrastruktur.“ Das sind wohl die tatsächlichen Kriterien für die Einstufung als „hoffnungsloser Fall“.

Auch der Paniktheorie wird auf der Karte Referenz erwiesen. So gibt es neben den beschreibenden Rubriken Verletzung, Verbrennung, Erkrankung, Vergiftung und Überbestrahlung auch eine Rubrik „Psyche“. Hierunter versteht das DRK laut den Gebrauchshinweisen „auffallende psychische Verhaltensweisen, die einer weiteren Beobachtung/Behandlung bedürfen“. Im Klartext dürfte das nichts anderes bedeuten, als daß derart klassifizierte Verletzte als „Panikpersonen“ abgesondert und mit Psychopharmaka ruhiggestellt werden.

**Gegründet wurde das Deutsche  
Rote Kreuz zwecks humanitärer  
Hilfe in Kriegen. In die Fußstapfen  
der Gründer tritt man zum  
125. Geburtstag mit einer  
„Anhängekarte für  
Verletzte/Kranke“**

Natürlich ist die Anhängekarte nicht nur für Katastrophen im Frieden gedacht. Wie sonst ließe sich erklären, daß auf der Karte die Nummer der Erkennungsmerke eingetragen werden soll. Eine solche hat niemand anderes als Soldaten. Und vom Gesundheitsministerium fordert das DRK ausdrücklich, daß die Karte auch für den „erweiterten Katastrophenschutz“ bundesweit übernommen werden soll. Der „erweiterte Katastrophenschutz“ aber ist nichts anderes als der Zivilschutz im Krieg.

Interessant ist da auch der Hinweis im Schreiben des DRK, „daß die Konzeption des DRK auf breitem Feld mit Erfolg erprobt wurde“. Sollten also die vergangenen Einsätze des DRK in internationalen Katastrophengebieten auch als Test für Katastrophen und den Krieg in Deutschland und seine Verwaltung gedient haben? Möglich: Immerhin ist der derzeit Leitende Arzt des DRK der ehemalige Militärmediziner Dr. Linde.

Horst Gerner

Horst Gerner ist  
Arzt an einer Kli-  
nik in Westfalen

## SEXUALREFORM UND EUGENIK

# von Staats wegen

**Menschen nach eugenischen und ökonomischen Kriterien züchten zu wollen, diese Idee geisterte nicht nur durch die Köpfe der Nationalsozialisten, sondern war selbst bei den fortschrittlichen Sexualreformern der Weimarer Republik verbreitet. Dies sollte hellhörig machen, wenn wieder über Lösungen der sozialen Frage nachgedacht wird**

Die Diskussionen über Gentechnologie, Humangenetik und das geplante Betreuungsgesetz, das die Sterilisation sogenannter Nicht-Einwilligungsfähiger erlauben soll, haben vielen wieder den Blick für die geschichtlichen Wurzeln eugenischen Denkens geschärft. Zwar liegen länger schon Forschungsergebnisse über das „Erbgesundheitsgesetz“ und die Zwangsterilisationen im Nationalsozialismus vor, doch der Boden, auf dem die Ideologie der Menschenzüchtung nach eugenischen und ökonomischen Gesichtspunkten sich entwickelte, wurde vorher bereitet.

Wir müssen uns fragen, inwieweit auch heute noch Vorstellungen und Argumentationen die Diskussion bestimmen, die sich nicht grundlegend von denen unterscheiden, die im Kaiserreich und der Weimarer Republik eine so umfangreiche Anhängerschaft gewinnen konnten. Denn diese Anhängerschaft der Rassenhygiene verlief quer durch alle Schichten der Gesellschaft und bezog auch Sozialisten und Sozialdemokraten ebenso wie Sexualreformer mit ein.

1980 schrieb der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer: „Wir stehen vor der Notwendigkeit, immer mehr und immer ältere Behinderte zu versorgen. Die Grenze der Leistungsfähigkeit der Gesamtheit der Versicherten und des Staates ist in Sicht, ja verschiedentlich ist sie bereits überschritten. Als wichtige Konsequenz ergibt sich aus dieser Situation, daß der Krankheitsvorbeugung und damit der genetischen Beratung ein besonderes Gewicht beigemessen wird. Bei der heute einfachen Familienplanung ist es wichtig, daß die wenigen gewünschten Kinder gesund zur Welt kommen.“ Es ist nicht schwer, schon im Kaiserreich ähnliche Aussagen auch aus den Reihen der Sexualreformer zu finden. Bereits 1910 veröffentlichte „Die Neue Generation“ einen Aufruf zu einem Preisausschreiben der „Umschau“, Wochenschrift für die Fortschritte in Wissenschaft und Technik (!), unter dem Titel: „Was kosten die schlechten Rassenelemente den Staat?“ Preisrichter waren die Herren Bechold, Herausgeber der „Umschau“, von Gruber, Di-

rektor des hygienischen Instituts der Universität München, und Hueppe, Direktor des hygienischen Instituts der deutschen Universität Prag.

Helene Stöcker, Vorsitzende des Bundes für Mutterschutz und Sexualreform und Herausgeberin der obengenannten Zeitschrift, beklagte zum Beispiel 1914 eben dort, daß „die Schwachsinnigen weit mehr Kinder haben als die anderen, und die nachgewiesenen ungeheueren Schädigungen des Gemeinwesens, die durch solche schrankenlose Vermehrung Schwachsinniger und Verbrecherfamilien entstanden“. Sie schrieb weiter: „... daß dem Staat aus der Sorge für diese Minderwertigen Kosten von mehr als *fünf Millionen* Mark erwachsen sind! So kann es wohl kein Zweifel sein, daß bei der Frage des Staates: Masse oder Qualität – die Wissenschaft, die fortschreitende Erkenntnis, die Zivilisation auf Seiten der Qualität stehen muß... Wenn die bloße Existenz von Minderwertigen also eine Gefahr und ein Hemmnis für den Staat ist, dann ist diese zu verhindern, mit allen Mitteln der Wissenschaft, nicht nur unser Recht, sondern unsere Pflicht.“ (Die Neue Generation Nr. 3, 1914). Hier ist der Hinweis auf die Sterilisation, die neben der eugenischen Indikation ja allein als Mittel der Verhinderung von „Minderwertigen“ in Frage kam, nicht zu überhören.

Die Visionen von einer gesünderen und glücklicheren Menschheit wurden auch auf den Internationalen Kongressen der Neumalthusianer gepflegt. Helene Stöcker, die den Bund für Mutterschutz dort vertrat, berichtete in der „Neuen Generation“, Nr. 10, 1910: „Ihrem innersten Wesen nach ist sie (die Neumalthusianer-Bewegung, d. V.) eine pädagogisch-sozialistisch-kristliche Bewegung, eine Bewegung, die ebenso wohl auf Abschaffung des Massenelends, der Massenarmut geht, wie auf die Höherentwicklung des Menschen, die Höherzüchtung des Einzelnen.“ (...) „Professor Forel und den deutschen Vertretern lag der Neumalthusianismus vor allem in der Form nahe, daß sie ihn als ein Mittel der Rassenverbesserung betrachten, aber zu-



**Helene Stöcker, Vorsitzende des Bundes für Mutter- schutz und Sexualreform:**  
„Wenn die bloße Existenz von Minderwertigen also eine Gefahr und ein Hemmnis für den Staat ist, dann ist diese zu verhindern, mit allen Mitteln der Wissenschaft, ...“

gleich den Gesunden und Tüchtigen Gelegenheit gegeben werden mag, sich in stärkerem Maße als bisher fortzupflanzen.“

Die Hoffnung, Elend, Armut und Krankheit beseitigen zu können, war es wohl in erster Linie, die die Sexualreformer in eine sozial-politische Allianz mit den konservativen Rassenhygienikern zusammenführte. Aber Elitedenken, Rassismus und die Befürwortung einer staatlich regulierten Geburtenkontrolle können auch innerhalb einer Sexualreformbewegung, die ansonsten kompromißlos für das Selbstbestimmungsrecht der Frau, für die Gleichberechtigung der unehelichen Mutter und gegen sexuelle Tabus und Repressionen eintrat, nicht gelehnt werden.

Professor Forel, der als der große alte Mann der Bewegung galt und ungeheures Ansehen genoß, sprach zum Beispiel auf dem Neumalthusianer-Kongreß von 1910 über „Die menschliche Zuchtwahl“. Dabei äußerte sich Forel, wie „Die Neue Generation“ in Nummer 10 berichtete, nicht nur zu Fragen wie der Qualität der Rasse („So sei die Negerrasse eine *inferiore*, die zu vermehren nicht im Interesse der Menschheit liege, dasselbe könne man von anderen Gruppen in den arischen Rassen feststellen.“), sondern auch über Sterilisation: „Er (Forel, d. V.) bekämpft die sozialen Übelstände und macht darauf aufmerksam, daß übrigens heute schon in manchen Fällen künstliche dauernde Sterilität hervorgebracht werden könne, was sich bei Degenerierten und unheilbar Kranken, alkoholisierten und verbrecherischen Typen unbedingt empfehlen und direkt von Staats wegen geschehen solle.“

Die für die Forderung nach einer legalisierten Zwangssterilisation an „Minderwertigen“ immer wieder vorgetragenen Begründungen waren hier bereits versammelt: sozialpolitischer Zugriff auf „Asoziale“ und „geistig Minderwertige“, über deren „tirisches sexuelles Treiben“ und „kaninchenhafte Fruchtbarkeit“ allscits Überinstimmung zu herrschen schien, zwecks Senkung der Kosten für den Staat und Förderung der „Hochwertigen“ – bei-

des sollte einerseits durch eine repressive geburtenverhindernde und andererseits eine ebenso repressive geburtenfördernde Bevölkerungspolitik erreicht werden.

Den ersten Vorstoß, die gesetzlichen Grundlagen für die Ärzte für eine Zwangssterilisation „Minderwertiger“ zu schaffen, machte der viel zitierte Medizinalrat Boeters aus Zwickau. Die als „Lex Zwickau“ bekannte Gesetzesvorlage über „Die Verhütung unwerten Lebens durch operative Maßnahmen“ lag im Mai 1923 dem Sächsischen Gesamtministerium und 1925 dem Deutschen Reichstag vor. Boeters „Aufruf an die deutsche Ärzteschaft“ im „Ärztlchen Vereinsblatt“ vom 9. Januar 1924 rief von allen Seiten heftige Reaktionen hervor. Allerdings in dieser Zeitschrift wurden bis Anfang April 13 ausführliche Leserbriefe aus einer „Flut von Zuschriften“ veröffentlicht.

Boeters hatte in seinem flammenden Aufruf vor den „schon jetzt unerträglichen und dabei stetig zunehmenden wirtschaftlichen Lasten“ und der drohenden „Vernichtung der geistigen Blüte des deutschen Volkes gewarnt. Er befürchtete den „Untergang in einer Hochflut von geistig und moralisch minderwertigen Existzenzen, die Verpöbelung unserer Rasse und damit das Ausscheiden Deutschlands aus der Reihe der Kulturnationen“. In seinen Augen konnte nur einer „die drohende Gefahr in letzter Stunde noch abwenden“. „Niemand weiter als der deutsche Ärztestand!“

Die juristischen Voraussetzungen sah er in den Fällen bereits als gegeben an, in denen die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters vorlag. Eine weitergehende gesetzliche Regelung sollte mit seinem Aufruf und seinen neun Leitsätzen erreicht werden. Boeters appellierte: „An alle Kollegen in Stadt und Land richte ich die dringende Bitte, nach geistig Minderwertigen usw. zu fahnden – dabei die Unterstützung der Ortsbehörden, Lehrer, Wohlfahrtsbeamten, Gemeindeschwestern und Hebammen in Anspruch zu nehmen und so viele Fälle wie nur irgend möglich selbst zu operieren oder geeigneten

Fachkollegen zuzuweisen.“ Zur Ermittlung seiner Kollegen ließ Boeters wissen, daß auf seine Veranlassung solche Operationen schon seit länger als einem Jahr im Staatlichen Krankenstift zu Zwickau, unter der Leitung von Professor Dr. Braun, dem Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, wie auch in den örtlichen chirurgisch-gynäkologischen Privatkliniken, ausgeführt würden.

Neben vielen zustimmenden Kommentaren gab es jedoch auch Kritik an Boeters – hauptsächlich, weil er mit seinen Vorschlägen „erheblich über das Ziel hinausschießt“. Der häufigste Einwurf gegen seine Gesetzesvorlage bezog sich darauf, daß es nach dem Stand der Vererbungswissenschaft nicht möglich sei, „eine absolut sichere Prognose hinsichtlich des körperlichen oder geistigen Verhaltens der Nachkommenschaft zu stellen“, wie es im „Ärztlchen Vereinsblatt“ vom 23. Februar 1924 hieß.

Aber an die Wurzel der Boeterschen Leitsätze und damit an das Fundament der ganzen Rassenhygiene, die ja von Anfang an medizinische mit moralischen Kategorien vermischt, geht Professor Weber aus Chemnitz mit seiner Kritik in derselben Ausgabe des „Ärztlchen Vereinsblatts“: „Die Begriffe ‚geistig minderwertig‘, ‚blödsinnig‘, ‚geisteskrank‘, ‚epileptisch‘ sind viel zu allgemein und unbestimmt, als daß man sie als Grundlage für eine medizinische Indikation oder gar für eine gesetzgeberische Zwangsmäßregel gebrauchen könnte ... Eine zwangsmäßige Regelung der Unfruchtbarmachung durch die Gesetzgebung kann bei dem heutigen Stand der Erblichkeitsforschung nicht in Frage kommen; sie würde einer Willkür- und Klassenjustiz unerhört grausamer Art den Weg öffnen.“

Wir wissen inzwischen, wozu die damals angestrebte Regelung geführt hat. Das sollte heute zu besonderer Vorsicht im Umgang mit Behinderten und Kranken verpflichten – hauptsächlich da, wo die Argumente und Beurteilungen uns an die der Rassehygieniker erinnern.

**Verena Steinecke**  
promoviert  
In Bremen über  
Bevölkerungs-  
politik in der  
Weimarer Repu-  
blik

**Ernst Rebentisch, Handbuch der medizinischen Katastrophenhilfe, München-Gräfelfing 1988.**  
**Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski, 979 Seiten, 290 Mark**

Nein, ich finde das Buch nicht „flüssig, leicht und einprägsam“ zu lesen. Da bin ich ganz anderer Meinung als Herr Ungeheuer, der das Erscheinen des Handbuchs im Deutschen Ärzteblatt begrüßt. Ich finde das Buch chaotisch, ungeordnet, eine wirkliche Katastrophe. Am Ende war ich der Meinung, daß morgen in der Bundesrepublik ein Vulkan ausbrechen oder ein Erdbeben grauenhafte Verwüstungen hervorrufen könnte. (Karsten Vilmar bezieht in seinem Vorwort – das Buch ist im Auftrag der Bundesärztekammer geschrieben worden – auch noch Revolutionen in die Katastrophen ein: aber eine solche passiert in der Bundesrepublik bestimmt nicht, da bin ich ganz sicher!)

Aber wenn morgen der Vulkan ausbricht, und wenn es zahlreiche Vermißte gibt, und wenn das Deutsche Rote Kreuz den Suchdienst wie nach dem letzten Krieg wieder einführt, und wenn wir in primitiven Unterkünften leben und Seuchen entstehen..., dann, so ist sich Rebentisch auf Seite 205 gewiß, wird jeder vorausschauende und erfahrene Leiter einer Katastrophenschutz-Ein-

richtung „bemüht sein, für Meldeaufgaben Laien zu gewinnen, die... Reitpferde zur Verfügung haben“.

Ich habe mich redlich bemüht herauszufinden, worin der Autor den von ihm beschworenen Unterschied sieht zwischen einer Medizin im Zivilschutz und der Katastrophenmedizin. Und ich habe mich auch bemüht herauszufinden, was der Unterschied zwischen einer Katastrophenmedizin und der Notfallmedizin sein soll. Es ist mir nicht gelungen. Vielleicht können andere Leser mir helfen.

„Ein Krieg“, schreibt der Autor, „ist eine bewaffnete Auseinandersetzung von unbestimmter Dauer und Ausdehnung.“ So weit kann ich folgen. Doch dann fährt er weiter fort, daß es durch diese bewaffnete Auseinandersetzung „zu mehr oder weniger zahlreichen Katastrophen kommt, die sich im allgemeinen örtlich und zeitlich umschreiben bei der Verfolgung eines bestimmten militärischen Ziels ereignen“. Also hängt die Katastrophe doch mit dem Krieg zusammen? Nein, sagt der Autor und läßt keinen Zweifel zu: „Wer dennoch versucht, die Schutzmaßnahmen gegen Katastrophen und für den Kriegsfall gleichzusetzen, kann nur... wollen..., allgemeine Verunsicherung hervorzurufen.“

Die Medizinische Hilfeleistung für die Zivilbevölkerung im Krieg habe zwar ebenfalls – wie die Katastrophenmedizin – die Rettung und Erhaltung vieler Menschenleben zum Ziel, sie sei jedoch auf örtlich mögliche Leistungen beschränkt und könne nicht auf überregionale Unterstützung rechnen. „Die in

einem Krieg, wie ihn sich die gegenwärtige Menschheit vorstellt, mögliche medizinische Hilfe läßt sich am ehesten mit der Anwendung einfacher notfallmedizinischer Maßnahmen vergleichen. Mit Katastrophenmedizin hat sie nichts zu tun.“

Und welche Maßnahmen wendet man nun im Katastrophenfall an? Die notwendigen Kenntnisse für seine Maßnahmen und Entscheidungen im Not- und Katastrophenfall könne der niedergelassene Arzt nur durch eine Aus- und Fortbildung im Notarztdienst und durch Erfahrung in der Notfallmedizin erwerben, so Rebentisch. Also doch beides Mal Notfallmedizin – sowohl im Krieg als auch bei der Katastrophe? Nein, sagt der Autor, denn die „Katastrophenmedizin ist durch eine Reihe von Eigenarten gekennzeichnet, die sie von den ärztlichen und anderen medizinischen Aufgaben unterscheidet...“ Katastrophenmedizin diene dem schnellen Erkennen der Dringlichkeit der Behandlung oder des Abtransports, sie sei nicht selten durch äußere Umstände zu Verzicht oder zeitlichem Hinausschieben bestimmter Maßnahmen gezwungen. Was das heißt? „Schwerstbetroffene können mangels Transportfähigkeit und qualifizierten Begleitpersonals häufig zunächst nicht abtransportiert werden.“ Das ist also der Unterschied zwischen Katastrophenmedizin und Medizin im Kriegsfall für die Zivilbevölkerung. Im Katastrophenfall Sichtung, im Kriegsfall Notfallmedizin? Allzu ernst scheint es Rebentisch mit solchen Unterscheidungen nicht zu sein.

Denn an anderer Stelle stellt er fest, daß es eigentlich gar nicht zweckmäßig sei, die organisatorischen Maßnahmen für einen Katastrophenschutz im Frieden und für einen Zivilschutz im Kriegsfall zu trennen, „da eine getrennte Bereitstellung von Kräften die Grenzen des personal, materiell und finanziell Möglichen“ sprengen würde. Ähnlich wird das auch im Referentenentwurf des Bundesinnenministeriums zu einem Katastrophenschutz-Ergänzungsgesetz gesehen. Wozu dann aber der ganze mühsame Versuch der Abgrenzung?

Auf fast eintausend Seiten wird die Katastrophe (und auch der „Verteidigungsfall“) förmlich herbeigeredet. Von „Verteidigungsfall“ ist immer die Rede, als habe sich Deutschland im letzten Jahrhundert laufend gegen Angreifer verteidigen müs-

sen. Die Notwendigkeit eines Arztes im Zentrum des Katastrophenschutzes wird permanent programmatisch postuliert, denn „nur ein Arzt ist berechtigt und befähigt... zu beraten... zu vertreten sowie... zu koordinieren“ (S. 174). Doch wen wie beraten... was wo vertreten... was wie koordinieren...? Diese Schwierigkeiten sieht Rebentisch auch, hat aber eine Lösung parat: „Die sich bezüglich der katastrophenmedizinischen Fortbildung aller Ärzte zeigende Lücke kann die Ärzteschaft nicht aus sich heraus schließen... Die Lösung könnte nur darin bestehen, daß die Gesetzgeber den Ärzten bestimmte Aufgaben zuweisen...“

Ich persönlich habe nichts gegen gesetzlich fixierte Fortbildungsinhalte für Ärzte, allerdings bin ich nicht dafür, die Katastrophe zu üben. Aber was sagt die Bundesärztekammer zu einer staatlich oktroyierten Fortbildung? Sonst ist sie doch immer dagegen.

Gine Eisner

**Gesundheitspolitische Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand, Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft, Band 2, Köln 1988.**  
**Bund-Verlag, 191 Seiten, 24 Mark**

**2. Jahrbuch Kritische Medizin, Band 13, Berlin 1988. Argument-Verlag, 165 Seiten, 18,50 Mark**

Endlich, nach langen Jahren, liegen sie vor, die Vorschläge der gewerkschaftlichen Strukturreformkommission. Eine lesbare und hochinteressante Abhandlung, die eine Menge Anregungen und Diskussionsstoff enthält, doch nur noch die Hälfte wert, da sie mit der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) und dem Zwischenbericht der Enquete-Kommission zu spät auf den Tisch gekommen ist. Die breite Diskussion, die der stellvertretende DGB-Vorsitzende Gerd Muhr sich jetzt wünscht, hätte zu einem früheren Zeitpunkt und bei der Erstellung des Bandes von Seiten der Gewerkschaften notgetan.

*Im Falle eines Falles wird, da ist sich Experten Rebentisch sicher, jeder erfahrene Leiter einer Katastrophenschutzeinrichtung „bemüht sein, für Meldeaufgaben Laien zu gewinnen, die... Reitpferde zur Verfügung haben.“*



**Hartmut Müller, Die Frauen von Obernheide. Jüdische Zwangsarbeiterinnen in Bremen 1944/45, herausgegeben vom Senator für Arbeit der Freien Hansestadt Bremen, 1988. Donat-Verlag, 146 Seiten, 60 Abbildungen, 19,80 Mark.**

Stuhr in Niedersachsen, vor den Toren Bremens, Ortsteil Obernheide. Kein berüchtigter Name, kein Symbol für die Massenvernichtung zwischen 1933 und 1945 – und doch Teil davon: Das KZ Neuengamme hatte hier ein Außenlager.

Trotz der Aktenvernichtung durch die SS kurz vor dem 8. Mai 1945 stieß 1983 Hartmut Müller, leitender Direktor des Bremer Staatsarchivs, auf einen schmalen Band mit der Aufschrift „Einsatz von weiblichen KZ-Gefangenen“. Er konnte rekonstruieren, was sich

damals in Obernheide abspielte. Circa 800 jüdische Frauen waren dort inhaftiert, zur Vernichtung durch Arbeit statt Auschwitz. Sie kamen vor allem aus Ungarn und Polen. Ab August 1944 wurden sie in Bremen zur Zwangsarbeit eingesetzt.

Hartmut Müller fand nicht nur jene SS-Akte, sondern konnte auch einige der Frauen, die überlebt hatten, in Ungarn und Israel aufzufinden machen. Nach vielen Gesprächen schrieb er ein „fiktives Tagebuch“, das Rückgrat des vorliegenden Buches. Es beleuchtet schlaglichtartig die Ereignisse: Die Deportation aus Ungarn, die Odyssee über Lódz, Auschwitz und Neuengamme nach Bremen, schließlich den Alltag der Verschleppten: Trümmer abräumen, Schutt schippen, Steine klopfen, die „Einsätze“ als profitable „Leiharbeiterinnen“ in ortsansässigen Firmen. Die Unterbringung im Lager war miserabel, ärztliche Versorgung nicht vorhanden, der Terror der

SS oft genug unerträglich – vor allem von Seiten der Aufseherinnen. Die Bremer Bevölkerung sah weg – von Ausnahmen abgesehen.

Der Text ist abwechslungsreich bebildert: Faksimiles der Originale und Fotos der Orte, Täterinnen und Täter, aber auch der noch lebenden Opfer von damals. Dazu jiddische Gedichte aus jener Zeit und kursive Einschübe zum historischen Kontext. Im „Tagebuch“ werden auch letzte Nischen noch vorhandener Menschlichkeit geschildert – bei der Bevölkerung, aber auch bei den Tätern – eine Gratwanderung, die insgesamt glückte, wenn auch manchmal nur knapp.

Von einer Darstellung „aus der Sicht der Betroffenen“ kann im Gegensatz zum Klappentext nur bedingt gesprochen werden – wie könnte sich auch ein Mann 1983 jener (Frauen-)Wirklichkeit 1944/45 substantiell nähern? Insgesamt jedoch ist hier



ein gelungen  
den zu wenige  
men: Frauen  
lismus, Frau  
tionslager,  
Arbeit, „klein  
alle wußten“  
Th

Um nicht das Kind mit dem Bade auszuschütten: Viele der jetzt in den Vorschlägen zur Strukturreform publizierten Positionen hat der DGB auch schon vorher in der Diskussion um das GRG öffentlich gemacht. Trotzdem hätte die Vorlage eines geschlossenen Konzeptes zu einem früheren Zeitpunkt einen wesentlich besseren Effekt gehabt. Man darf auch weiterhin öffentlich die Frage stellen, warum die DGB-Kommission ganze sechs Jahre braucht, um sich hier nur in den eigenen Reihen halbwegs einig zu werden. Wenn man bedenkt, daß in nur einem Drittel der Zeit auf der politischen Bühne parallel ein ähnlicher Diskussionsprozeß aufbereitet und gesetzgeberisch abgeschlossen wurde. Der zeitliche Vorlauf, der der Kommission seit 1982 gegeben war, hätte dazu führen müssen, daß schon zu Beginn der Reformdebatte ein klares gewerkschaftliches Konzept vorlag. Daß, wie das Vorwort erwähnt, „nach dem Gesundheitsreformgesetz der Dialog notwendiger sei denn je“, kann dabei das DGB-eigene Dilemma nur verkleistern.

Die Studie versucht durchaus, die wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten Jahre und die abgelaufenen Diskussionsprozesse zusammenzufassen. Sie spricht sich mit noch besseren Argumenten als

in früheren DGB-Veröffentlichungen gegen vorzeitigen Gesundheitsverschleiß und für eine präventive Medizin aus. Bei den Therapieverfahren werden die chronischen Krankheiten in den Vordergrund gestellt und auch die Pflegebedürftigkeit wird berücksichtigt. Die Begründung des Versagens des derzeitigen Medizinsystems weist viele systemkritische und analytische Aspekte auf, erhebt sich jedoch immer noch in unkonkreten Allgemeinplätzen. Lobenswert ist, daß die gesamte Grundtendenz des Diskussionsbandes gegen eine Vermarktung des Gesundheitswesens gerichtet ist.

Die Vorschläge zur strukturellen Neuordnung der medizinischen Versorgung leben, bei allen positiven Ansätzen, immer noch aus einem stark strukturalistischen Denken, welches in vielen Punkten ökonomische Macht- und Interessenverhältnisse ausklammert. Die Einfordierung einer „Gesamtverantwortung“ über eine parlamentarische Gesundheitsberichterstattung und eine Ausstattung der bisherigen „konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ mit mehr Kompetenzen, zeigt die bekannte auf Gremien gerichtete Fixierung, die nur wenig Momente einer lebendigen, basisnahen, aktiven Vertretung von Gesundheitspolitik beinhaltet. Der DGB müßte zu der Er-

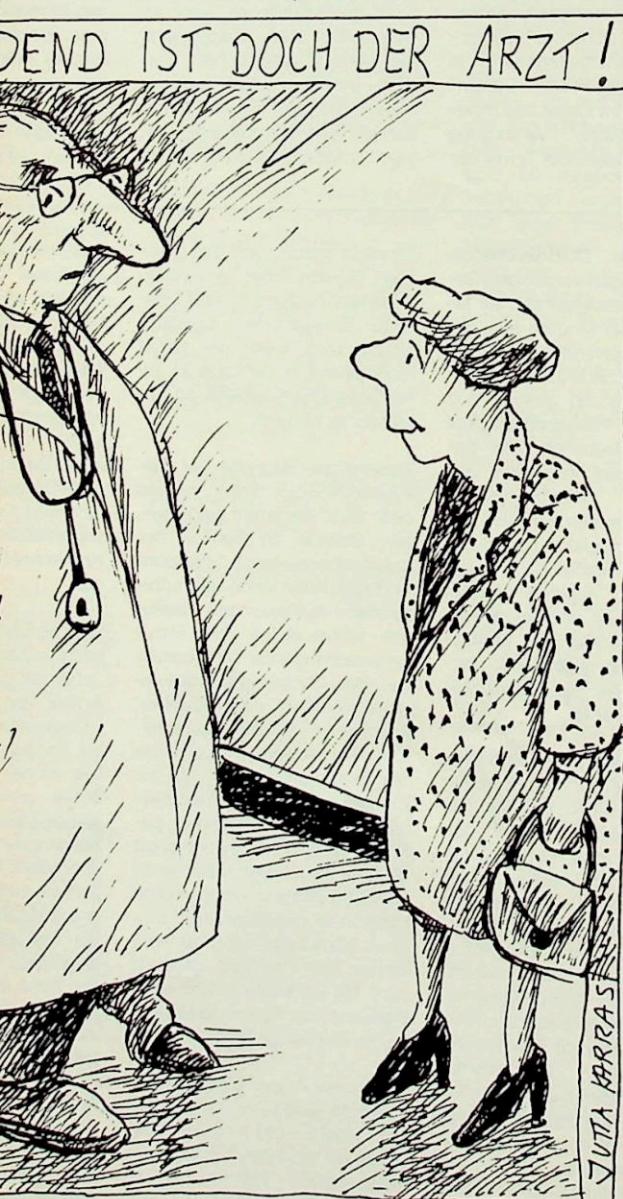
kenntnis finden, daß das ständige Gerede über dezentrale Organisationsformen und breite Diskussionen unglaublich wird, wenn der selbst nicht einmal in der Lage ist, eine Gesundheitsdebatte so zu gestalten zu bringen.

Wesentliche Bereiche der Diskussion werden weiter von ein oder zwei Personen bestritten, zum Beispiel im Bereich des Krankenhauswesens. Hier durfte Hagen Kühn seine sehr anregenden Auffassungen darlegen, wobei einige völlig unzusammenhängende Versatzstücke des Krankenhausdiskussionssteils dem Alt-„Experten“ Erwin Jahn noch zur Ausgestaltung angeboten wurden. Die „Einmanndiskussionen“ in der Krankenhausfrage hat nur deshalb zu keinem Debakel geführt, weil die Gewerkschaft diesmal mit Hagen Kühn einen in vollem Umfang kompetenten Fachmann verpflichtete. Solches Glück hatte der DGB nicht immer und hat sich dadurch zum Teil jahrelang in manchen Bereichen der Gesundheitspolitik ins Abseits gestellt.

Trotz allen Ärgers über Entstehen und Zeitpunkt der Veröffentlichung: Der vorliegende Band ist ein Muß für alle gewerkschaftlich Tätigen im Gesundheitsbereich und für alle gesundheitspolitisch Interessierten.

Das Jahrbu  
zin, Band 13  
ein Jahr alt,  
den Gebrau  
mal lobend e  
Arbeitsorgan  
kenpflege o  
wirkungen  
satzes im  
auch Daten  
in der Bunde  
land sind für  
andersetzun  
Krankenhaus  
bar.

Auf die Erar  
satzpositione  
Jahrbuch gle  
Artikel von  
„Krankenhaus  
ter der Kost  
hier sicher a  
Stelle gena  
dieser Artike  
besprochene  
über weite P  
lich wiederfir  
durchaus be  
Von der Verf  
zumindest in  
der Kühn im  
sche Medizi  
mit den Kon  
gen hinweis  
Kommission  
Anmerkung  
ihrer Struktur  
Krankenhaus  
hier sollten  
kein Hindern  
Jahrbuch zu



## impressum

### Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Sabine Drube (Heidelberg), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hattenberg), Christina Pötter (Gießen), Michael Regus (Siegen), Hartmut Reiners (Düsseldorf), Rolf Rosenbrock (Berlin), Annette Schwarzenau (Berlin), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobliess (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 Daalmann (ud) (Vi.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 an Schölzel (sts), Krankenpflege: Bettina Kollar (bk), Gesundheitspolitik: Matthias Albrecht (ma), Klaus Priester (kp), Niedergelassene: Gunnar Stempel (gst), Pharma: Ulli Raupp (urp), Prävention/Selbsthilfe: Uli Menges (um), Psychiatrie: Joachim Gill-Rode (jgr), Standespolitik: Gregor Weinrich (gw), Umwelt: Peter Walger (pw).

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

### Redaktionskonto für Spende:

Sonderkonto Norbert Andersch, Postgiroamt Essen Nr. 15420-430

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

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

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

Eröffnungsort und Gerichtsstand ist Köln. Bei Nächterscheinen durch höhere Gewalt kein Entschädigungsanspruch.

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Märzheft: 30. Januar 1989

Graphik: Jutta Karras, Christian Paulsen

Titelblatt: yn

Layout: Ursula Daalmann, Joachim Neuschäfer

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

ISSN: 0932-5425

## Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Die heftigen Auseinandersetzungen um den Paragraphen 218 in den siebziger Jahren erscheinen manchen schon als ein Kapitel aus der Geschichte. Doch in den letzten Monaten häufen sich die Angriffe auf Frauen, die abgetrieben haben. Angriffe indirekter Art wie das geplante Beratungsgesetz des Bundesgesundheitsministeriums, die verbalen Attacken einiger katholischer Bischöfe, die sich zu unsäglichen Vergleichen mit den Morden des Nationalsozialismus haben hinreißen lassen. Der bislang größte Skandal sind die Memminger Prozesse und die Verhöre von mehreren hundert Frauen in Rheinland-Pfalz.

Drei Frauenreferentinnen der Grünen aus Süddeutschland haben in dieser Situation kurz vor Weihnachten den Aufruf „Herr Staatsanwalt, Sie werden sich übernehmen!“ initiiert, der Mitte Januar in

der „taz“ und der „UZ“ veröffentlicht wurde. Er ist unterzeichnet von 600 Frauen und Männern unterschiedlicher politischer Couleur – Feministinnen, Grüne, DKP-Angehörige, Sozialdemokratinnen und Persönlichkeiten aus der Bewegung gegen den Paragraphen 218, die von den Initiatorinnen angesprochen wurden.

Parallel dazu begann die Zeitschrift „stern“ im Dezember eine neue Selbstbezeichnungskampagne, in der Frauen, die abgetrieben haben, Ärztinnen und Ärzte, die an einer Abtreibung mitgewirkt, und Männer, die beteiligt waren, dies öffentlich erklären konnten. Offen wird übrigens in der „stern“-Aktion – im Gegensatz zu der oben genannten – die Abschaffung des Paragraphen 218 gefordert.

Ende Februar wird das Bündnis „Frauen begehren Selbstbestim-

mung“ Bundestagspräsidentin Rita Süßmuth 20 000 Unterschriften von Personen überreichen, die die Abschaffung des Paragraphen 218 fordern.

So bedauerlich man es finden mag, daß 13 Jahre nach Inkrafttreten des unglücklichen Indikationsmodells die Angriffe gegen Frauen, die abtreiben, immer noch kein Ende gefunden haben, so unterstützenswert finden wir, wenn Frauen jetzt wieder öffentlich ihr Recht auf Selbstbestimmung einfordern. Doch auch die Widersprüche, die in den letzten zehn Jahren zu Tage traten, müssen formuliert werden, gerade weil eine Bewegung, die über diese hinwegredet, nicht die Stärke gewinnen kann, die notwendig wäre, die Hetze gegen abtreibende Frauen und an einer Abtreibung beteiligte Ärztinnen und Ärzte zu beenden. Dies wird das Schwerpunktthema des nächsten dg sein.

**Ihre dg-Redaktion**

## Nicaragua darf nicht alleine stehen

Die breite Schneise des Hurrikans hat Nicaragua vollständig erschüttert.

Mehrere medico-Projekte lagen mitten im Zentrum des Sturms: Tasba Pony, Santo Tomas & El Corral. Auch am Rio San Juan sind die Schäden beträchtlich: 400 Häuser ganz oder teilweise zerstört!

WIR SAMMELN DESHALB NICHT NUR GELD, SONDERN KÄMPFEN MIT TAUSEND GROSSEN & KLEINEREN PROBLEMMEN DES WIEDERAUFBAAUS:

- Transportmöglichkeiten
- Zinkblechbeschaffung
- Motorsägen
- Notstromaggregate
- Dachnägelbesorgung
- Medizinische Versorgung
- Trinkwasser

HELPEN SIE UNS BITTE BEI DIESER ARBEIT.

SPENDEN SIE REICHLICH AUF UNSERE KONTEN:

1800 Stadtsparkasse Ffm. BLZ 500 5012 oder Postgiro Köln 69 99-508. Stichwort: Hurrikanhilfe.

Kostenlose Infoblätter mit Schadensübersicht auch in größeren Mengen. (Rückporto in Marken beilegen).

Medico international · Obermainanlage 7 · 6000 Frankfurt 1 · Telefon 0 69 / 4 99 00 41 / 2





DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERHALTENSTHERAPIE

PIE E.V.

Dieter Kleiber, Armin I.

**Handlungsfehler und Mißerfolg**

– Beiträge zur psychosocialen Therapie

Die Beschäftigung mit den Schattenseiten der psychosocialen Therapie, mit Mißerfolgen und Handlungsfehlern ist überfällig. Können wir vertrauen, daß Schädigungen vermieden und Nebenwirkungen minimiert werden? Wann gelingt eine Psychotherapie, und wann droht sie zu scheitern? Aus gemeindepsychologischer, psychoanalytischer, gesprächstherapeutischer, verhaltenstherapeutischer und integrativer Sicht wird diesen Fragen nachgegangen.

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

HE 8

KARL BOEKER  
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

Tübinger Reihe 8  
104 Seiten, 15,80 DM  
ISBN 3-922686-86-9

Bernd Röhrle (Hrsg.)

**Handlungsfehler und Mißerfolg  
in der Psychotherapie**

Beiträge zur psychosocialen Praxis

TÜBINGER REIHE 9



Volkmar Sigusch und Steffen Fliegel (Hrsg.)

**AIDS**  
**AIDS**  
**AIDS**  
**AIDS**

Die Beiträge dieses Bandes versuchen in vielfältiger Form Antworten auf immer drängendere und neu aufgeworfene Fragen zum Thema Aids zu geben: provozierende im Hinblick auf vorherrschende gesundheits-, sozial- und rechtpolitische Auffassungen, realistisch aufklärende hinsichtlich der Infektionswege und -möglichkeiten sowie daraus abgeleitet: notwendige Strategien und Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung von Aids.

Es wird aufgezeigt, wie betroffene und nichtbetroffene Menschen auf die Herausforderung durch Aids reagieren und welche psychischen Auswirkungen die HIV-Infektion sowie die mit ihr betriebene Politik haben. Des Weiteren werden Versorgungsmöglichkeiten und Hilfsangebote dargestellt und hinsichtlich ihrer präventiven und kurativen Möglichkeiten, aber auch ihrer Widersprüche und Probleme diskutiert.

Tübinger Reihe 9  
96 Seiten, 15,80 DM  
ISBN 3-922686-88-5

Bernd Röhrle  
**Fragebogen zur verhaltenstherapeutischen Diagnostik depressiver Störungen**  
– Ein Kompendium

Die Zahl der diagnostischen Mittel im Bereich „depressive Störungen“ ist kaum noch zu überblicken. Wer einen Überblick über Fragebögen wünscht oder gezielt ein Verfahren sucht, findet in diesem Kompendium mit Sicherheit hilfreiche Hinweise für Forschung und Praxis. Es werden fast 70 Fragebögen vorgestellt und unter methodischen und praktischen Gesichtspunkten diskutiert. Die besprochenen Verfahren eignen sich zur Diagnostik bestimmter Arten depressiver Störungen, zur Analyse spezifizierter Problemkomponenten (z.B. depressiver Kognitionen), zur Untersuchung bestimmter Teilstichprobengruppen (z.B. Kinder) sowie für differentialdiagnostische Zwecke.

Materialie 20  
250 Seiten, Großformat im Ringbuch, 48,- DM  
ISBN 3-922686-87-7

**Fragebogen  
zur  
verhaltenstherapeutischen  
Diagnostik  
depressiver Störungen**  
Ein Kompendium  
von Bernd Röhrle  
  
dgvt  
Materialie 20  
Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie



DGVT (Hrsg.)  
**Gesundheits-Reformgesetz**

– Wie ein Gesetz notwendige Reformen verhindert – Analysen und Stellungnahmen

Bekanntermaßen plant die Bundesregierung ein Gesundheits-Reformgesetz (GRG). Wie sich dieses Vorhaben auf den psychosozialen und psychiatrischen Bereich auswirken würde, wird in dieser aktuellen Broschüre umfassend deutlich gemacht.

Darüber hinaus zeichnet die Broschüre den gegenwärtigen Diskussionsstand über Strukturreform und Kostendämpfung nach, bezieht kritisch Stellung und entwickelt alternative Reformmodelle aus gewerkschaftlicher Sicht.

In einem besonderen Kapitel werden berufsrechtliche Konsequenzen (vor allem für PsychologInnen) erörtert.

76 Seiten, 5,- DM (ab 10 Exempl. 4,- DM)  
ISBN 3-922686-83-4