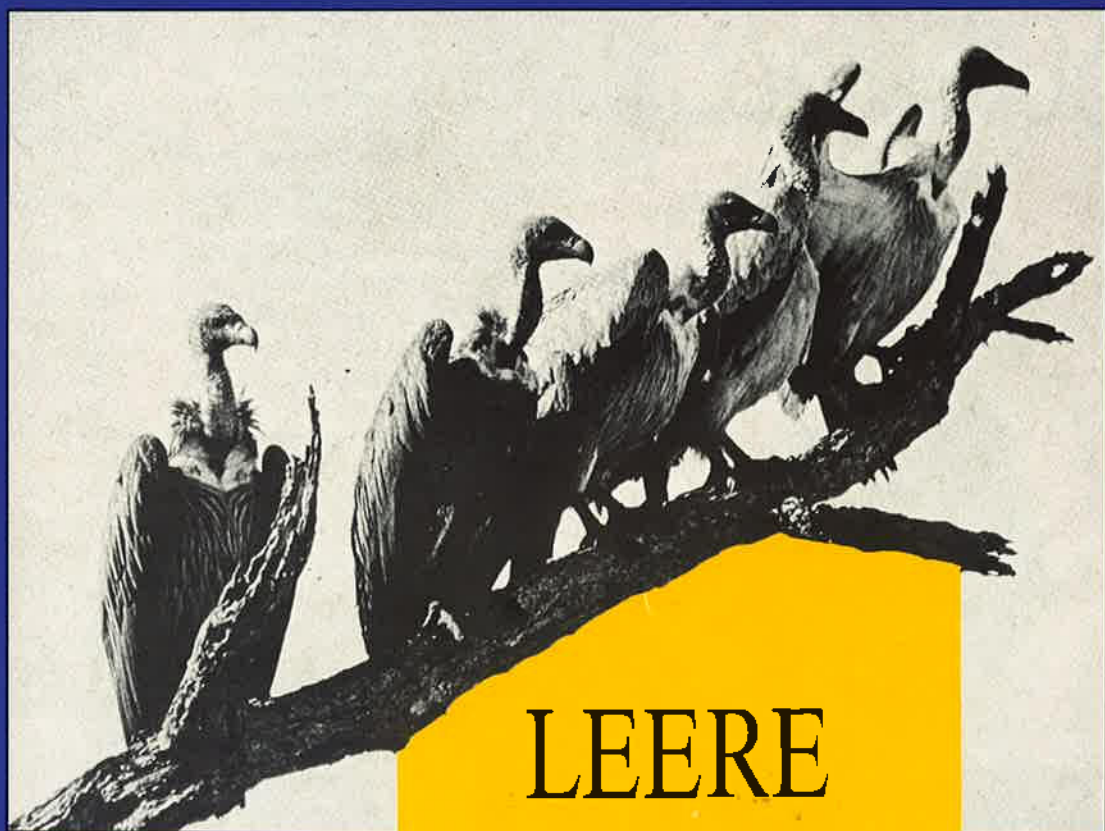


dg

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

Die 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 Trittbrettlärzte, 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 Leichtlohn-Ärzte(-im-Praktikum), die als Lohn-drücker in immer mehr Krankenhäusern geduldet werden, aber genau besehen nur Handlangerdienste verrichten dürfen.

Es wäre zu einfach, allein den strebsamen Jungmedizern für das „neue Klima“ den Schwarzen Peter zuzuschieben. Sicher hat die Unsitte hundertfach fotokopierter Bewerbungen vielen Chefärzten eine – nur scheinbar grenzenlose – Auswahlmöglichkeit suggeriert. Sicher haben „Gastärzte“ mit allen Abstufungen unwürdigen Anbieterns 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-Revolution. 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-Normalbeschäftigten“ 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 unstudierte 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

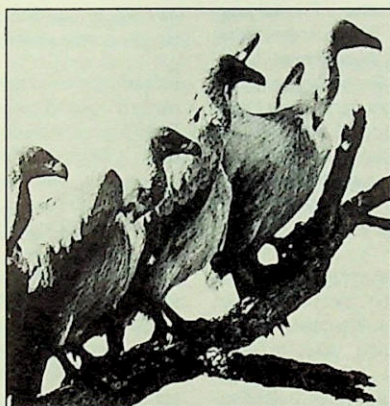
Dokumente

- Register 1988 19

Rubriken

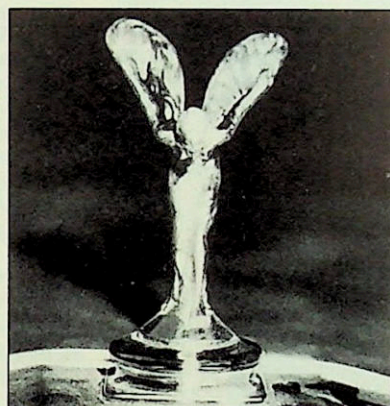
- Echo 4
- Trends 5
- Glötze 8
- Memo 8
- Lesezeichen 36
- Kölnstr. 198 39

IN HALT

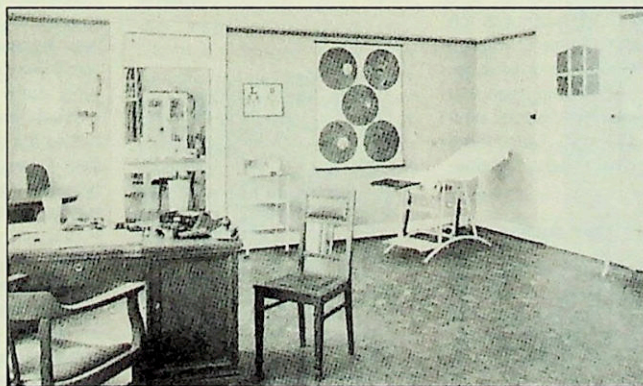


*Den Ortskrankenkassen steht
das Wasser bis zum Hals, und die
Versicherten laufen ihnen in
Scharen davon. Wer da vom „be-
währten System der gegliederten
Krankenversicherung“ schwatzt,
beweist nur Unkenntnis.
Was schnellstens passieren muß,
hat Matthias Albrecht
untersucht*

10 24



*Pecunia non olet, behauptet
der Lateiner, Geld stinkt
nicht. Winfried Beck, Vorsit-
zender des VdÄÄ, bezweifelt
die Behauptung. Zumindest
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 ungut 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-



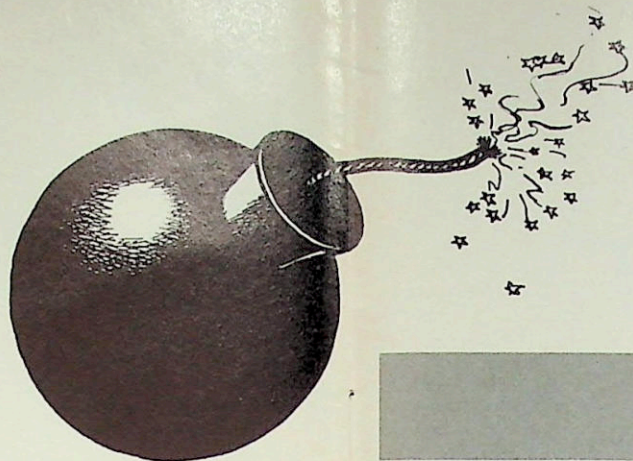
sondere in den Überschriften) zeigen. Sie tragen dazu bei, die Angst zu vergrößern, sich bei psychischen/psychosomatischen Problemen an den richtigen Fachmann zu wenden, weil der angeblich nur den Stempel „hysterisch“/„psychisch krank“ hat und einem nicht wirklich weiterhilft.

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 („Ich schwache 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 unterstütze ich dagegen voll und ganz.

HANS MARTIN OLBRICHT
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 „Schufften 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 hängten 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 schuldlos 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 angesichts 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 berufsferne 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/-pfleger“ 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 Tranquilizern 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 un beraten durch sachkundige Redaktionsmitglieder einen völlig unausgereiften und unausgegorenen 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 veröffentlichenswert.

WOLF HERMAN VON ARNIM
Idar-Oberstein

Fehler

dg 1/89: „Rebirthing? Die Studientagen“

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 auseinandergesetzt. 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, führte 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 ebenso wenig 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 Entschließungen 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 diesen Jahres in Kraft getreten ist, wurden weitere Veränderungen beschlossen, die über den Entwurf (siehe dg 11/88) hinausgehen. Festgeschrieben wurde die Einbeziehung 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 Privatschriften 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 ersatzlose Streichung des Paragraphen wurde Ende Dezember von der Volkskammer beschlossen.

Ärzttekammer 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 Neulsenburger 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: yn



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-

raum von 1982 bis 1985 in Berlin durchgeführt hat. Für eine Beteiligung der Luftschadstoffe 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.

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 Programmentwurf, 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.

Hannover: Widerspruch gegen Gen-Tec-Anlage

Gegen den Genehmigungsbescheid des niedersächsischen gewerbeaufsichtsamts für eine gentechnische Anlage der US-Firma Invitron haben die Hannoverischen 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 Aufwachdienst der Berufsgenossenschaft erklärte dazu, er habe in den Unterlagen keine Beschreibung gefunden, aus der die notwendigen Sicherheitsmaßnahmen hervorgingen.



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 Südostbayern, 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 Südostbayerns 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.

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 Ersatzmutterchaften durch künstliche Befruchtung und Embryoübertragung. Dies soll in dem geplanten Embryonenschutzgesetz festgeschrieben werden. Ein Entwurf dazu soll noch in der ersten Jahreshälfte vorgelegt werden.

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: Weiler



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 Obergericht, 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.“

Foto: Menzen

r Ärztetag 1986 Hannover



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 Weiterbildungslehrgang 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. (04 51) 731 75; Thomas Müller, Tel. (04 51) 28 30 66, und Norbert Borchert, Mozartstraße 1f, 2407 Bad Schwartau, Tel. (04 51) 2 66 78.

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 Organization“ wurde der Genetiker Victor McKusick von der Johns-Hopkins-Universität in Baltimore/USA. Mitarbeiten 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.



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. (04 21) 49 10 90.

10. – 12.2. Bonn

Frauenseminar: Geschäfte mit der Fruchtbarkeit. Hor(r)omone gegen Frauen in der sogenannten „Dritten Welt“
Kontakt: BUKO-Pharma-Kampagne, August-Bebel-Straße 62, 4800 Bielefeld 1, Tel. (05 21) 6 05 50.

15.2. Frankfurt

Seminar: Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitsorganisation in der Altenarbeit
Kontakt: FZBA der Arbeiterwohlfahrt, Gutleutstraße 319, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 27 10 60.

15.2. Hamm

„Sexualpädagogik und Aids-Prävention“
Kontakt: Institut für soziale Arbeit, Studdtstraße 20, 4400 Münster/Westfalen.

15. – 17.2. Frankfurt

Seminar: Pflege – Außenseiter in der Bildungs- und Tarifpolitik?
Kontakt: Berufsfortbildungswerk des DGB, Gutleutstraße 169-171, 6000 Frankfurt/M., Tel. (069) 23 50 91-95.

18.2. Hannover

Zentrale Informationsveranstaltung der oppositionellen Ärztinnen und Ärzte Niedersachsens zu den im Dezember stattfindenden Kammerwahlen
Kontakt: Dr. Wolf Zwickert, Tel. (05 11) 55 57 73.

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. (02 21) 25 29 17.

20. – 22.2. Essen

Seminar: Rechtliche Aspekte im Operationsdienst
Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Sekretariat, z. H. Frau Weiß, Königsgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 28 55 99 oder 27 48 29.

22. – 26.2. Tübingen

7. überregionale Workshop-tagung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt)
Kontakt: dgvt, Belthlestraße 15, 7400 Tübingen, Tel. (0 70 71) 4 12 11.

23.2. Köln

Workshop zum Erfahrungsaustausch für Mitarbeiter sozialpsychiatrischer Dienste
Kontakt: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Richard-Wagner-Straße 12, 5000 Köln 1, Tel. (02 21) 25 29 17.

23. – 24.2. Darmstadt

Seminar: Krisenhelfer Chemie – Psychopharmaka in der Altenpflege
Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (0 61 51) 40 33 48.

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. (0 57 66) 810.

27.2. – 3.3. Bielefeld

„Standhalten? Standorte, Perspektiven und Begrenzungen in der Arbeit mit schwer- und mehrfachbehinderten Menschen mit geistiger Behinderung“
Kontakt: Von-Bodelschwingsche Anstalten, z. Hd. Herrn Post, Postfach 130 207, 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. (0 61 51) 40 33 48.

1.3. Frankfurt

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

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, Schachhauser, Heerstraße 67, 2800 Bremen 1.

6. – 10.3. Hamburg

Bildungsurlaubsseminar: Krankenpflege im Nationalsozialismus III
Kontakt: Berufsfortbildungswerk des DGB, Billhorner Deich 94, 2000 Hamburg 28, Tel. (040) 7 88 52 25 / 44.

6. – 10.3. Karlsruhe

Fortbildungskurs für pflegerische Mitarbeiter in Sozialstationen, Krankenhaus und Altenpflegestation: „Schwerkranken und Sterbende begleiten“
Kontakt: Evangelisches Fachseminar Karlsruhe-Rüppurr, Diakonissenstraße 28, 7500 Karlsruhe-Rüppurr, Tel. (07 21) 8 89 26 63.

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) 4033 48.

8. - 9. 3.

Frankfurt

Seminar: Psychopharmaka im Alter
Kontakt: FZBA der AWO, Gutleutstraße 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-Polligkeits-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 – Patientenzeitungen 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, Königsgrätzstraße 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 Weiterbildungslehrgangs zur/zum Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie
Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Gutleutstraße 169-171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 23 50 91 - 95.

4. - 6. 4.

Karlsruhe

Seminar: „Kooperation der Pflegekräfte mit Angehörigen von Patienten in Krankenhaus und Altenheim“
Kontakt: Evangelisches Fachseminar Karlsruhe-Rüppurr, Diakonissenstraße 28, 7500 Karlsruhe-Rüppurr, 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: „Zukunftsaufgabe 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 gruppenspezifische 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 Kinderarztpraxis 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 Pasanti 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 Ebracht
Individualität als lebendige Ganzheit.
Die vitalistische Ganzheitspsychologie von Hans Driesch

Paul Brieler
'Sorgenkinder'
in der Wehrmachtspychologie

Günter Rexilius
Politisch-psychologische Anmerkungen
zum sogenannten Historiker-Streit

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

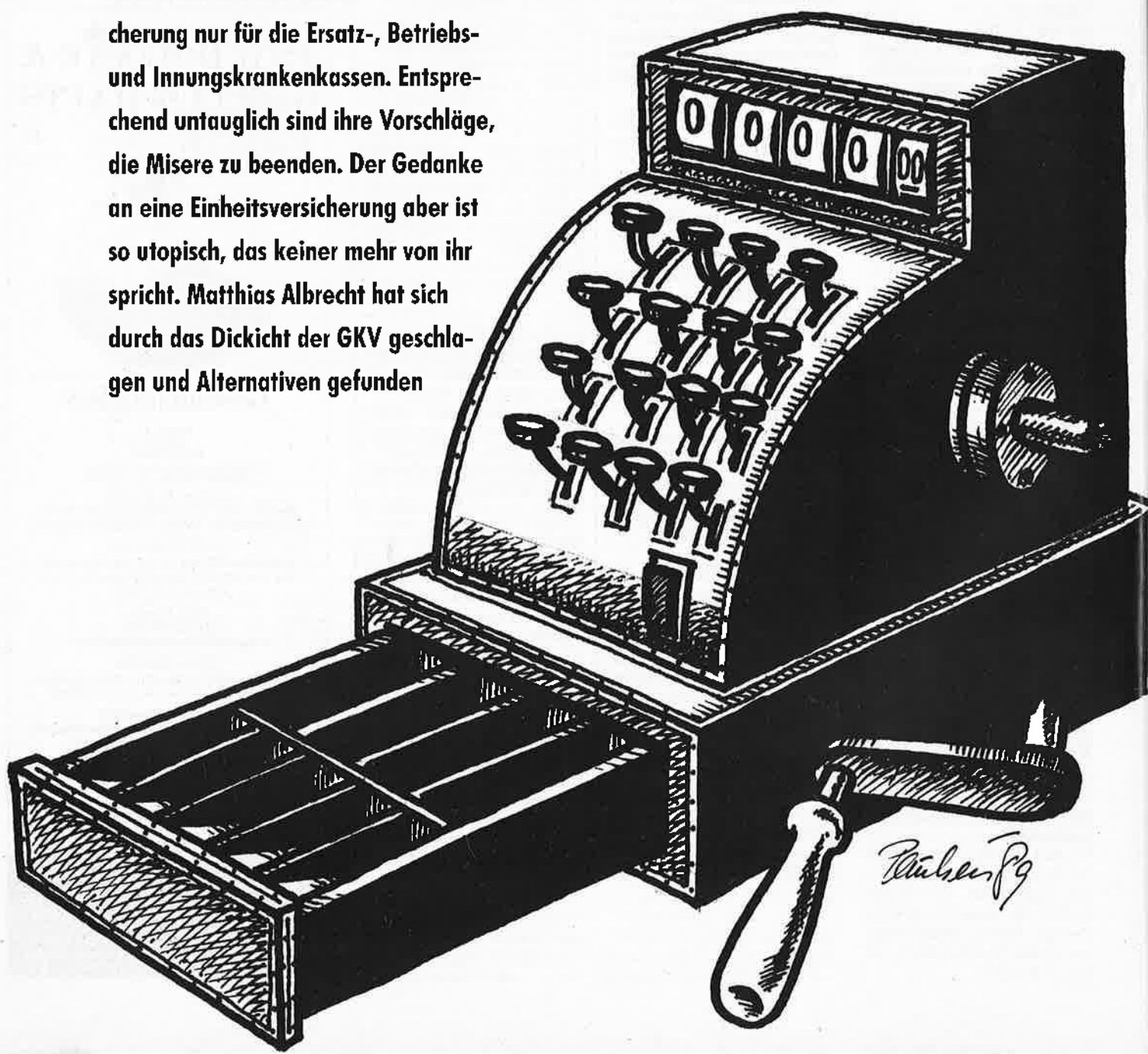
REZENSIONEN

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 Beitragssätzen 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



Die Lage ist hoffnungslos, aber nicht ernst. – Mit diesem frivolen Kalauer beschreibt der Geschäftsführer einer nord-deutschen 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 überdurchschnittlichem 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 schlichtweg 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 Notbremse gezogen. Ihre Selbstverwaltungsorgane 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 Selbstverwaltungsorgane 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.

Wer 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 selbstständigen 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 Durchschnittsverdieners in Hamburg mit 3000 Mark Bruttocinkünften 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-, beziehungsweise 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 beziehungsweise Berufsgruppen mit einer günstigen Versicherten- oder „Risikostruktur“, wie es im Krankenkassendeutsch heißt, ihre eigenen Krankenkassen aufmachen, entziehen sie sich damit dem Solidaritätsgleich 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 Enquete-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 nicht 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.

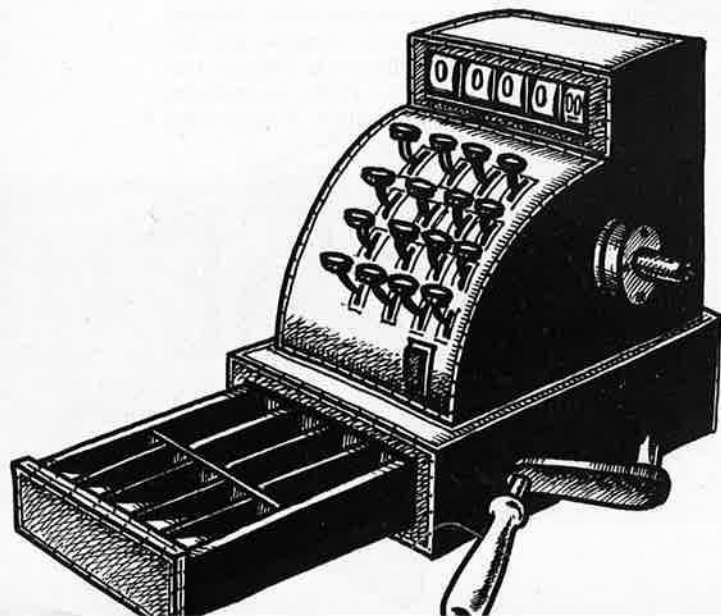
Gelöst werden kann das Problem nur, wenn die Risiken der gesetzlichen Krankenversicherung gleichmäßig über alle Kassenarten verteilt werden und sich dadurch die Beitragssätze angleichen. Ersatz-, Betriebs- und In-

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 Verbandszeitschrift „Die Betriebskrankenkasse“ in der Ausgabe 8-9/87 den Lesern weismachen und hat auch gleich die Begründung für diese forsche Behauptung zur Hand. „Wegen ihrer Betriebs- und Versichertenstärke können Betriebskrankenkassen spezifische und bedarfsgerechte Leistungen anbieten. Weil diese Leistungen ausgesprochen versichertenbezogen 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 Verbandschrift 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 Handlungsdruck zu setzen“. Stuppardt „beweist“ dies mit eigenen Berechnungen, wonach die AOK Duisburg mit einem Beitragssatz von „beschneiden“ 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 anbettelt“

vor Ort dieselben Krankenhauspflege-sätze, Arzthonorare und Arzneimittel-preise wie die AOK; da gibt es keine wie auch immer „versichertenbezoge-ne“ 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 An-zeichen 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 Rent-ner), bei den AOKs waren es 44,1 Pro-

SÜD-NORD-GEFÄLLE

BEITRAGSSÄTZE DER AOKS

Unter den 268 AOKs gibt es große Unterschiede in der Höhe der Beitrags-sätze. Um das regionale Ungleichge-wicht deutlich zu machen, haben wir die Beitragssätze in drei Klassen einge-teilt und auf eine Karte der Bundesre-publik übertragen.

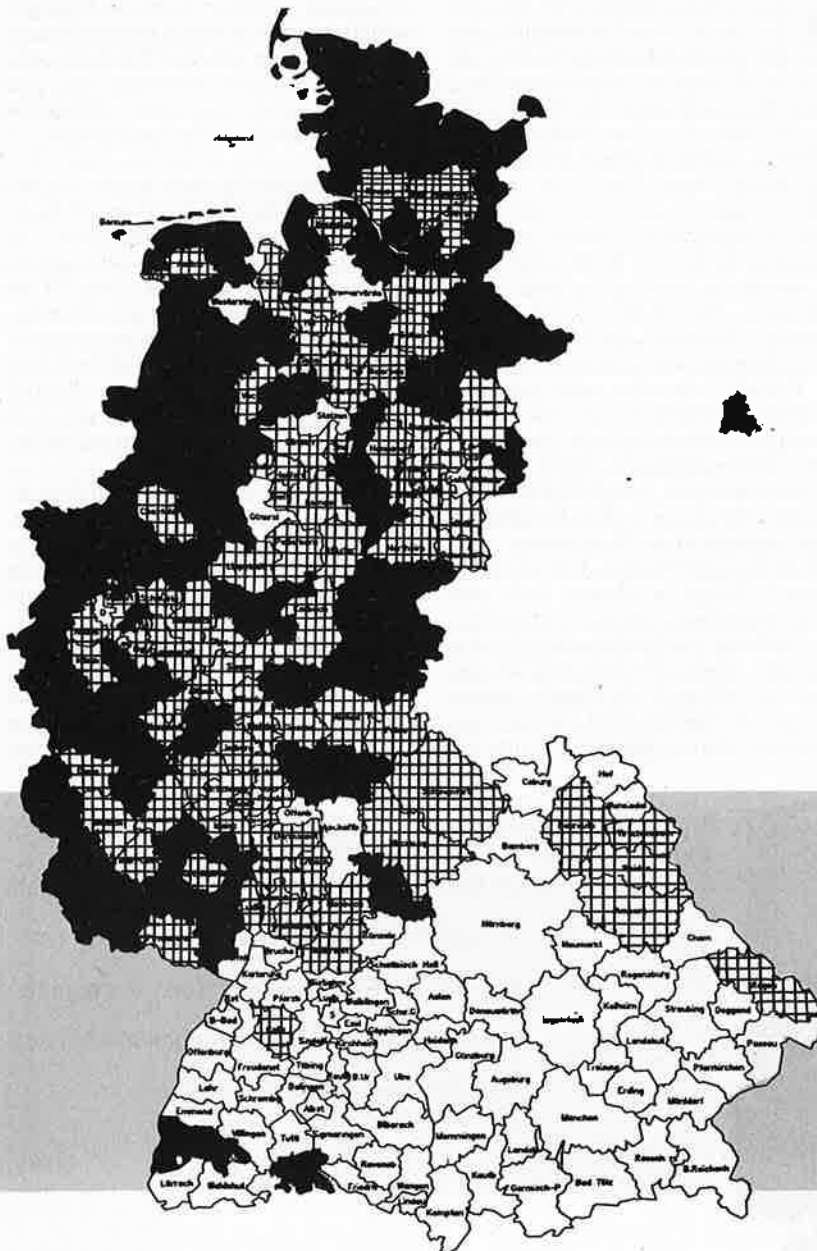
In den geschwärzten Regionen hat die AOK jeweils einen Beitragssatz von 14 Prozent und mehr (Maximum: Papenburg mit 16 Prozent). Hier sind die AOKs faktisch nicht mehr in der Lage, mit den anderen Kassenarten ernsthaft zu konkurrieren. Es drohen „Hamburger Verhältnisse“, das heißt, die AOK wird über 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 Betriebs-krankenkassen (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-Bei-tragssätze wird auf einen Blick deut-lich. Nördlich des Mains haben nur die AOKs in Westerstede, Bremervörde, Salzgitter, Stolzenau, Gütersloh, Düs-seldorf und Leverkusen einen Beitrags-satz 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 Tau-herbischsheim, Freiburg und Kon-stanz nur drei „schwarze Schafe“ mit einem Beitragssatz von über 14 Pro-zent. Außerdem haben einige AOKs in Unterfranken, im Bayerischen Wald und der Region um Mannheim-Heidel-berg Beitragssätze zwischen 13 und 14 Prozent. Die anderen AOKs in Bay-ern 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 Sandler, 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 Sandler nun, daß die Gründung einzig davon abhängt, daß sich im Betrieb 450 Beitrittswillige 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 Beschluß 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 Beschluß zu berufen, dann stehen am nächsten Tag die Betriebsratsführer 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 zusehen, 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.

Für 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 Vernehmen nach nicht einmal eine Stunde. Die „wohlhabenden“ AOKs weigerten sich, das Thema überhaupt ernsthaft zu diskutieren. Auch auf Landesebene scheiterten Versuche, einen Finanzausgleich zustande zu bringen: In Hessen legten sich die Arbeitgeber quer, und in Niedersachsen wurden gar die Gerichte be-

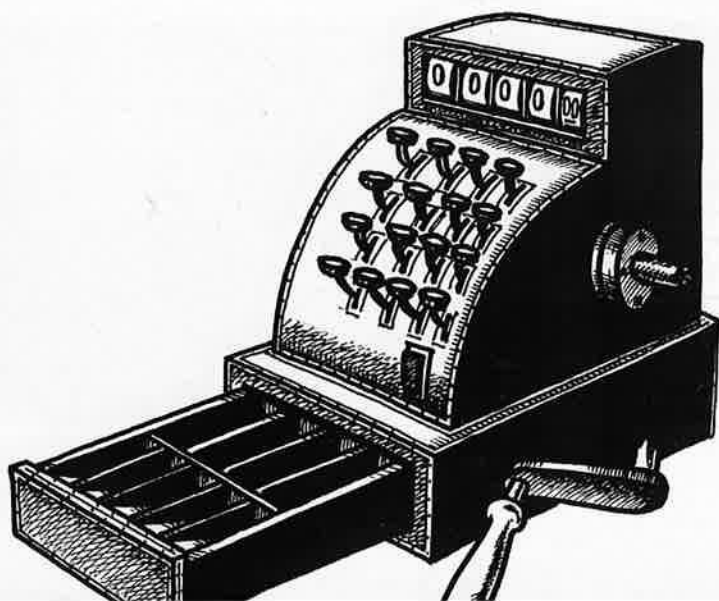
müht, um dem AOK-Landesverband einen Kredit für die notleidende AOK Papenburg zu verbieten.

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 beinhalte. 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 kassenarteninternen Finanzausgleich zum Programm erhoben worden. Dagegen sprachen sich nur baden-württembergische Delegierte um den Bundestagsabgeordneten Klaus Kirchner aus. Sie forderten einen regionalen, kassenartenübergreifenden 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 geschenkt, 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 gutsituierten befinden.

Die Vorschläge, die im Zusammenhang mit der GRG-Diskussion von den Krankenkassenverbänden 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 Unvereinbarkeit 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 Versichertenstrukturen 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 Ungerechtigkeit, 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 Gesundheitsökonomien, die sonst als Hohepriester der Marktwirtschaft bekannt sind, mittlerweile einschen, 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.

Das 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 Grundlohnausgleich 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 Kamelen und die Blödsinnigkeit 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 gesehen 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 könne, weil sie dableibt, dann mache ich das nicht, wenn ich sehe, was sie an Arbeit da liegen hat.

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

Y: Um das Berichtsheft zu führen, kann ich mich in der Praxis nach hinten setzen und immer mal 20 Minuten abzwacken. 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 Ausbildungsvertrag 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 erleben 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 einseitiger 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 Zahnarzthelferinnen 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 Berichtsheft 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 herumplantzen 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 Zahnarzthelferinnen 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 Anrufen nicht nachgehen, außerdem wären sie nur für Durchgangsarzte zuständig. Ich habe mich dann auch an die Ärztekammer gewandt, weil ich die Praxis wechseln wollte, aber die haben mich zunächst nur getröstet. Es könne ja einmal ein Ausbildungsberater in die Praxis kommen, ich solle zunächst einmal mit der Ärztin sprechen, weil sie mir ja kündigen könne oder den Wechsel verweigern. Außerdem könne man nicht laufend die Praxis wechseln, das ginge

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 wechseln 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, da 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 Dachdeckergerelle 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 schon, daß ich die Kurve kriege. Ich muß mich doch nicht behandeln lassen wie ein kleines Dummerchen, das nichts kann. □

Anzeige:

Wenn 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**

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 Kli-
nikum
- 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 ei-
nes 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 Sozial-
politik
- 21 Gesundheitsförderung im informel-
len Bereich
Von Alf Trojan, Christiane Deneke,
Michael Falts und Helmut Hilde-
brandt
- 2/88 7 Einsichtsfähig?
Kasten zur geplanten Privatisierung
des LKH Tiefenbrunn
- 10 Von Nobbys Stammtisch
Strukturreform im Gesundheits-
wesen
- 13 Das Blümpaket
Geplante Einsparungen im Gesund-
heitsreformgesetz
- 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 Daten-
schutzes im Gesundheitsreformge-
setz
- 14 Einstieg in den Einstieg
Ambulante Pflege und Strukturre-
form
- 23 Das 4,8-Milliarden-Ding
Strukturreform und Pharmaindu-
strie
- 28 „Die Politiker erklären uns für über-
geschnappt“
dg-Interview mit Klaus Dörner
- 4/88 2 Mit Spielgeld an die Börse?
Kommentar von Norbert Andersch
zur Gesundheitspolitik der Gewerk-
schaft
- 18 Die Finanzierung der Versorgung
Pflegebedürftiger
Daten zur Gesundheits- und Sozial-
politik
- 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

Register 1988

Heft 1/88 bis 12/88

- 5/88 18 Wer hat da geschummelt?
Kampagne gegen Beratungsstellen
- 23 Zuviel der Ehre
Ulf Fink will mehr unbezahlte Sozial-
arbeiterinnen
- 6/88 2 Saure Drops
Kommentar von Udo Sierck zu den
Folgen der geplanten Strukturre-
form für chronisch Kranke und Be-
hinderte
- 16 Stilles Begräbnis
Solidarbeitrag der Pharmaindustrie
gestorben
- 19 Entschließungsantrag der opposi-
tionellen Delegierten auf dem
91. Ärztetag zur Strukturreform
- 23 Schlechte Noten
Trude Unruh kommentiert die Strei-
chung des Sterbegeldes
- 24 Wenn der Hund beim Schinken
steht
Streitgespräch über die Gewerk-
schaftsstrategie in der Strukturre-
formdebatte
- 2 Sand ins Getriebe
Kommentar von Norbert Andersch
zur Krankenhauspolitik
- 20 Per ordre de mufti
Neue Verschärfungen beim Ge-
sundheitsreformgesetz
- 22 Unter der Latte durch
dg-Interview mit Karl-Hermann
Haack und Dr. Robert Paquet, SPD
- 24 Genial und teuflisch?
Festbetragsregelung für Arznei-
mittel
- 36 Ganz egal
Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz
- 9/88 18 Das Gesundheitswesen erneuern
Antrag für ein gesundheitspoliti-
sches Programm der SPD
- 20 Entwurf einer Positivliste für Medi-
kamente
Von Gerd Glaeske
- 34 Jongleure am Werk
Was bewirkt der Kahlschlag des
LVR in der Mönchengladbacher
Landesklinik?
- 10/88 19 „Gesundheit für alle“
Implikationen für das Pflege-/Heb-
ammenwesen
- 23 Forever young?
10 Jahre Gesundheitsladen Berlin
- 24 Geredet ist genug
Zum Gesundheitsreformgesetz
- 11/88 12 Am Sessel gesägt
Von der normativen Kraft des Utopi-
schen oder „Das klassenlose Kran-
kenhaus“
- 31 „1984“ ist vorbei
Rolf Kegel, Die Grünen, zum Daten-
schutz im GRG
- 12/88 2 Datenboykott gegen Blüm
Kommentar von Michael Wunder,
Die Grünen, zum Datenschutz im
GRG
- 26 ÖTV-Vorschläge zum Pflegenot-
stand

Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

- 1/88 24 Endstation
Alltag auf einer psychiatrischen Sta-
tion. 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 Sta-
tion. Teil III
- 3/88 19 Überlegungen zur sozialverträgli-
chen Gestaltung integrierter EDV-
Anwendungen im Krankenhaus
Der Fall Bernbeck
- 32 Ein Lehrstück über die Hierarchie
- 4/88 7 Alle sauber?
Kasten zu HIV-Tests bei Patienten
und Beschäftigten am Aachener Kli-
nikum
- 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 Helferliche
Streik am Reha-Zentrum Hohen-
honnef
- 30 Texasklinik Bremen
Korruptionsskandal am Zentral-
krankenhaus St.-Jürgen- Straße
- 10/88 2 Entweder – oder. Kommentar von
Bettina Kolmar zum Pflegenotstand
- 16 Verlogenes Getue
Wie links Ärzte mit Ihren Helferinnen
umgehen
- 22 Klinikeigene 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 sei-
ne 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 Bild-
schirmarbeit
- 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 Medizinfach-
schaften in Köln
- 1/88 26 Muff raus!
Thesen zum Krankenpflegeunter-
richt
- 3/88 7 Kein Ausstieg
Kasten zur Auseinandersetzung der
Studenten mit dem AIP

- 4/88 9 Trauerspiel
Kasten zu studentischen Aktionen
in Lübeck
- 5/88 24 Auf zum Kadi
Unterrichtskräfte und Ausbildungs-
finanzierung in der Krankenpflege
- 7-8/88 26 Flaschenhals
AIP wird rechtskräftig

Datenschutz

- 3/88 2 Dilemma
Kommentar von Norbert Mappes-
Niediek zum Problem des Daten-
schutzes im Gesundheitsreformge-
setz
- 4/88 7 Alle sauber?
Kasten zu HIV-Tests bei Patienten
und Beschäftigten am Aachener Kli-
nikum
- 4/88 12 Pst! Schweigepflicht
Datenschutz im Krankenhaus
- 11/88 31 „1984“ ist vorbei
Rolf Kegel, Die Grünen, zum Daten-
schutz im GRG
- 12/88 2 Datenboykott gegen Blüml
Kommentar von Michael Wunder,
Die Grünen, zum Datenschutz im
GRG

Demokratie

- 1/88 32 Nur nach Vorschrift
Folter in türkischen Gefängnissen
- 2/88 26 Nötigung
Gespräch mit Sabine Pabel
- 5/88 26 Risiko sowieso
Giftgas in der Bundesrepublik
- 11/88 19 Gewissen und Eigenverantwortung
im Arbeitsleben
Eine arbeitsrechtliche Bewertung
des Neusser Ärzteprozesses
- 26 Die letzten Reservate
Demokratie in den Ärztekammern
- 27 Pappkameraden in der Hessischen
Ärztekammer

Ernährung

- 1/88 5 Apfel, Nuß und Mandelkern
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
- 2/88 5 Ausschleichend
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
- 5/88 7 Schwankend
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
- 7-8/88 7 Prost!
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
- 11/88 7 „Helle Vielfalt“
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
- 34 Auf ein Neues
Boykott gegen Nestlé

Ethik

- 1/88 2 Ein neuer erster Schritt?
Kommentar von Renate Jäckle zu
den Richtlinien der Bundesärzte-
kammer für die Sterilisation geistig
Behinderter
- 7 Abgestürzt
Kasten zu den Reaktionen auf das
Bekanntwerden der Verwendung
Anencephaler als lebende Organ-
spender
- 16 Deutsche Jagdszenen
Die Bundesärztekammer und die
Vergangenheit
- 32 Nur nach Vorschrift
Folter in türkischen Gefängnissen
- 2/88 2 Kommentar von Peter Walger zur
Vertuschung der Gefahren der
Atomenergie
- 7 Abgestürzt
Kasten über neugeborene Anenze-
phale als Organspender

- 3/88 21 Kein neues Sterilisationsgesetz
Aktualisierter Appell des AK zur Ge-
schichte der „Euthanasie“
- 4/88 2 Zucht und Ordnung
Kommentar von Karin Kieseyer zum
geplanten Embryonenschutzgesetz
- 6/88 10 Schwarz, weiß oder grau?
Das Essener Methadonprogramm
für HIV-Infizierte
- 7-8/88 27 Mißbrauch angelegt
Grünen-Hearing zur Zwangssterili-
sation
- 28 Zur Problematik der Sterilisation
einwilligungsunfähiger Menschen
Vom Bundesministerium der Justiz
- 31 Die Lebenssituation von Betroffe-
nen außerhalb von Einrichtungen
Von Ingrid Häusler, Die Grünen
- 32 Kein neues Sterilisationsgesetz
Von Michael Wunder, Die Grünen
- 9/88 10 Beim Gen-TÜV
Humangenetische Beratungsstellen
- 11/88 19 Gewissen und Eigenverantwortung
im Arbeitsleben
Eine arbeitsrechtliche Bewertung
des Neusser Ärzteprozesses
- 23 Euro-Eugenik
Forschungsprogramm zur Genom-
analyse

Frauen

- 2/88 24 's war immer so, 's war immer so
Krankenschwestern durch DRK-
Verträge benachteiligt
- 30 Den Onkel abwehren
Wie kann sexueller Kindesmiß-
brauch verhindert werden?
- 3/88 34 Herrenwitze
„Medical Tribune“ und einfacher
Sexismus
- 4/88 26 Unter dem großen Jesuswort
Bericht einer Zwangssterilisierten
- 5/88 2 Zucht und Ordnung
Kommentar von Karin Kieseyer zum
geplanten Embryonenschutzgesetz
- 18 Wer hat da geschummelt?
Kampagne gegen Beratungsstellen
- 23 Zuviel der Ehre
Ulf Fink will mehr unbezahlte Sozial-
arbeiterinnen
- 28 „Anschlagrelevantes Thema“
Interview mit Frauen vom Essener
Genarchiv
- 6/88 21 Gesetzentwurf der Bundesregie-
rung zum Embryonenschutz
Gesetzentwurf der Grünen zum
Fortpflanzungsschutz
- 7-8/88 12 Eine Dame gefällt?
Zur beruflichen Situation von Ärz-
tinnen
- 42 Aushalten oder Aussteigen
Fluktuation bei Krankenschwestern
- 55 „Nuts“
Ein Film über sexuellen Mißbrauch
von Mädchen
- 9/88 7 Mehr schwere Mißbildungen?
Kasten zu Risiken von Mißbil-
dungen nach In-Vitro-Fertilisation und
anschließendem Embryo-Transfer
- 10 Beim Gen-TÜV
Humangenetische Beratungsstellen
- 10/88 2 Entweder – oder. Kommentar von
Bettina Kolmar zum Pflegenotstand
- 10 Messer im Kopf
Sexueller Kindesmißbrauch
- 16 Verlogenes Getue
Wie linke Ärzte mit ihren Helferinnen
umgehen
- 21 Prävention von sexuellem Miß-
brauch an Mädchen und Jungen
- 11/88 8 Arzneistabilisierte Gesellschaft
Kasten zum Arzneiverordnungsre-
port des WIdO
- 23 Euro-Eugenik
Forschungsprogramm zur Genom-
analyse

- 12/88 18 Offenes Geheimnis
Arzthelferinnen sollen schweigen
- 30 „Brutort“
II. Kongreß „Frauen gegen Gen-
und Reproduktionstechnologien“
- 36 Offenbar anders, dramatischer
dg-Interview mit Dr. Hans Jäger zur
besonderen Betroffenheit HIV-infi-
zierter Frauen

Frieden

- 2/88 27 Nötigung
Gespräch mit der wegen Nötigung
verurteilten Hebamme Sabine Pabel
- 3/88 25 Mobilmachung
Zimmermanns Gesetzentwurf zum
Zivilschutz
- 4/88 22 Einplanung des Gesundheitswe-
sens für Verteidigungsbelange
Zyniker im Ärzteblatt
Über das ärztliche Gewissen bei der
Kriegsvorbereitung
- 5/88 26 Risiko sowieso
Giftgas in der Bundesrepublik
- 6/88 34 Totalausfall
Zur gesundheitlichen Versorgung im
Libanon
- 7-8/88 9 Triage auf Englisch
Kasten zum Zivilschutz in Großbri-
tannien
- 11/88 19 Gewissen und Eigenverantwortung
im Arbeitsleben
Eine arbeitsrechtliche Bewertung
des Neusser Ärzteprozesses
- 30 Titanic-Syndrom
Horst Peter, ASG, kommentiert den
Entwurf zum Zivilschutzgesetz
- 12/88 7 War-Games
Kasten zur Kriegsplanung in der
Übung WINTEX/CIMEX '88

Gentechnologie

- 5/88 2 Zucht und Ordnung
Kommentar zum Embryonenschutz
von Karin Kieseyer
- 28 „Anschlagrelevantes Thema“
Interview im Essener Gen-Archiv
- 6/88 21 Gesetzentwurf des Bundesjustizmi-
nisteriums zum Embryonenschutz
Gesetzentwurf der Grünen zum
Fortpflanzungsschutz
- 9/88 10 Beim Gen-TÜV
Humangenetische Beratungsstellen
- 11/88 23 Euro-Eugenik
Forschungsprogramm zur Genom-
analyse
- 12/88 30 „Brutort“
II. Kongreß „Frauen gegen Gen-
und Reproduktionstechnologien“

Gewerkschaft

- 1/88 30 „Heute ihr, morgen wir“
Zur Demonstration der ÖTV in
Rheinhausen
- 2/88 2 Dilemma
Kommentar von Norbert Mappes-
Niediek zum Problem des Daten-
schutzes im geplanten Gesund-
heitsreformgesetz
- 3/88 2 Mit Spielgeld an die Börse?
Kommentar von Norbert Andersch
zur Konzentrierten Aktion
- 4/88 23 Fallpauschalen – Ein Preissystem
für Krankenhausleistungen?
Eine Kritik von Erich Standfest
- 30 35-Stunden-Woche
Warnstreik der ÖTV
- 6/88 8 Aufgetaucht
Kasten zur Diskussion über die
Konzentrierte Aktion
- 24 „Wenn der Hund beim Schinken
steht“
Streitgespräch über die Gewerk-
schaftsstrategie in der
Strukturreformdebatte
- 7-8/88 39 Kontrapunkt
ÖTV zu Aids im Krankenhaus

- 9/88 24 Helferliche
Streik am Reha-Zentrum Hohen-
honnef
- 10/88 24 Geredet ist genug
Zum Gesundheitsreformgesetz
- 28 Nichts mehr wie vorher
Streik am Reha-Zentrum Hohen-
honnef
- 11/88 28 IWF-Syndrom
Aktionen gegen den Pflegenotstand
in Berlin
- 12/88 26 ÖTV-Vorschläge zum Pflegenot-
stand

Historisches

- 1/88 2 Ein neuer erster Schritt?
Kommentar von Renate Jäckle zur
Sterilisation geistig Behinderter
- 16 Deutsche Jagdszenen
Die Bundesärztekammer und die
Vergangenheit
- 2/88 32 Geheimbezirke?
Zur Zusammenarbeit von SS und
Betriebsärzten
- 4/88 26 Unter dem großen Jesuswort
Bericht einer Zwangssterilisierten
- 32 KZ-Traumen
Die Auschwitz-Hefte der „Przeglad
Lekarski“
- 6/88 32 Oswiecim – Auschwitz
Ein Besuch im März 1988
- 7-8/88 52 Störfall besonderer Art
125 Jahre Bayer
- 10/88 23 Forever young
Zehn Jahre Gesundheitsladen
Berlin
- 28 Mit zwei Pünktchen versehen
Schicksale Münchner Ärzte
- 11/88 12 Am Sessel gesägt
Von der normativen Kraft des Utopi-
schen oder „Das klassenlose Kran-
kenhaus“
- 12/88 34 100 Jahre deutscher Rassismus
Eine Ausstellung in Köln
Das ist ein Auffülltext Das ist ein

Internationales

- 1/88 32 Nur nach Vorschrift
Folter in türkischen Gefängnissen
- 2/88 16 British disease – british cure
Krise im britischen Gesundheits-
wesen
- 28 Medizin mit nichts
Ein Bericht aus Vietnam
- 3/88 16 „Äußerst notwendig“
Ein Kommentar von Jewgenij Tschas-
sow über die Umgestaltung des so-
wjetischen Gesundheitswesens
- 30 „Anne, Anne!“
Türkische Kinder im Krankenhaus
- 5/88 19 Psychiatrie in der UdSSR
Ein Bericht über Marina Pristawka
- 21 Was verändert sich in der Psychia-
trie der UdSSR?
Von Alexander Tschurkin, Chef-
psychiater im Gesundheitsministe-
rium der UdSSR
- 30 „Wir hielten uns für gut informiert“
Eindrücke aus Südafrika
- 31 Cry freedom
Filmkritik von Peter Schröder
- 6/88 34 Totalausfall
Zur gesundheitlichen Versorgung im
Libanon
- 7-8/88 9 Triage auf Englisch
Kasten zum Zivilschutz in Großbri-
tannien
- 46 „Einmal sehen ist besser als hun-
dertmal hören“
Ein Bericht aus Vietnam
- 9/88 26 Ärztetourismus
Ein Bericht aus Kalkutta
- 32 Wiener Premiere
Europäische Pflegekonferenz der
WHO
- 10/88 18 Klein, aber fein
Tagung der École Dispensé de
Santé

- 11/88 21 Gesundheitswesen und traditionelle
Medizin in Botswana
- 23 Euro-Genetik
Forschungsprogramm zur Genom-
analyse
- 24 „Wir experimentieren mit einer Mo-
delldgesellschaft“
Interview mit Dr. Mickey Iyambo,
SWAPO
- 12/88 10 Spenden für Nicaragua!
Aktion 5 Prozent vom Weihnacht-
geld

Krankenpflege

- 1/88 19 Die Versorgung Pflegebedürftiger
Daten zur Gesundheits- und Sozial-
politik
- 23 Im Wehrauchdunst
Skandal in Warendorfer Pflege-
heimen
- 24 Endstation
Alltag auf einer psychiatrischen Sta-
tion, Teil II
- 26 Muff raus!
Thesen zum Krankenpflegeunter-
richt
- 28 Ausbrennen
Die Helfer auf Krebsstationen
- 2/88 23 Die Versorgung Pflegebedürftiger
Fortsetzung aus dg 1/88
- 24 's war immer so, 's war immer so
Krankenschwestern durch DRK-
Verträge benachteiligt
- 34 Endstation
Alltag in Psychiatrie, Teil III
- 3/88 10 Traumjob
Ambulante Krankenpflege
- 14 Einstieg in den Einstieg
Kommentar zur geplanten „Absi-
cherung“ des Pflegerisikos von
Klaus Priester
- 4/88 19 Die Finanzierung der Versorgung
Pflegebedürftiger
- 22 Einplanung des Gesundheitswe-
sens für Verteidigungsbelange
- 5/88 24 Auf zum Kadit
Müssen Unterrichtskräfte ihre Aus-
bildung selbst zahlen?
- 7-8/88 34 Einnehmende Wesen
Besuch beim DBfK
- 42 Aushalten oder Aussteigen
Fluktuation bei Krankenschwestern
- 9/88 24 Helferliche
Streik am Reha-Zentrum Hohen-
honnef
- 34 Jongleure am Werk
Was bewirkt der Kahlschlag des
LVR in der Mönchengladbacher
Landesklinik?
- 10/88 24 Geredet ist genug
Zum Gesundheitsreformgesetz
- 28 Nichts mehr wie vorher
Streik am Reha-Zentrum Hohen-
honnef
- 11/88 28 IWF-Syndrom
Aktionen gegen den Pflegenotstand
in Berlin
- 12/88 26 ÖTV-Vorschläge zum Pflegenot-
stand

Kultur

- 3/88 18 Genie und Wahnsinn
Betr.: Ausrottung der deutschen
Hochintelligenz
- 3/88 26 Noch normal?
Krankheit und Gesundheit in der
Kunst
- 34 Herrenwitze
„Medical Tribune“ und einfacher
Sexismus
- 4/88 18 Herztransaktion
Medical Science Fiction
- 5/88 31 Cry freedom
Filmkritik von Peter Schröder
- 32 Licht aus
ZDF-Serie „Sexualität heute“

- 7-8/88 40 Wem dieser Herren würden Sie ver-
trauen?
Von Jutta Karras gezeichnete Psy-
choanalytiker
- 55 „Nuts“
Ein Film über sexuellen Mißbrauch
von Mädchen
- 12/88 28 Dr.Brinkmann lebt
Neues aus der Schwarzwaldklinik

Patientenversorgung

- 1/88 10 Zwecklos?
Zur psychosozialen Versorgung von
HIV-Positiven
- 19 Die Versorgung Pflegebedürftiger
Daten zur Gesundheits- und Sozial-
politik
- 21 Gesundheitsförderung im informel-
len Bereich
- 24 Endstation
Alltag auf einer psychiatrischen Sta-
tion, Teil II
- 2/88 16 British disease – british cure
Krise im britischen Gesundheits-
wesen
- 23 Die Versorgung Pflegebedürftiger
Fortsetzung aus dg 1/88
- 34 Endstation
Alltag in der Psychiatrie, Teil III
- 3/88 14 Einstieg in den Einstieg
Kommentar zur geplanten „Absi-
cherung“ des Pflegerisikos
- 28 Die Politiker erklären uns für über-
geschnappt
dg-Interview mit Klaus Dörner
- 30 „Anne, Anne!“
Türkische Kinder im Krankenhaus
- 4/88 12 Pst! Schweigepflicht!
Datenschutz im Krankenhaus
- 19 Die Finanzierung der Versorgung
Pflegebedürftiger3
- 29 Mit Gips ins Büro
Teilbeitsfähigkeit soll Kosten
senken
- 34 Back to the Sixties
Kahlschlag im Landschaftsverband
Rheinland
- 5/88 8 Gesundheit braucht soziale Energie
Aufruf des Initiativkreises „Gesund-
heitsakademie“
- 23 Genug der Ehre
Ulf Fink will mehr unbezahlte Pa-
tientenversorgung
- 34 Unsinn
Zwangstests für Mitarbeiter und Pa-
tienten
- 6/88 10 Schwarz, weiß oder grau
Methadon für HIV-Infizierte
- 15 „Es gibt doch den hippokratischen
Eid“
Interview in der Essener Drogenbe-
ratungsstelle
- 7-8/88 2 Sand ins Getriebe
Kommentar von Norbert Andersch
zur Krankenhauspolitik
- 27 Mißbrauch angelegt
Grünen-Hearing zur Zwangssterili-
sation
- 28 Zur Problematik der Sterilisation
einwilligungsunfähiger
Menschen. Vom Bundesministe-
rium der Justiz
- 31 Die Lebenssituation von Betroffe-
nen außerhalb von
Einrichtungen. Von Ingrid Häusler,
Die Grünen
- 32 Kein neues Sterilisationsgesetz.
Von Michael Wunder, Die Grünen
- 9/88 2 Teurer Selbstbetrug
Kommentar von Edi Erken zur Ho-
möopathie
- 10 Beim Gen-TÜV
Humangenetische Beratungsstellen
- 28 „Nur im Hinterstübchen“
Interview mit einer Mitarbeiterin ei-
nes Jugendamts zur Vermittlung
HIV-positiver Kinder

- 34 Jongleur am Werk
Was bewirkt der Kahlschlag des LVR in der Mönchengladbacher Landesklinik?
- 10/88 10 Messer im Kopf
Sexueller Kindesmißbrauch
- 30 Apparat gut
Zur Entwicklung der Lithotripsie
- 11/88 8 Arzneistabilisierte Gesellschaft
Kasten zum Arzneiverordnungs-Report des WIdO
- 12 Am Sessel gesägt
Von der normativen Kraft des Utopischen oder „Das klassenlose Krankenhaus“
- 32 Inhaltslose Kügelchen?
Ein Heilpraktiker berichtet über seine Arbeit
- 12/88 36 Offenbar anders, dramatischer
dg-Interview mit Dr. Hans Jäger zur besonderen Betroffenheit HIV-infizierter Frauen

Pharma

- 3/88 23 Das 4,8-Milliarden-Ding
Strukturreform und Pharmaindustrie
- 4/88 28 Zyniker im Ärzteblatt
Pharmaforschung für den Krieg?
- 6/88 16 Stilles Begräbnis
Solidarbeitrag der Pharmaindustrie gestorben
- 30 Wenn's ums Geld geht
Marionetten in der Berliner Ärztekammer?
- 7-8/88 18 Völlig hemmungslos
Wie wirbt die Pharmaindustrie?
- 24 Genial und teuflisch?
Festbetragsregelung für Arzneimittel
- 52 Störfall besonderer Art
125 Jahre Bayer
- 9/88 17 Spitzel und Bomben
Interview mit Axel Köhler-Schnura von der Coordination gegen Bayer-Gefahren
- 20 Entwurf einer Positivist für Medikamente
Von Gerd Glaeske
- 10/88 32 Gaballter Charme der Macht
125 Jahre Bayer
- 11/88 8 Arzneistabilisierte Gesellschaft
Kasten zum Arzneiverordnungs-Report des WIdO
- 12/88 32 Der Natur auf der Spur
BGA stoppt Phytopharmaka

Prävention

- 1/88 21 Gesundheitsförderung im informellen Bereich
Von Alf Trojan, Christiane Deneke, Michael Faltis und Helmut Hildebrandt
- 2/88 30 Den „Onkel“ abwehren
Wie kann sexueller Mißbrauch von Kindern verhütet werden?
- 5/88 8 Gesundheit braucht soziale Energie
Aufruf des Initiativkreises „Gesundheitsakademie“
- 12 Wie die gesengten Säue
Raserei und Unfälle
- 20 Aids und Drogen
Papier der Deutschen Aidshilfe zur Aidsprävention bei Drogenabhängigen
- 10/88 19 „Gesundheit für alle“
Implikationen für das Pflege-/Hebammenwesen
- 21 Prävention von sexuellem Mißbrauch an Mädchen und Jungen
- 11/88 21 Gesundheitswesen und traditionelle Medizin in Botswana
- 12/88 19 Infektionsrisiko durch HIV in Klinik und Praxis. Gefährdungspotential und Prävention

Psychiatrie

- 1/88 24 Endstation
Alltag auf einer psychiatrischen Station, Teil II
- 2/88 7 Einsichtsfähig?
Kasten zur geplanten Privatisierung des LKH Tiefenbrunn
- 34 Endstation
Alltag in der Psychiatrie, Teil III
- 3/88 21 Kein neues Sterilisationsgesetz
Aktualisierter Appell des AK zur Geschichte der „Euthanasie“
- 26 Noch normal?
Krankheit und Gesundheit in der Kunst
- 28 Die Politiker erklären uns für übergeschnappt
Interview mit Klaus Dörner
- 4/88 26 Unter dem großen Jesuswort
Bericht einer Zwangssterilisierten
- 5/88 19 Psychiatrie in der UdSSR
Ein Bericht über Marina Pristawka
- 21 Was verändert sich in der Psychiatrie der UdSSR?
Von Alexander Tschurkin, Chefpsychiater im Gesundheitsministerium der UdSSR
- 9/88 34 Jongleur am Werk
Was bewirkt der Kahlschlag des LVR in der Mönchengladbacher Landesklinik?

Satire

- 3/88 18 Genie und Wahnsinn
Betr.: Ausrottung der deutschen Hochintelligenz
- 4/88 18 Herztransaktion
- 11/88 35 Zwei Schreiben
- 12/88 5 Vorsicht: Satire
Fragen an die Bundesregierung zur Rheinverschmutzung
- 28 Dr. Brinkmann lebt
- 41 Das lieben wir
Bemerkungen zu Anzeigen in Ärzteblättern

Selbsthilfe

- 5/88 8 Gesundheit braucht soziale Energie
Aufruf des Initiativkreises „Gesundheitsakademie“
- 10/88 23 Forever young?
Zehn Jahre Gesundheitsladen Berlin
- 11/88 9 Bewegungshasen
Kasten zur Gründung der Gesundheitsakademie

Sexualität

- 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 Embryonenschutzgesetz von Karin Kieseyer
- 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

Standespolitik

- 1/88 2 Ein neuer erster Schritt?
Kommentar von Renate Jäckle über

die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Sterilisation geistig Behinderter

- 16 Deutsche Jagdszenen
Die Bundesärztekammer und die Vergangenheit
- 3/88 18 Genie und Wahnsinn
Betr.: Ausrottung der deutschen Hochintelligenz
- 32 Der Fall Bernbeck
Ein Lehrstück über die Hierarchie
- 34 Herrenwitze
„Medical Tribune“ und einfacher Sexismus
- 4/88 8 Entrümpelung
Kasten zum neuen Heilberufsgesetz in NRW
- 28 Zyniker im Ärzteblatt
Ärztliches Gewissen und Kriegsvorbereitung
- 6/88 18 Gebetsmühle
Der 91. Deutsche Ärztetag
- 19 Entschließungsantrag der oppositionellen Delegierten auf dem 91. Ärztetag zur Strukturreform
- 6/88 30 Wenn's ums Geld geht
Marionetten in der Berliner Ärztekammer?
- 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 Reservate
Demokratie in den Ärztekammern
- 27 Pappkameraden in der hessischen Ärztekammer
- 12/88 18 Offenes Geheimnis
Arzthelferinnen sollen schweigen

Umwelt

- 1/88 5 Apfel, Nuß und Mandelkern
Kasten zur radioaktiven Belastung von Lebensmitteln
- 8 Streß oder Strahlen
Kasten zur gesundheitlichen Belastung durch Bildschirmarbeit
- 2/88 2 Kriminelle Energie
Kommentar zum „Atommülltourismus“ von Peter Walger
- 5 Ausschleichend
Kasten zur radioaktiven Belastung von Lebensmitteln
- 18 Atomversuch im Landle
Freilandversuche der Universität Tübingen
- 4/88 24 Mit Rebellen
Symposium über die Wirkung niedriger Strahlendosen
- 5/88 7 Schwankend
Kasten zur radioaktiven Belastung von Lebensmitteln
- 12 Wie die gesengten Säue
Raserei und Unfälle
- 15 Tempo 100
Interview mit Franz-Josef Antwerpes, 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 „Helle Vielfalt“
Kasten zur radioaktiven Belastung von Lebensmitteln
- 12/88 5 Vorsicht: Satire
Fragen an die Bundesregierung zur Rheinverschmutzung
- 12 Wurm drin
Das lange Lied der Dioxine

Verschiedenes

- 1/88 34 Je kaputter ich aussehe...
„Berber“ in der Bundesrepublik

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 Hochst-Tochter, eine von ihr bezahlte wissenschaftliche Studie vorgestellt. Das hausgemachte 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 Pfropf in den Herzkranzgefäßen 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 berichteten 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 sie 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. Geschaß 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 Ärztegericht gekommen? Ich fürchte, nein. Und an wievielen Kliniken machen weiterhin wieviele Ärzte für wieviel Geld Experimente an wievielen nichtsahnenden Opfern? □

GELD 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 getrübt 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 Kassennärztlichen 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 Kassennärzte 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 Kassennärztinnen 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 Bruttosozialprodukt seit 1975 gleichgeblieben – hatte auch für die Kassennärzte 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 Kassennärzte entsprechend den Einkommen aller abhängig Beschäftigten. Da jedoch die Zahl der Kassennärzte zugenommen hat, müßte das Einzeleinkommen sinken. Um dies zu verhindern, erhöhen die Kassennärzte die Menge der Ziffern beziehungsweise der Leistungen. Bei Deckelung bedeutet dies einen sogenannten Punktwerteverfall: 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 anderen 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 Facharztgruppe 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 „Schutzgemeinschaft für kassenärztliche Rechte“. Gründungsväter sind die Mitglieder der Fraktion Gesundheit, Nehls und Fritz. Piltz wurde später ebenfalls Mitglied. Die Schutzgemeinschaft fordert die „Sprennung 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 Standsvertreter“ 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 Mittwochsrundbrief 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 Steuererklärung 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 Standsverbände kritisiert, ja eher schamhaft verschleierte.

Die unzufriedenen Kassenärztinnen und -ärzte, die „Schutzgemeinschaft“, 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 grundsätzliche 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.

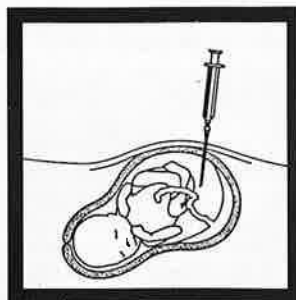
Mit den mehr als zehn Milliarden Mark, die die gesetzlichen Krankenversicherungen für ambulante ärztliche Leistungen aufwenden, könnten unter Zugrundelegung eines BAT-1a-Gehalts weitere zehntausende Existenzen im ambulanten Bereich finanziert werden. Voraussetzung dafür wäre allerdings die Beseitigung der hohen Einkommen einzelner Fachgruppen. Eine solche Entwicklung ist aber ohne eine Aufhebung des Sicherstellungsauftrages 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 Spitzenverdiener, 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 Ärztinnen und Ärzte



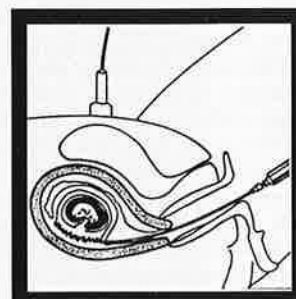
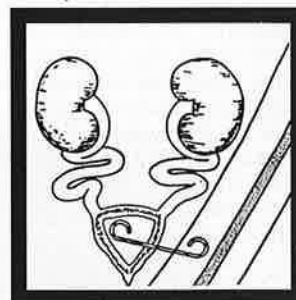
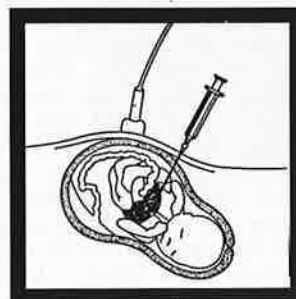
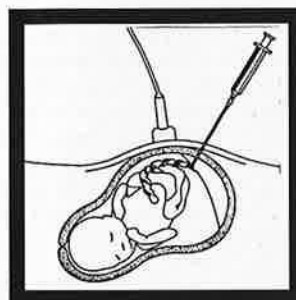
UNETHISCHE VERSUCHE?



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**



Die 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 Biten 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 tagen 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 weitergehend – 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 Prüfarzte 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 Schul-
te-Sasse arbei-
tet am Institut
für Klinische
Pharmakologie
in Bremen

BILDER UND
DOKUMENTE
AUS DER
DEUTSCHEN
SOZIALGESCHICHTE



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 vielgestaltiger.“





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.“



IR FORDERN
seren Anteil
am Erfolg
r Wirtschaft



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 Alkoholentzugsdeliren. Anlaß für die Unterbrechung der Medikamenteneinnahme sind oft andere Erkrankungen, dezentwegen der Betroffene ins Krankenhaus kommt, etwa Unfälle. Ähnlich oft kommen alte Menschen wegen „unklarer Verwirrheitszustände“ 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: Döhren

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 Entzugsdeliren 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 Alkoholentzugsdeliren 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 Werbebrochure 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 Nachtschwester auf vielen Abteilungen haben ihren Anteil an der verordneten Sucht, wenn sie am Abend mit einem Tablett herumgehen und dem Patienten das gewünschte Mittel zur Nacht großzügig verabreichen. „Was möchten Sie zum Schlafen?“ bin ich selber bei einem Krankenhausaufenthalt von der Nachtschwester mit Tablett gefragt worden.

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

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 Tranquilizer 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 Tranquilizern auch nur kurzfristig zu beruhigen.

Fatale Folgen haben mehr oder weniger ungewollt verordnete Tranquilizer und Neuroleptika in Kombinationspräparaten: Praxiten SP, gegeben bei Magengeschwür, enthält Oxazepam und Ammoniumbromid, beides suchtpotente Mittel. Bei Wechseljahrsbeschwerden verordnetes Seda-Prasomen 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 Tranquilizer; das als „Wochentranquilizer“ gespritzte Mittel Imap ist kein Tranquilizer, sondern ein stark wirksames Neuroleptikum. Hier könnte ich eine fast endlose Liste von Kombinationen aufzählen, Präparate, in denen neben sinnvollem auch suchtpotente Tranquilizer oder nebenwirkungsreiche Neuroleptika enthalten sind.

Neuroleptika sind im Vergleich zu den Tranquilizern 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-Enquete noch tagtägliche Praxis.

Nebenwirkungen der Neuroleptika sind erheblich und nicht jedem gleich augenfällig: sie können ein Parkinson-ähnliches 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 Pflegeerleichterung 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 steck-

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 Entzugerscheinungen 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 „Bombakimiki“



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

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

Jetzt sitzen 150.000 kurdische Flüchtlinge, Mütter und Kinder, unter selbstgebaute Laubhütten auf dem platten Land. Glühende Hitze am Tag, bald 30 Grad Kälte im Winter. Unterbrochen von Platzregen, der den Kindern Fieber macht. Weitergehend umsorgt von einer kurdenfeindlichen türkischen Regierung. Die drohende Abschiebung ins Ungewisse vor Augen. Zehntausende ermordeter Angehöriger im Gedächtnis.

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

Spenden Sie bitte unter dem Stichwort „Kurdistan“ auf

medico Konto 1800, Stadtparkasse
Frankfurt oder Post giro 69999-508
Köln.

WEITERE KOSTENLOSE
INFORMATIONEN:
MEDICO INTERNATIONAL
OBERMAINPLATZ 7
6000 FRANKFURT 1
TELEFON: 0 69 / 4 99 00 41-2

ARBEITSMARKT

87



Antrag auf Arbeitslosengeld

Rückgabe des sorgfältig ausgefüllten Antrages (gut leserlich mit Kugelschreiber, Tinte – zusammen mit den auf der Rückseite aufgeführten Unterlagen –) möglichst am (Datum) um (Uhrzeit) im Zimmer

Hinweis: Das Arbeitsamt benötigt die nachstehend erfragten Angaben für die Arbeitsförderungsleistungen; Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus dem Bundesgesetz über die Arbeitslosenversicherung. – Für die Leistungszahlung werden einzelne Daten automatisch

Familienname (Vor- und Nachnamen), 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 lakonisch 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 20.000 angekommen sein.“ Er prognostizierte für Anfang der neunziger Jahre „rund 50.000 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 Bundes 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 Genaueres 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“. Vorzugsweise 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, Sonographie 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, Werkarztzentren oder der Pharmaindustrie könnte hier weiterhelfen. Doch solche Forderungen werden weder von der Bundesanstalt für Arbeit noch vom MB-Vorsitzenden Hoppe geäußert.

BA II 1a – 9.87 (Allg.-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 Anhängkarte 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 Anhängkarte 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 Tiefflügen und Militärschauen 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 „Registrier-versäumnisse“ zurückgeführt.

Das DRK steht mit seinem Vorgehen nicht allein. Die Johanniter-Unfall-Hilfe, nicht faul, hat sich gleich in der Position und damit auch bei der Einführung des Verletztenanhängers angeschlossen. Dabei gibt es schon seit 1984 einen „bundeseinheitlichen Verletztenanhänger“, damals eingeführt vom Bund-Länder-Ausschuß „Zivilschutz auf dem Sektor des Gesundheitswesens“. Dieser Anhänger wurde aber offensichtlich nie an alle Katastrophenschutz- und Zivilschutzeinrichtungen 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 Verletztenanhänger wurde dem Ministerium gleich mitgeschickt. In dreifacher Ausfertigung – eine für den Suchdienst, eine für den Transport, eine für den medizinischen Endversorger – soll er „mittels beigegefügtem Befestigungsstreifen an deutlich sichtbarer und möglichst verlustsicherer Stelle“ angebracht werden. Auf der Anhängkarte 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 Anhängkarte 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“ abge sondert 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 „Anhängkarte für Verletzte/Kranke“

Natürlich ist die Anhängkarte nicht nur für Katastrophen im Frieden gedacht. Wie sonst ließe sich erklären, daß auf der Karte die Nummer der Erkennungsmarke 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 Klinik 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 Zwangssterilisationen 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 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 Rassen Elemente 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-sozialaristokratische Bewegung, eine Bewegung, die ebensowohl 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 geleugnet 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 Negerasse 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 hervorgerufen 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 vorgebrachten Begründungen waren hier bereits versammelt: sozialpolitischer Zugriff auf „Asoziale“ und „geistig Minderwertige“, über deren „tiefes sexuelles Treiben“ und „kaninchenhafte Fruchtbarkeit“ allseits Übereinstimmung 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 „Ärztlichen Vereinsblatt“ vom 9. Januar 1924 rief von allen Seiten heftige Reaktionen hervor. Allein 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 unentrichtlichen 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 Existenzen, 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, Wohlfahrtsbeamtinnen, Gemeindeschwestern und Hebammen in Anspruch zu nehmen und so viele Fälle wie nur irgend möglich selbst zu operieren oder geeigneten

Fachkollegen zuzuweisen.“ Zur Ermunterung seiner Kollegen ließ Boeters wissen, daß auf seine Veranlassung solche Operationen schon seit länger als einem Jahr im Staatlichen Krankenhaus 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 wurden.

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 „Ärztlichen 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 vermischte, geht Professor Weber aus Chemnitz mit seiner Kritik in derselben Ausgabe des „Ärztlichen 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 Zwangsmaßregel 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 Rassenhygieniker erinnern.

Verena Steinecke

Verena Steinecke promoviert in Bremen über Bevölkerungs-politik in der Weimarer Republik

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 vorausschauend denkende 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.“ Soweit 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 umschrieben bei der Verfolgung eines bestimmten militärischen Zieles 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 personell, 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 katastrophenschutzmedizinischen 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 Elsner

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

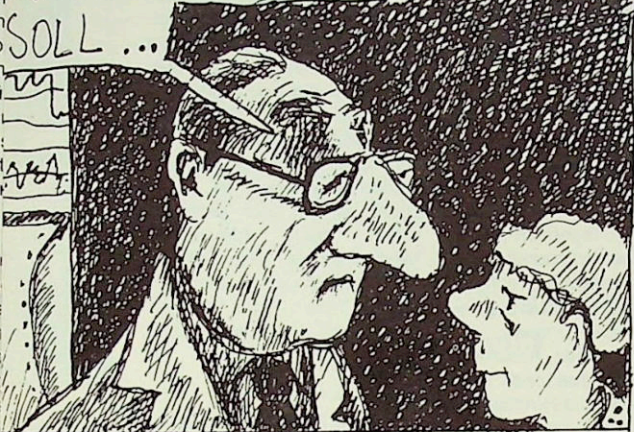
Endlich, nach langen Jahren, liegen sie vor, die Vorschläge der gewerkschaftlichen Strukturreformkommission. Eine lesbare und hochinteressante Abhandlung, die eine Menge Anregungen und Diskussionsstoff enthält, doch nur noch die Hälfte wert, da sie mit der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes (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.



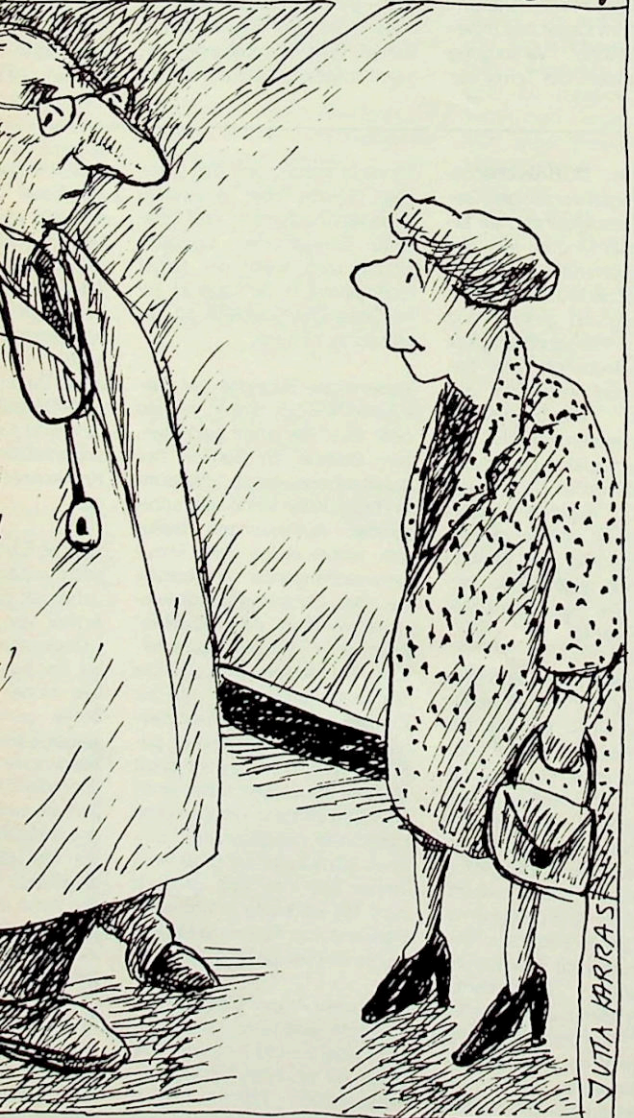
Im Falle eines Falles wird, da ist sich Experte Rebentisch sicher, jeder erfahrene Leiter einer Katastrophenschutz-einrichtung „bemüht sein, für Meldeaufgaben Laien zu gewinnen, die... Reitpferde zur Verfügung haben.“

Auf die Erörterung der Satzpositionen des Jahresbuches gleicht Artikel von „Krankenhaus“ der Kosten hier sicher an Stelle genau dieser Artikel besprochen 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 Hinderu Jahresbuch zu

STE NICHT WO BEI DER
MEDIZIN DER PFERDEFUSS



DEND IST DOCH DER ARZT!



impressum

Herausgeber

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

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

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

Redaktion:

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

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

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

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

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

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

Graphik: Jutta Karras, Christian Paulsen

Titelblatt: yn

Layout: Ursula Daalman, 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 Selbstbeziehungsaktion, 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 erschüttelt.

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 PROBLEMEN DES WIEDERAUFBAUS:

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

HELFEN SIE UNS BITTE BEI DIESER ARBEIT. SPENDEN SIE REICHLICH AUF UNSERE KONTEN:

1 800 Stadtparkasse Ffm. BLZ 500 501 2 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 E.V.

Dieter Kleiber, Armin

Handlungsfehler und Mißerfolg – Beiträge zur psychos

Die Beschäftigung mit den Schattenseiten der psychol mit Mißerfolgen und Handlungsfehlern ist überfällig. Kö auf vertrauen, daß Schädigungen vermieden und Neb Wann gelingt eine Psychotherapie, und wann droht sie z nen wir das Vitale im Fehler erkennen und Mißerfolge bzw. Handlungsfehler als Erkenntnisquelle nut zen? Aus gemeindepsychologischer, psychoanalytischer, gesprächstherapeutischer, verhaltensthe rapeutischer und integrativer Sicht wird diesen Fragen nachgegangen.

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

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

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

HE 8

Der Autor dankt für die

**Handlungsfehler und Mißerfolge
in der Psychotherapie**

Beiträge zur psychosozialen

V. Sigusch, St. Fliegel (Hrsg.)

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 ge sundheits-, sozial- und rechtspolitische Auffassungen, realistisch aufklärende hinsichtlich der Infek tionswege 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 Proble me diskutiert.

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

TÜBINGER REIHE 9



Vollmar Sigusch und Stefan Fliegel (Hrsg.)

AIDS AIDS AIDS AIDS

Bernd Röhrlé

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 Frage bögen 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 be stimmter Teilpopulationen (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 Röhrlé



Materialie Nr. 20

Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

DGV (Hrsg.)

Gesundheits-Reformgesetz

– Wie ein Gesetz notwendige Reformen verhindert – Analysen und Stel lungnahmen

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

Gesundheits-Reformgesetz

Wie ein Gesetz notwendige Reformen verhindert

Hrsg. DGV (Hrsg.)



Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie