

# dg

Demokratisches  
Gesundheitswesen  
Nr. 1 · Januar 1989  
Einzelheft 5 Mark  
G 2961 E

WEG MIT!  
NEUROLEPTIKA VERBIETEN?

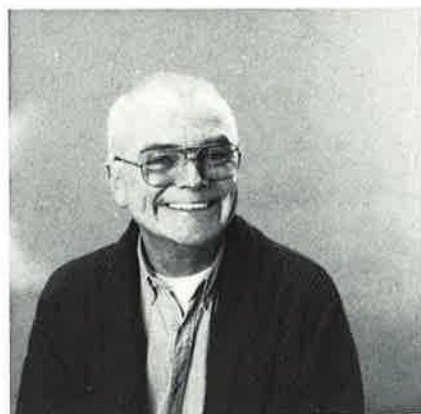
FREIER TOD FÜR  
FREIE BÜRGER  
STERBEHILFE



ZÜNDSTOFF  
STREIKEN DIE  
KRANKENSCHWESTERN?

## 125 Jahre Rotes Kreuz

# MIT TRAUER- RAND



*Heiner Lichtenstein, politischer Redakteur beim WDR, beschäftigt sich seit 30 Jahren mit NS-Geschichte*

**D**as Programm wurde schon Monate vor dem eigentlichen Datum an zahllose Medien und Vereine geschickt. Ende Dezember 1987 erfuhren die Redaktionen, was da alles vom Februar 1988 an zum 125. Geburtstag des Deutschen Roten Kreuzes und des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz geschehen werde. Eine Gedenkmedaille, 400 Geburtstagsparties bei DRK-Kreisverbänden, Ortsvereinen und Bereitschaften sowie 14 Geburtstagsfeiern in den DRK-Landesverbänden, Weltkongreß des Roten Kreuzes, Eurovisionssendung, Festakt und Rot-Kreuz-Ball in Stuttgart, Rot-Kreuz-Sonderbriefmarke und schließlich feierliche Landesausschußsitzung zur Gründung der ersten nationalen Rot-Kreuz-Gesellschaft Deutschlands ebenfalls in Stuttgart. Es sollte groß gefeiert werden.

Ausnehmen wollte man allerdings zwölf Jahre – die von 1933 bis 1945. Denn für diese Zeit gab es kaum etwas zum Feiern. Aber kurz vor der Eurovisionssendung kam heraus, warum das Rote Kreuz jenes Dutzend Jahre aussparen wollte. Es hatte in der Zeit des Völkermordes nicht nur fast nichts zur Rettung der Juden getan, das Internationale Komitee vom Roten Kreuz hatte trotz der umfangreichen Informationen über den Massenmord in Auschwitz beschlossen, sein Wissen für sich zu behalten und nicht an die Weltöffentlichkeit zu gehen. Das war im Sommer 1942. Die Genfer IKRK-Zentrale hüllte sich zunächst in Schweigen.

Anders reagierte das DRK. Sein Präsident Botho zu Sayn-Wittgenstein ging an die Öffentlichkeit und wies die Vorwürfe auf einer Pressekonzferenz energisch zurück. In Genf ließ man sich Zeit, reagierte nicht so schnell, dafür aber angemessener. Im September erklärte der Generaldirektor des IKRK,

Jacques Moreillon, im Westschweizer Radio, vor allem in Ungarn und Rumänien sei seine Organisation ihren humanitären Verpflichtungen nicht gerecht geworden.

Moreillon hätte weitergehen und zugeben müssen, daß das IKRK Nachrichten bewußt unterdrückt hat – Nachrichten über den Massenmord in Auschwitz und anderswo. Aber immerhin – er hat eigenes Versagen zugegeben. Das DRK hingegen zeigte sich völlig uneinsichtig und nahm nicht einmal zu der Tatsache Stellung, daß an seiner Spitze mit dem SS-General Dr. Walter Grawitz ein Massenmörder gestanden hat, der persönlich an Menschenversuchen in Auschwitz beteiligt gewesen zu sein scheint. Dabei hätte der Geburtstag die nicht schnell wiederkehrende Gelegenheit geboten, offen zur NS-Vergangenheit des DRK Stellung zu beziehen und Fehler einzuräumen. Aber der DRK-Präsident entschied sich für eine andere Taktik. Er hat damit die Diskussion über seine Organisation gewiß nicht beendet, sondern eher angeregt. Es läßt sich auf Dauer nichts unter den Teppich kehren. Das hätte der DRK-Präsident wissen müssen. Offenheit statt ausweichenden und beschönigenden Taktierens wird hierzulande oft praktiziert. Nur das hilft nicht weiter. Das DRK in der Nazi-Zeit ist zum Thema geworden – spät zwar, aber nicht zu spät.

Deshalb muß der Glückwunsch an das DRK zu seiner 125jährigen Tätigkeit auch infolge des Verhaltens seines Präsidenten mit einem Trauerrand versehen werden. Und dabei muß es bleiben, bis das DRK seine Geschichte offen darlegt. Die Zeit heilt erst dann Wunden der Vergangenheit, wenn Reue in Sicht ist. Davon ist beim DRK-Präsidium derzeit leider kaum etwas zu spüren.



## Report

Zündstoff  
Streikt das Münchner Kranken-  
pflegepersonal? 10

„Leise Stimme, taube Ohren“  
Interview mit Ulrike Peretzki-Leid  
vom ÖTV-Hauptvorstand 15

„Wenn, dann volle Pulle“  
Interview im Reha-Zentrum  
Hohenhonnef 16

Eins, zwei, viele Hohenhonnefs  
Offene Fragen zum Streik 17

## Ausbildung

Rebirthing?  
Die Studis tagten 23

## Gesundheitspolitik

Wo ist die Lobby gegen Nobby?  
Kommentar zum Gesundheits-  
reformgesetz 24

Act locally!  
Regionalisierung konkret 26

## Internationales

Nicaragua nach dem Sturm  
Aktion fünf Prozent 28

## Umwelt

Lügen und Geheimnisse  
Atomopfer berichten 30

## Ethik

Freier Tod für freie Bürger?  
Sterbehilfedebatte in der DGSP 31

Insuffizienz  
Unethische Versuche 34

## Krankenpflege

Doppeltes Dilemma  
Weiterbildung in der Krankenpflege 32

## Dokumente

Hochpotente Neuroleptika verbieten  
Antrag und Begründung der  
bayerischen Grünen 19

Bericht über gesetzliche Rege-  
lungen zur Gentechnik  
Vom Bundesminister für Jugend,  
Familie, Frauen und Gesundheit 20

## Rubriken

Echo 4  
Trends 4  
Glätze 8  
Memo 8  
Kölnstr. 198 39

# IN HALT



Schluß mit der Lang-  
mut. Das Münchner  
Krankenpflegeperso-  
nal will streiken, wenn  
es nicht mehr Geld  
gibt. Helmut Copak  
zeigt, wieviel Zünd-  
stoff im Krankenhaus  
steckt

10 24

Das „Gesundheitsre-  
formgesetz“ ist verab-  
schiedet. Wo findet  
sich die Lobby gegen  
Nobby?  
dg-Herausgeber  
Hartmut Reiners  
setzt auf die Beschäf-  
tigten



Freier Tod für freie Bürger? Die Deutsche Gesellschaft  
für Soziale Psychiatrie diskutierte über Sterbehilfe.  
dg berichtet auf Seite

31

## Medica: Höher – schneller – weiter

Fast 100 000 Fachbesucher aus 65 Ländern haben die Fachausstellung Medica im November 1988 nach Angaben der Veranstalter besucht. Vor allem das Kaufinteresse für Medizintechnik sei groß gewesen, aber auch das an der Pharmaindustrie, meldete das Pressereferat der Aussteller.

## Je Moloch, desto besser

dg 12/88: Michael Wunder: „Datenboykott gegen Blüml“

Michael Wunder übertreibt. So berechtigt seine Befürchtung auch ist, irgendwer könnte die persönlichen Daten von Kranken mißbrauchen: Die Gefahr des ersten Entwurfs zum Gesundheitsreformgesetz mit den dort vorgesehenen individuellen „Konten“ von Versicherten, aus denen man ablesen konnte, wer wieviel zahlt und wieviel „verbraucht“, lag doch vor allem darin, daß man die daraus entstehenden Statistiken zum Anlaß hätte nehmen können, Bevölkerungsgruppen mit höherem Krankheitsrisiko aus der Solidarität auszugrenzen und besonders zur Kasse zu bitten.

Im Einzelfall dagegen kann es sehr nützlich sein, festzustellen, welche Ärzte was an einem bestimmten Patienten verbrochen haben. Da sind ja schon erschreckende Fälle dokumentiert von Menschen, die von zehn verschiedenen Ärzten innerhalb einer Woche massenhaft Valium bekommen haben. Fürchten müssen solche Nachforschungen nicht in erster Linie die Patienten, sondern die Ärzte. Praktizierte man den von Michael Wunder vorgeschlagenen Datenboykott, wäre es auch schlechterdings unmöglich, Abrechnungsbetrügern auf die Spur zu kommen, die Hausbesuche dreimal täglich bei längst Verstorbenen abgestattet haben wollen. Zum totalen Selbstbedienungsladen sogar für Kriminelle wollen wir die Krankenkassen doch wohl nicht machen!

Und warum schreibt Michael Wunder die Zwecke der Datenbestimmung „Wirtschaftlichkeit“ und „Qualitätskontrolle“ eigentlich in distanzierenden Anführungszeichen? Sind das etwa keine unterstützenswer-

## Keine Sprays mit FCKW benutzen!

Alle Ärzte in Süd-Niedersachsen sind von ihrer Ärztekammer aufgefordert, keine Sprays mehr zu benutzen, in denen das Treibgas Fluor-Chlor-Kohlenwasserstoff (FCKW) enthalten ist. Außerdem wurde beschlossen, auf dem Deutschen Ärztetag einen Antrag an die Bundesregierung einzubringen, die Verwendung von FCKW ganz zu verbieten.

ten Ziele? Ich kann mir nicht helfen, aber bei einer solchen Sicht erscheinen die Krankenkassen einzig als gefährlicher Moloch, als fürchtenswerte Großorganisationen, eben weil sie korporativ Interessen wahrzunehmen haben. Sollen die Patienten die Qualitätskontrolle selber machen? Oder gar die Wirtschaftlichkeitsprüfung? Derlei Forderungen stehen dem Hartmannbund besser an!

Für den Versuch, Blüms ‚Reform‘ doch an dieser empfindlichen Stelle zu treffen, dürfte Wunder problematische Bündnispartner finden. „Empfindlicher“ bei Blüms „Reform“ scheinen mir die zahlreichen Stellen zu sein, bei denen Risiken individualisiert werden, Kranke für Krankheit finanziell bestraft werden sollen. Aber der Widerstand dagegen läßt sich kaum mit einer individuellen Verweigerungsstrategie bekämpfen, sondern man braucht dazu Großorganisationen. Je Moloch, desto besser: die Gewerkschaften!

NORBERT MAPPES-NIEDIEK  
Sankt-Augustin



Foto: Rosen-Lohn

## Pflegenotstand in Altenheimen

Rund 7000 Altenpflegerinnen und -pfleger haben am 26. November in Recklinghausen gegen den Pflegenotstand in Altenheimen protestiert. Die Kundgebung war der Abschluß einer Aktionswoche der Arbeiterwohlfahrt Nordrhein-Westfalen, in der die Altenheime unter Trägerschaft der AWO Tage der offenen Tür veranstaltet hatten. Die AWO erklärte, sie sei nicht länger bereit, für Mißstände verantwortlich gemacht zu werden, die sie nicht zu verantworten hätte. Sie dürfe nicht bestimmen, wieviel Personal in ihren Heimen eingestellt sei. Dies sei Sache der öffentlichen Kostenträger, die sich aber bislang nicht bereit erklärt hätten, die notwendige Aufstockung der Stellenschlüssel mitzutragen.

## Formaldehyd: Strafanzeige gegen BGA

Eine Strafanzeige gegen das Bundesgesundheitsamt (BGA) hat kürzlich eine Formaldehydgeschädigte Frau gestellt. Obwohl spätestens seit 1967 die Gesundheitsgefahren durch Formaldehyd bekannt seien, habe das BGA keine strengen Richtlinien für die Belastung etwa von Wohnräumen aufgestellt. Die Strafanzeige wird in Berlin (West) unter dem Aktenzeichen 66 AR 52/88 geführt. Nach Meldung der Verbraucherinitiative können sich weitere Formaldehydgeschädigte der Anzeige anschließen. Kontakt: Ingeborg Zinkgraf, Eichendorffstr. 104, 4040 Neuss.

Als Erklärung wurde angeführt, daß Ehemänner in der Regel häusliche und persönliche Probleme durch besondere Leistungen im Beruf ausgleichen könnten. Statistisch gesehen sei jeder vierte Erwachsene mindestens einmal im Laufe seines Lebens psychisch krank. Aber nur 20 Prozent würden, so die Verfasser der Studie, von Fachärzten dann richtig behandelt. tp

## Berlin: Mehr Pflege- stellen

Die Berliner Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassen haben Pflegesatzvereinbarungen für das Jahr 1989 getroffen, die von der Gewerkschaft ÖTV als erster Schritt zur Verbesserung der Pflegesituation in den Krankenhäusern der Stadt gewertet werden. Im einzelnen wurde vereinbart, die tarifvertraglichen Arbeitszeitverkürzungen durch zusätzliche Stellen voll auszugleichen. Dies bedeutet nach Auskunft der ÖTV, daß in den städtischen Krankenhäusern rund 200 neue Stellen eingerichtet werden. Außerdem sollen im Bereich der Geriatrie 75 zusätzliche Stellen (Krankenpflege, Beschäftigungstherapeuten, Krankengymnastinnen) finanziert werden.

## Verheiratete Frauen häufiger psychisch krank

Das Risiko einer psychischen Erkrankung ist für verheiratete Frauen besonders hoch. Fast ein Drittel der Bundesbürgerinnen, so ergab eine Langzeitstudie des Münchner Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, leiden wegen Partnerschaftskonflikten oder sonstigen Belastungen in der Ehe an schweren Depressionen, Manien oder Neurosen.



## Referentenentwurf zum Pflege-schaftsgesetz vorgelegt

Das Bundesjustizministerium hat im November einen Referentenentwurf zum geplanten Vormundschafts- und Pflege-schaftsgesetz vorgelegt. Darin sind nach wie vor die umstrittenen Passagen zur Sterilisation „Nichteinwilligungsfähiger“ enthalten. Gegen diese Vorschriften hatten seit dem Frühsommer 1988 zahlreiche Gruppierungen und Einzelpersonen schwere Bedenken angemeldet, da sie eine Sterilisierung geistig Behinderter auch ohne ihre ausdrückliche Einwilligung in bestimmten Fällen zulassen (dg berichtete in 7-8/88). Die Kritikerinnen und Kritiker, darunter die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und der Arbeitskreis zur Aufarbeitung der Geschichte der „Euthanasie“, fürchten, daß im Gebrauch des Gesetzes zugleich sein Mißbrauch angelegt sei.

## Jetzt auch Ärzte-opposition in Niedersachsen

Ende Oktober hat in Hannover ein Treffen zur Vorbereitung der im Dezember 1989 stattfindenden Kammerwahlen in Niedersachsen stattgefunden. Dort trafen sich an der Gründung einer niedersächsischen Oppositionsliste interessierte Ärztinnen und Ärzte. Nach Aussagen des beteiligten Arztes Wolf Zwickert habe die Diskussion gezeigt, daß gerade bei den Jüngeren eine Abneigung gegen die Politik der Ärztekammern bestehe, weil die Kammerpolitik an den in der Zukunft anstehenden Problemen vorbeigehe. Ein zweites Treffen im Februar 1989 soll dazu dienen, eine breitere Basis für eine alternative Politik zur bisher in der Kammer betriebenen zu finden. Kontakt: Dr. Wolf-D. Zwickert, Wunstorfer Str. 99, 3000 Hannover 91.

## 394 Millionen für Pharmawerbung beim Publikum

Für die Werbung nicht-verschreibungspflichtiger Medikamente wurden in der Bundesrepublik 1987 allein außerhalb der Fachkreise 394 Millionen Mark ausgegeben. Dies meldete im November die vom Bundesfachverband der Arzneimittel-Hersteller herausgegebene Zeitung „Das freie Medikament“. Mit fast 300 Millionen Mark sei der Löwenanteil auf Publikumszeitschriften entfallen, in die Fernsehwerbung seien rund 74 Millionen Mark geflossen und der Rest in die Hörfunkwerbung.

## Grüne im LVR: Bei Chefärzten sparen

Die Fraktion der Grünen in der Landschaftsversammlung Rheinland hat am 5. Dezember 1988 einen Antrag auf Regelung der Abführungsquote von Nutzungsentgelten bei Nebentätigkeiten von Mitarbeitern des Landschaftsverbands Rheinland gestellt. Dabei handelt es

sich in erster Linie um Einkünfte aus Privatbehandlungen und gutachterlichen Tätigkeiten der Chefärzte in den Rheinischen Landeskliniken. Nach Aussagen der Grünen erreichten einige Klinikleiter Einkünfte bis zu 750 000 Mark im Jahr. Wieviel davon aus Nebentätigkeiten stammen, von denen bisher nur 30 Prozent abgeführt werden müssen, konnten die Grünen nicht mitteilen. Eine entsprechende Anfrage an die Verwaltung des LVR sei bisher noch

nicht beantwortet worden.

Die Grünen haben nun eine Abführungsquote von 49 Prozent gefordert. Diese noch relativ niedrige Quote erklärten sie mit dem Wunsch, den Antrag auch für die anderen Fraktionen in der Landschaftsversammlung konsensfähig zu machen. Mit dieser Regelung würden den LVR jährlich grob geschätzt Mehreinnahmen von 300 000 Mark erwarten, so der Sprecher der Grünen, Toni Reissmeier.



### Tschernobyl: Strahlendes Fest

Produkt	Cs. in bq/kg
Bahlsen privat, weihnachtliche Gebäckmischung	6
Grandessa Oblatenlebkuchen Bahlsen	1, 4
Zimtsterne mit Haselnüssen, Bahlsen	22
Gewürzspekulatius, Borggreve	< 3
Lebkuchenherzen gefüllt, Brandt	< 3
Dominosteine, Gruyters	< 3
Nürnberger Elisenlebkuchen, Haerberlein & Metzger	4
Haselnußplätzchen, Hussel	48
Vollkornlebkuchen, Weissella	4
Feine Vollkorn-Oblaten-Lebkuchen, Leupold	< 3
Feine Oblaten-Lebkuchen mit Vollkorn, Pauly	8
Schokoladennikolaus, Brandt	8, 9
Weihnachtsmann, Schokolade, Klett	2
Schokoladenweihnachtsmann, Wissoll	2, 4
Praliné-Baumschmuck, Nougat, Lindt	11
Schokolade für Baum und Teller, Trumpf	7
Blätterkrokantkugeln, Trumpf	14
Nougatmarmorschokolade, Hussel	26
Nougatschichtschokolade, Hussel	54
Vollmilchnußschokolade, Lindt	< 2
Geröstete Haselnüsse in Nußcreme, Lindt	12
Alpenmilchschokolade mit ganzen Haselnüssen, Milka	2
Die Nuß Schokolade, Novesia	20
Die Nuß Feinherbe Schokolade, Novesia	26-106
Nuß-Nougat gefüllte Milchschokolade, Plasten	24
Trauben-Nuß-Schokolade, Ritter Sport	7
Nougat-Schokolade, Ritter Sport	16
Vollmilchschokolade, Sarotti	6
Vollmilch-Nuß Schokolade, Sarotti	10
Diät Vollmilch Nuß Diabetiker-Schokolade, Schneekoppe	12
Schokolade mit ganzen Nüssen, Waldbaur	30

### Einschätzung der Strahlenbelastung

Bis zu 10 bq/kg strahlenarm  
 10-30 bq/kg nicht für Schwangere, Stillende und Kleinkinder geeignet  
 30-100 bq/kg stark belastet, nur gelegentlicher Verzehr

Quelle: Strahlentelex, Wilsnacker Str. 15, 1000 Berlin 21

## Nord-Württemberg: Frondienste

*Die Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte in Nordwürttemberg hat 301 Abteilungen in Krankenhäusern des Kammerbezirks nach ihrer Arbeitssituation befragt. Auch hier katastrophale Arbeitsbedingungen*

Nicht nur bei Professor Brinkmann in der Schwarzwaldklinik gibt es Gastärzte, sondern in immerhin elf Prozent der von der Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte befragten Krankenhausabteilungen im Kammerbezirk Nordwürttemberg. Und rund die Hälfte von ihnen bekommt dafür wirklich keinen Pfennig, nicht einmal ein Stipendium, sondern muß Frondienst leisten, um – vielleicht – anschließend eine Stelle zu bekommen.

Die Ergebnisse der Umfrage, bei der etwas mehr als ein Drittel aller Krankenhausabteilungen in Nordwürttemberg geantwortet hatte, zeigen deutlich, daß überall, in öffentlich-rechtlichen, mehr noch in den privaten, freigemeinnützigen und kirchlichen Häusern gegen geltendes Recht verstoßen wird. Hier die wichtigsten Ergebnisse.

In zwölf Prozent der Abteilungen liegt die tägliche reguläre Arbeitszeit (wohlgemerkt ohne Überstunden) noch immer bei zehn Stunden und mehr, in 57 Prozent bei über acht Stunden. Jeder Assistent muß zusätzlich

## DGSP: Neuer Vorstand gewählt

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie hat auf ihrer Jahrestagung im November 1988 in Herborn einen neuen Vorstand gewählt. Alter und neuer Vorsitzender ist demnach Josef Schädle, der mit einer überwältigenden Mehrheit bestätigt wurde. Neue Vorstandsmitglieder werden der Sozialarbeiter Christian Nierae und der Pfarrer Heinz Kammeier sein. Die Fachkrankenschwester Ulrike Villingen und der Psychiater Lothar Reisinger verblieben im Vorstand. Isolde Schmidt-Rüther und der Psychologe Thomas Bock schieden aus dem DGSP-Vorstand aus.

pro Monat durchschnittlich 17 Überstunden, davon 12,5 ohne Bezahlung oder Freizeitausgleich, ableisten. Würden allein diese Überstunden abgebaut und durch neue Stellen ersetzt, könnten in Nordwürttemberg 200 Ärzte zusätzlich eingestellt werden.

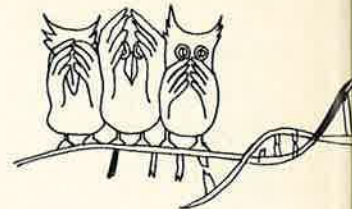
In 36 Prozent der Abteilungen wird darüber hinaus die zulässige Obergrenze von sechs Bereitschaftsdiensten der Stufe C und D pro Monat überschritten, es müssen bis zu zehn Bereitschaftsdienste abgeleistet werden. In rund der Hälfte der Abteilungen wird nach Bereitschaftsdiensten der Stufe C und D rechtswidrig kein Freizeitausgleich gewährt, werden also die für die Gesundheit der Ärzte und Patienten skandalösen 36-Stunden-Dauerdienste praktiziert.

Auch um den Frauenanteil ist es in den Kliniken Nordwürttembergs nicht gerade rosig bestellt. Stellen Ärztinnen noch rund ein Drittel der Assistenzärzte, wird es nach oben hin immer dünner: 234 Oberärzten stehen nur noch 42 Oberärztinnen gegenüber (15,2 Prozent). Bei den Chefarzten ist es dann ganz mau: Auf 133 Männer kommen sechs Frauen (4,3 Prozent).

Das alles, wie gesagt, in dem Drittel der Abteilungen, die auf die Umfrage der LdÄÄ geantwortet haben. Welche Ergebnisse bei der Gesamtzahl da herauskommen würden, mag man sich gar nicht mehr vorstellen.

## Behring: Gentec-Produktion ohne Genehmigung?

Die Hoechst-Tochter Behring soll in ihrem Marburger Werk bereits die gentechnische Produktion des Hormons Erythropoietin (EPO) aufgenommen haben, obwohl das öffentliche Genehmigungsverfahren noch nicht abgeschlossen ist. Auf Antrag der Grünen im Landtag Hessen ermittelt wegen dieses Verdachts die Staatsanwaltschaft gegen die Behring-Werke. Das Genehmigungsverfahren war am 24. November 1988, zehn Tage nach Ablauf der Einwendungsfrist, ausgesetzt worden. Die örtliche Presse meldete, daß die von Behring eingereichten Unterlagen nicht ausreichend gewesen seien. Knapp 1800 Einwendungen waren gegen die Errichtung der Gentec-Anlage erhoben worden, vor allem von der Bürgerinitiative „Fra-Gen“, in der unter anderem die Grünen, Jungs-



ozialisten, DKP, GEW, BUND, der Bund demokratischer Wissenschaftler und mehrere Studentenverbände mitarbeiten.

Derartige öffentliche Genehmigungsverfahren sollen nach dem Willen der EG-Kommission in Zukunft nicht mehr durchgeführt werden, wie einem Richtlinien-Vorschlag der Kommission zu entnehmen ist. Der SPD-Gentec-Experte Wolf-Michael Catenhusen erklärte, daß darüber hinaus durch die Richtlinien Bestimmungen des Bundesimmissionsschutzgesetzes, der Abwasserherkunftsverordnung und andere Vorschriften zum Umweltschutz außer Kraft gesetzt würden.

## Bayer-Kritiker: Verfassungsbeschwerde geplant

Die Coordination gegen Bayer-Gefahren plant, mit einer Beschwerde vor dem Bundesverfassungsgericht die Meinungs- und Pressefreiheit von Kritikern des Konzerns einzuklagen. Damit reagiert die Coordination auf ein Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom September 1988 (dg berichtete in 10/88). Das Gericht hatte in zweiter Instanz einer Klage von Bayer gegen Formulierungen in einem Flugblatt der Coordination gegen Bayer-Gefahren in vollem Umfang stattgegeben. Dort war ausgesagt worden, daß Bayer „in seiner grenzenlosen Sucht nach Gewinnen und Profiten“ „demokratische Prinzipien, Menschenrechte und politische Fairness“ verletze. „Mißliebige Kritiker werden bespitzelt und unter Druck gesetzt. Rechte und willfähige Politiker werden unterstützt und finanziert“, hatte es weiter in dem Flugblatt geheißen. Das Kölner OLG ließ in seinem Urteil keine Revision zu.

Auf einer Pressekonferenz am 13. November in Bonn solidarisierten sich der Zukunftsforscher Prof. Robert Jungk und die ehemalige Vorstandssprecherin der Grünen, Jutta Ditfurth, mit den Konzernkritikern. Jungk warnte, auch aufgrund eigener Erfahrungen, vor einer weltweit betriebenen Konzernstrategie der Einschüchterung von Kritikern.

## Rhein-Main: Krankenpflegeschüler treffen

Seit April 1988 haben sich monatlich rund 40 bis 50 Schülerinnen und Schüler aus 17 Krankenpflegeschulen des Rhein-Main-Gebietes getroffen. Ziel der Treffen sei es, so die Teilnehmer, die theoretischen Erkenntnisse aus dem Krankenpflegeunterricht in den Stationsalltag einzubringen. Zwar sehe das Krankenpflegegesetz „geplante Pflege“ vor, in der Praxis der Krankenhäuser erlebe man dagegen „geplante Pflege“ nicht oder höchstens in der Erprobungsphase. Personalmangel, mangelnde Förderung von Fortbildungen, wenig Interesse bei den Mitarbeitern, die Macht des Althergebrachten und ein unklares Berufsbild seien dafür die Ursache. Gerade der theoretische Vorsprung der Krankenpflegeschülerinnen und -schüler erzeuge auf der Station oft Widerstand und Spannungen, gerade weil „geplante Pflege“ einen Übergang zur Gruppen- und Zimmerpflege erfordere. Sie dürfe nicht auf reine Standards zum Ankreuzen oder auf EDV-gerechte Pflege reduziert werden.

Das „Rhein-Main-KrankenpflegeschülerInnen-Treff“ fordert Interessierte aus dem Umkreis zur Mitarbeit auf. Kontakt: SchülerInnenvertretung des Elisabethenstiftes Darmstadt, Erbacher Str. 57, 6100 Darmstadt.





## EG-Gentec-Programm vom Bundesrat gebilligt

Das von der EG-Kommission geplante gentechnologische Forschungsvorhaben „Prädiktive Medizin“ ist vom Bundesrat Ende November 1988 gebilligt worden. Mit diesem Programm soll das menschliche Genom kartiert und auf mögliche Dispositionen für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems,

Diabetes und Psychosen untersucht werden (dg berichtete in 11/88). Der SPD-Bundestagsabgeordnete Michael Müller hat das Forschungsprogramm als „Rassenhygiene nach dem Stand von Wissenschaft und Technik“ bewertet. Trotz der grundsätzlichen Billigung hat der Bundesrat jedoch Bedenken ethischer Natur erhoben. Die EG müsse dafür sorgen, daß parallel zur Genforschung auch die Risiken der Gentechnologie untersucht würden.



## „Frauen, Gesundheit, Medikamente“

Die Pharma-Kampagne des Bundeskongresses Entwicklungspolitischer Aktionsgruppen (BUKO) hat im November ein Faltblatt zum Thema „Frauen, Gesundheit, Medikamente – in allen Kontinenten“ herausgegeben. Dort wird anschaulich und mit aktuellen Informationen nachgewiesen, wie Frauen in den Industrieländern und der Dritten Welt gezielt medikaliert werden. Das Material kann gegen 50 Pfennig bestellt werden bei der BUKO Pharmakampagne, August-Bebel-Str. 62, 4800 Bielefeld 1.

## BGA: Erstmals die eigene Geschichte untersucht



Im Bundesgesundheitsamt in Berlin hat am 24. November 1988 eine Vortragsveranstaltung „über die Arbeit des Reichsgesundheitsamtes in der Zeit des Faschismus von 1933 bis 1945“ stattgefunden, wie das BGA mitteilte. Damals seien von Mitarbeitern des Amtes Menschenversuche im Konzentrationslager Buchenwald und die sogenannte „Zigeunerforschung“ betrieben worden. Die Vortragsveranstaltung, für die die Professoren Wolfgang Wippermann und Gerhard Baader gewonnen wurden, eröffnete eine Ausstellung, in der Dokumente und Fotos aus der Zeit gezeigt werden. Nach Auskunft des BGA ist dies ein „erster Schritt“, sich wissenschaftlich und detailliert mit der Arbeit des Reichsgesundheitsamts zu beschäftigen.

VdÄÄ:

## Überfordert?

*gw – Inhaltliche Positionen zur Gentechnologie wollte der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte erarbeiten, Vereinsinterna und aktuelle politische Themen standen ebenfalls auf der Tagesordnung. Zu viel für eine eintägige Jahreshauptversammlung?*

Höhepunkt eines Jahres gesundheitspolitischer Arbeit, Gelegenheit zu einer Bilanz und einer Analyse der politischen Verhältnisse sowie die Entwicklung von Perspektiven für die weitere Tätigkeit, so stellt man sich eigentlich eine Jahreshauptversammlung des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ) vor. Da in diesem Jahr aber keine Vorstandswahlen anstanden, ging es der Versammlung weniger um einen Rückblick auf die geleistete Arbeit. Im Vordergrund stand die Suche nach inhaltlichen Positionen zur Gentechnologie, die den ersten Teil des Tages füllte. Vereinsinterna und aktuelle politische Themen wurden am Nachmittag behandelt und meines Erachtens sträflich vernachlässigt. Daß lediglich ein Antrag zum Gesundheitsreformgesetz vorlag, eingebracht von Ulli Deppe, zeigt, daß der Verein zu viel Zeit braucht, eigene Positionen und Strukturen zu klären.

Kontroverse Standpunkte zur Gentechnologie machten die Referate von Hannelore Hauß-Albert, die als Ärztin an der Humangenetischen Beratungsstelle in Essen arbeitet, und von Bernd Klees, Professor für Arbeits- und Sozialrecht an der Fachhochschule Braun-

schweig, deutlich. Doch auch die Qualität der Referate konnte nicht darüber hinwegtäuschen, daß man sich hier offensichtlich zu viel vorgenommen hatte.

Illusorisch, anzunehmen, daß in einem halben Tag ein so komplexes Thema, zudem noch erweitert um die Frage der humangenetischen Beratungsstellen, angemessen behandelt werden könnte. Es zeigte sich, daß hier noch ein großes Defizit bei den Vereinsmitgliedern herrscht. Der einzige Punkt, in dem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen Handlungsbedarf sahen, war das EG-Forschungsprogramm zur Analyse des menschlichen Genoms (siehe dg 11/88). Doch selbst hier war man nicht in der Lage, eine entsprechende Resolution zu verabschieden, diese Aufgabe wurde an den Vorstand delegiert. Bis der VdÄÄ zu klaren Positionen zur Gentechnologie kommt, werden wohl noch einige Veranstaltungen dieser Art notwendig sein.

Deutlich wurde auf der Jahreshauptversammlung aber auch ein strukturelles Problem des VdÄÄ: das starke Übergewicht der hessischen Mitglieder. Erstmals waren keine Vertreter aus Hamburg und Berlin anwesend. Die Regionalgruppen aus Bre-

men und Nordrhein-Westfalen berichteten über ein schwindendes Interesse an den regionalen Treffen. Offensichtlich ist der Verein an einem Punkt angelangt, an dem es sich entscheidet, ob er ein hessischer Verein mit bundesweiter Mitgliedschaft oder aber ein bundesweit agierender Verein mit einem Schwerpunkt in Hessen wird. Nur durch eine Ausdehnung des VdÄÄ auf alle Bundesländer wird es jedoch langfristig möglich sein, den bundesweit agierenden konservativen Verbänden wirksam entgegenzutreten, beziehungsweise eigene politische Initiativen durchzusetzen.

Gine Eisner, Vorstandsmitglied aus Bremen, wies in diesem Zusammenhang eindringlich darauf hin, daß es für sie unmöglich sei, zu allen Sitzungen des Vorstands und erweiterten Vorstands zu kommen, wenn diese stets in Frankfurt stattfinden. Erste Schritte zur Regionalisierung des Vereins wurden dann auch auf der Jahreshauptversammlung beschlossen. In Zukunft soll sich der erweiterte Vorstand vierteljährlich an verschiedenen Orten treffen. In Anlehnung an den kommenden Deutschen Ärztetag ist zum Beispiel eine Sitzung in Berlin geplant.





## Glotze

- |       |       |  |
|-------|-------|--|
| 1.1.  | 10.15 | Mosaik. Im Zeichen der „Gleichberechtigung“ eine Sendung über Gewalt „zwischen“ Männern und Frauen. Unter anderem soll es um den Mangel an Häusern für geschlagene Männer gehen. (ZDF) |
| 3.1.  | 9.45  | ZDF-info Gesundheit. Zur Hauskrankenpflege. (ZDF)  |
| 3.1.  | 19.30 | Die Reportage: „Neues Spiel – Neues Glück“. Der Name des Autors – Heiner Gatzemeier – verspricht eine gute Sendung. (ZDF)  |
| 4.1.  | 19.30 | Doppelpunkt: Lust oder Laster. Können Spielhallen süchtig machen? (ZDF)  |
| 5.1.  | 20.15 | Fleischlos leben. Dokumentarsendung. (ARD)   |
|       | 21.05 | Gesundheitsmagazin Praxis. Test: Wie gut ist Ihr Ernährungswissen? (ZDF)   |
| 6.1.  | 17.10 | Umwelt. Ein neues Magazin. (ZDF)   |
|       | 17.35 | Geschichten von nebenan. Präsentiert von Dieter Hildebrandt. Unter anderem über eine Stadtreicherin, die sich weigert, die Segnungen des sozialen Netzes anzunehmen. (ZDF)             |
| 7.1.  | 16.05 | Mittendrinn. Ein neues Umweltmagazin für Kinder mit Tips zum Bessermachen. (ZDF)   |
|       | 19.30 | Schwarzwaldklinik. Heute wird unter dem sinnigen Titel „Mit Geld geht alles“ endlich Frau Doktor Brinkmann von ihrem Emanzipationswahn befreit. (ZDF)                                  |
| 8.1.  | 17.30 | Globus – Die Welt, von der wir leben. Ein Umweltmagazin. (ARD)   |
| 9.1.  | 19.30 | Der Landarzt. Entgegen unserer schrecklichen Falschmeldung im letzten Heft auch in diesem Jahr, leider nicht mehr zur besten Zeit für unsere Niedergelassenen. (ZDF)                   |
| 10.1. | 22.10 | Anstöße. Zur Integration geistig und körperlich behinderter Kinder in die Grundschulen. (ZDF)  |
| 15.1. | 22.40 | Schmerz ohne Ende. (ARD)   |
| 16.1. | 21.00 | Die Drogenmütter von Madrid – Selbsthilfegruppen im Kampf gegen das Rauschgift. (ARD)  |
| 17.1. | 13.45 | Eine dreiteilige Reportage zum Thema „Mensch, Natur, Klima“. Jeweils dienstags zur gleichen Zeit. (ZDF)  |
| 19.1. | 21.03 | Scheibenwischer. Kabarett mit Dieter Hildebrandt. (ARD)  |
| 21.1. | 16.40 | Gesundheit! Medizin im Ersten. Dasselbst.  |

### 10.1. München

Vortrag: „Kenia – Mediziner- und Basisgesundheitswesen“

Kontakt: AK Medizin 3. Welt, Fachschaftsvertretung an der medizinischen Fakultät der Universität München, Pettenkoferstraße 11, 8000 München 2, Tel. (089) 51 60 75 75.

### 11. – 13.1. Papenburg

Umweltschutz in Haus und Garten

Kontakt: Historisch-ökologische Bildungsstätte, Spillmannsweg 20, 2990 Papenburg.

### 13. – 15.1. Sensbachtal

Tagung: „Biotechnologische Verfügung und menschliche Integrität“

Kontakt: Komitee für Grundrechte und Demokratie, An der Gasse 1, 6121 Sensbachtal, Tel. (060 68) 26 08.

### 14.1. Müllheim (Baden)

Kommunalpolitischer Tag mit dem Thema: „Gestalten statt verwalten – Auswege aus der sozial- und gesundheitspolitischen Sackgasse der Kommunen“

Kontakt: Die Grünen in Baden-Württemberg, AK Soziales und Gesundheit, c/o Wolf Ritscher, Waldstraße 10, 7267 Unterreichenbach 2, Tel. (072 35) 89 86.

### 14. – 15.1. Osnabrück

Seminar zum Gesundheitsreformgesetz

Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle des Studiengangs LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück, Telefon (0541) 6 08 42 43 – 45.

### 16. – 20.1. Essen

Seminar: Krankheitslehre in der Psychiatrie

Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 28 55 99.

### 16. – 20.1. Darmstadt

Fortbildungseminar: „Wie begegne ich ‚verwirrten‘ Menschen“

Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (061 51) 40 33 48.

### 19. – 21.1. Osnabrück

Seminar: „Töchter und Mütter. Biographische Aspekte der beruflichen Identität von Frauen in der Krankenpflege“

Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle des Studiengangs LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück, Telefon (0541) 6 08 42 43 – 45.

### 20. – 22.1. Essen

Seminar: Hygiene im OP

Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 28 55 99.

### 22.1. Wiesbaden

Veranstaltung: Gesund leben – Wiesbaden gesunde Stadt

Kontakt: Die Grünen, Kreisverband Wiesbaden, Arbeitskreis Gesundheit, c/o Dieter Krost, Alwinenstraße 10, 6200 Wiesbaden.

### 23. – 25.1. Darmstadt

Seminar: Pflege alter Menschen nach dem Schlaganfall. Selbsthilfe fördern und begleiten

Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (061 51) 40 33 48.

### 24.1. München

Vortrag: „Nordamerika – Uranabbau und Strahlenfolgen für indigene Völker in den USA und Kanada“

Kontakt: AK Medizin Welt, Fachschaftsvertretung an der medizinischen Fakultät der Universität München, Pettenkoferstraße 11, 8000 München 2, Tel. (089) 51 60 75 75.

### 24. – 26.1. Berlin

Internationale Konferenz „Umweltökonomie in der Stadt“

Kontakt: Senator für Stadtentwicklung und Umweltschutz Berlin.



## 24. - 27. 1.

### Essen

Weiterbildung in der Psychiatrie  
Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Sekretariat, z. H. Frau Weiß, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 28 55 99 oder 27 48 29.

## 27. - 29. 1.

### Osnabrück

Seminar: Arbeitsrecht im Krankenhaus  
Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle des Studiengangs LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück, Telefon (05 41) 6 08 42 43 - 45.

## 27. - 28. 1.

### Osnabrück

Seminarbeginn: „Die Geschichte der Pflege als Unterrichtsgegenstand in der Krankenpflegeausbildung“ (Fortsetzung 10. - 11. 2.)  
Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle des Studiengangs LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück, Telefon (05 41) 6 08 42 43 - 45.

## 28. - 29. 1.

### Bad Iburg

9. Symposium „Arzt und Krankengymnastik“  
Kontakt: Verein für medizinische Frührehabilitation, Herr Köhne oder Herr Korbel, Postfach 12 60, 4505 Bad Iburg, Tel. (0 54 03) 40 40.

## 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

Rechtliche Aspekte im Operationsdienst  
Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Sekretariat, z. H. Frau Weiß, Königgrätzstraße 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. (07 07 1) 4 12 11.

## 23. - 24. 2.

### Darmstadt

Seminar: Krisenhelfer Chemie - Psychopharmaka in der Altenpflege  
Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (061 51) 40 33 48.

## 23. - 26. 2.

### Löcsum

Tagung: Berufsmotivation und Berufswirklichkeit im Krankenhaus, Alte und neue Herausforderungen in Medizin und Krankenpflege  
Kontakt: Evangelische Akademie Löcsum, 3056 Rehburg-Löcsum, Tel. (057 66) 810.

## 1. 3.

### Darmstadt

Das neue Krankenversicherungsrecht und die Absicherung der Pflegebedürftigkeit  
Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (061 51) 40 33 48.

## 6. - 10. 3.

### Hamburg

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

## 13. - 15. 3.

### Bad Boll

Tagung: „Seelenpresse - Patientenzeitungen in der Bundesrepublik“  
Kontakt: Evangelische Akademie Bad Boll, Akademieweg 11, 7325 Bad Boll, Tel. (071 64) 791.

## 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. (02 21) 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.

Wir suchen für unsere Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Lebens-, Partner- und Sexualfragen zum baldmöglichen Termin eine **Ärztin** als **Honorarkraft** für Diaphragmaberatung/Anpassung sowie als Urlaubsvertretung zur Indikationsberatung gemäß § 218 StGB.

Bewerbungen sind zu richten an:  
Beratungsstelle der Arbeiterwohlfahrt für Schwangerschaftskonflikte, Lebens-, Partner- und Sexualfragen  
Bagelstr. 113, 4000 Düsseldorf 30, Telefon: 0211-445397.

**Personalzeiterfassung an Krankenhäusern oder Stechuhren im Krankenhaus**

Die Interessenvertretung eines Krankenhauses, wo Personalzeiterfassung eingeführt werden soll, ruft um Hilfe!

**Wer kann uns mit Informationen und Erfahrungen weiterhelfen?**

Wer das gern tun möchte, wendet sich unter Chiffre 010189 an die dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1

## Nur für Sie!

Haben Sie unseren Prospekt mit dem Buchangebot für dg-AbonnentInnen in der Dezemberausgabe gefunden? Oder haben Sie ihn verlegt? Bis **15.1.1989** können Sie noch bestellen.

Wenn Sie den Prospekt „Nur für Sie!“ nicht mehr finden, Anruf genügt: Telefon (02 21) 3 60 02 43 oder 44 (Vertriebsabteilung). Stichwort: Buchangebot „Nur für Sie!“ / dg-Abo.

Pahl-Rugenstein Verlag  
Gottesweg 54  
5000 Köln 51

## Pahl-Rugenstein

**Unsere Bücher sind Lebensmittel**

**Weiterbildungsstelle Allgemeinmedizin ab sofort frei** in (Gesundheits-)Zentrum Bremen

Viel zu lernen, wenig Geld  
Telefon (04 21) 600046



## Barbara Rütting SchauspielerIn

Mitglied im Beirat der  
**VERBRAUCHER  
INITIATIVE**

„Vollwertige Ernährung dient nicht

nur unserer Gesundheit, sondern auch der Umwelt. Deshalb müssen sich die Verbraucherinnen und Verbraucher für gesunde Lebensmittel und den ökologischen Anbau einsetzen. Aktiv werden ist nötig.

*Barbara Rütting*  
Barbara Rütting

Ausschneiden und einschicken:

- ☐ Ich möchte mehr wissen. Bitte schicken Sie mir das Infopaket zu Ihrer Aktion „Gesünder Essen“. 3,-DM in Briefmarken habe ich beigelegt.
- ☐ Ich möchte Mitglied der **VERBRAUCHER INITIATIVE** werden. Mein Jahresbeitrag beträgt ..... (mind. 60,-, Beiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar)
- ☐ Verrech. - Scheck liegt bei.

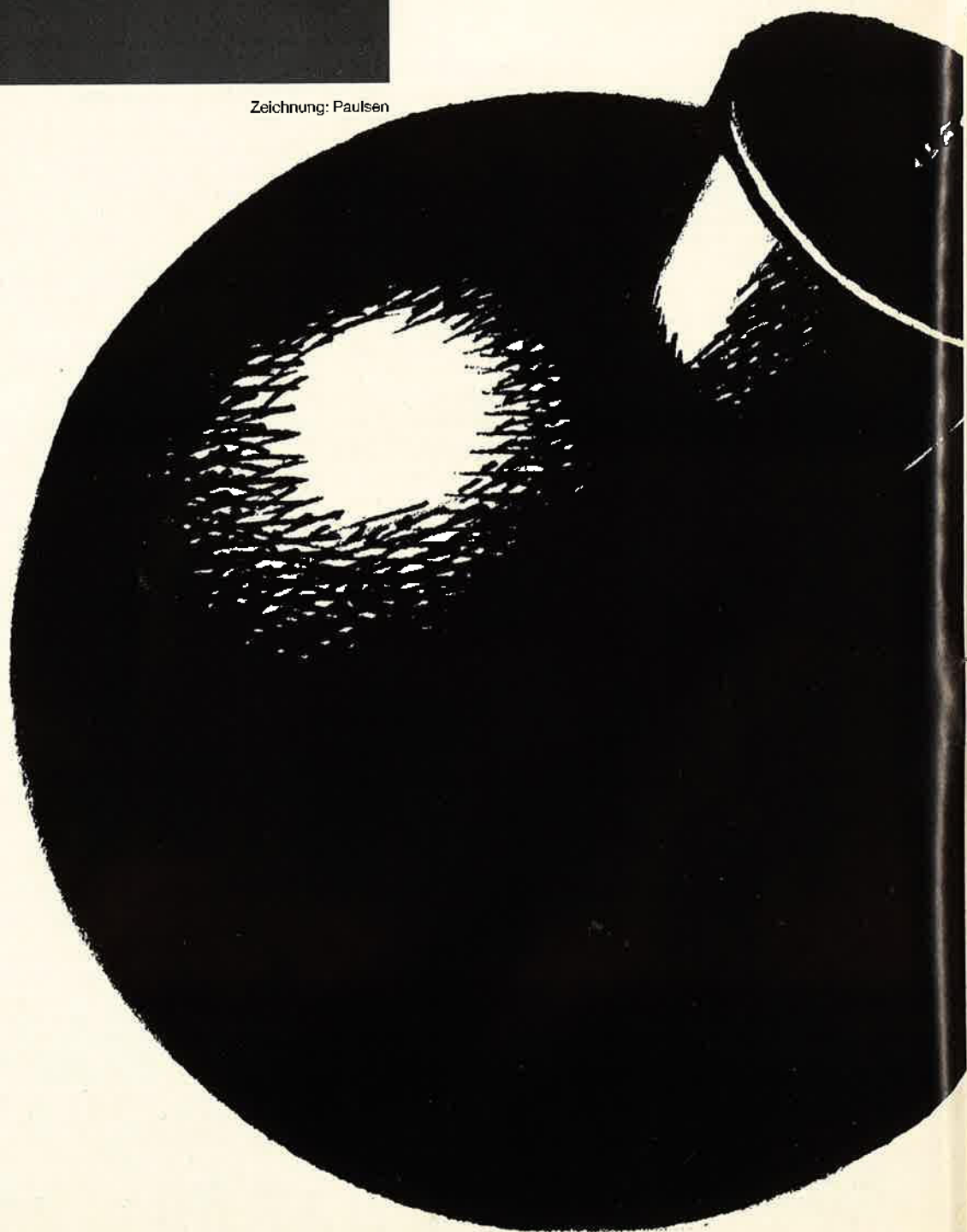
**Die Verbraucher Initiative**



Breite Straße 51  
53 Bonn 1  
0228 / 65 90 44

**Mit der lammfrommen Geduld  
scheint es jetzt vorbei zu sein. Al-  
lein in München gingen im Novem-  
ber zehntausend Krankenschwe-  
stern und Pfleger auf die Straße.  
Schwerpunktstreiks stehen jetzt auf  
der Tagesordnung. dg-Redakteur  
Helmut Copak hat sich über den  
Stand der Vorbereitung in München  
informiert.**

Zeichnung: Paulsen







# ZÜNDSTOFF

## STREIKT DAS MÜNCHNER PFLEGEPERSONAL?

**O**rtstermin auf dem Münchner Marienplatz. Hier findet am 5. November 1988 die Großdemonstration der Pflegekräfte statt. Über zehntausend Teilnehmer füllen den Platz vor dem historischen Rathaus. Starke Worte fallen über den Pflegenotstand und über das Ende der Geduld und daß man sich jetzt endlich wirkungsvoll wehren müsse. Genau ein Jahr zuvor waren sechstausend Teilnehmer auf einer ersten Protestaktion auf dem selben Platz zusammengekommen. Jetzt sind es fast doppelt so viele. Gibt es einen besseren Beweis für die gewachsene Stärke der Bewegung? Außerdem hat man glücklich die Bevölkerung auf die eigene Seite gebracht. Selten sind Krankenschwestern und Pfleger so begeistert von den Passanten unterstützt worden. Das tut gut. Endlich werden sie mit ihren Forderungen ernstgenommen. Jetzt scheint der Erfolg plötzlich greifbar nah. Und als dann die Sprecher der ÖTV-München gewerkschaftliche Kampfmaßnahmen nicht mehr abschließen wollen und als gar eine Soli-

daritätsadresse der streikenden französischen Krankenschwestern verlesen wird, bricht ein Beifallssturm auf dem Marienplatz los wie sonst nur bei den legendären Strauß-Reden.

Jetzt, gegen Ende des hoffnungsvoll eröffneten Novembers, in der Woche vor dem ersten Advent, hat sich der Weihnachtsmarkt auf dem teuren Pflaster breitgemacht, um bis zum 24. Dezember nicht mehr zu weichen. Und in den Eingangsbereichen der Münchner Krankenhäuser hängen die kreisrunden Adventskränze, dick wie Traktorenreifen. Die Boulevardzeitungen an den Straßenbahnhaltestellen, die sich nur kurz mit den Mitleid erregenden armen Krankenschwestern und Pflegern beschäftigt hatten, weiden seit drei Tagen das Thema „Patrick's Mörder“ aus. Unsere radikalen Pflegekräfte scheinen vom Klinikalltag geschluckt worden zu sein.

Müssen wir diese Demonstration abhaken und uns auch einem neuen Thema zuwenden? Oder täuscht die Ruhe?

**„Wenn die Arbeitgeber mit uns nicht verhandeln wollen, sag ich erst gestern zum Gesundheitsreferenten Dr. Zimmermann von der Stadt, dann kannst dem anderen Zimmermann in Bonn Bescheid geben. Dann läuft hier was.“**  
**ÖTV-Sekretär**  
**Dieter Gollin**

Zumindest an einem wichtigen Ort registriert man immer noch die Auswirkungen der Demonstration. Hier bei der Münchner Kreisverwaltung der ÖTV in der Bayerstraße 69, gleich neben dem Hauptbahnhof, bringt die Post täglich neue Beitrittserklärungen aus dem Pflegebereich. Anfragen von anderen Kreisverbänden aus dem gesamten Bundesgebiet liegen in der Ablage zur Beantwortung. Aber am glücklichsten ist man im Referat Gesundheitswesen über den eben erst frisch eingetroffenen Eilbrief aus Stuttgart, mit dem alle Gerüchte über einen schwelenden Konflikt zwischen der Kreisverwaltung und dem Hauptvorstand gegenstandslos werden. „Stuttgart“, so freut sich ÖTV-Sekretär Dieter Gollin, „steht voll hinter uns.“ Er schwenkt den Brief, den er gerade erst gelesen hat, wie eine Siegestrophäe in der Luft.

Schon einen Tag, nachdem der Hauptvorstand die Linie der Kollegen in München abgesegnet hat, treffen sich die Personalräte und Vertrauensleute der Münchner Krankenhäuser und Altenheime zu einer ersten Stabsbesprechung. Hinter verschlossenen Türen, versteht sich, denn es sollen die auf der Demo angesprochenen „gewerkschaftlichen Kampfmaßnahmen“ geplant werden. Soviel ist allerdings schon bekannt: Die Pflegekräfte würden in einem eventuellen Arbeitskampf nicht allein dastehn. Die Münchner

Verkehrsbetriebe und die Müllabfuhr haben schon im Vorhinein zugesagt mitzumachen, wenn es hart auf hart ginge. Eine dritte Demonstration wird es wohl im nächsten November nicht mehr geben müssen.

**D**as meint auch der Personalratsvorsitzende der Schwabinger Klinik, Walter Lusar. Er hat den Aufstand der Pflegekräfte von Anfang an mitbegleitet. Nun sei genug demonstriert worden. „Wir wollen keine Hausfrauenbelästigungsaktionen in Fußgängerzonen mehr. Das bringt nichts. Wenn die Arbeitgeber diesmal nicht zu Verhandlungen mit uns bereit sind, dann wird halt ein Krankenhaus dichtgemacht.“

Lusar hat an seinem Krankenhaus schon einige gewerkschaftliche Erfolge erzielt. Am Schwabinger Krankenhaus arbeiten die beiden Pflegekräfte, für die die ÖTV über Jahre hinweg einen Musterprozeß führte um die Frage, wo genau die normale Arbeitszeit beginnt und endet. Ob nämlich erst am Arbeitsplatz, etwa auf der Station oder schon an der Pforte. Das Schwabinger Krankenhaus, das in den zwanziger Jahren in großzügiger Pavillon-Bauweise errichtet wurde, ist nicht gerade klein. Ursprünglich sollte es mal das größte Krankenhaus der Welt werden. Noch heute gehört es mit seinen 1600 Betten zu den Krankenhauskolossen. Es kann also aufgrund der Ausdehnung dieses Baus für viele Arbeitnehmer schon bedeutsam sein, ob ihre Schicht an der Pforte beginnt oder, wie es die Klinikleitung gerne hätte, einsatzbereit angezogen und sterilisiert auf der Station. Im vorgelegten Streikfall ging es um insgesamt 20 Minuten Wegezeit. Diese 20 Minuten müssen ab sofort zur Arbeitszeit dazugezählt werden, entschied das Bundesarbeitsgericht. Der Arbeitgeber wurde gleichzeitig verurteilt, rückwirkend für ein halbes Jahr die zuviel geleistete Arbeit als Überstunden zu erstatten.

Da sich andere Pflegekräfte jetzt ebenfalls auf dieses Urteil berufen können, stehen dem Arbeitgeber unerwartete Nachzahlungen ins Haus. Es geht um ein hübsches Stümmchen: rund eine Million! Noch windet sich der Arbeitgeber. Er glaubt, er könne die Aufnahme von Tarifverhandlungen mit der Gewerkschaft davon abhängig machen: Wir reden erst dann mit euch, wenn ihr auf die Million verzichtet. Doch dazu sei man niemals bereit, sagt Hans Lusar spöttisch. „Wir geben doch keine eindeutigen juristischen Positionen auf. Wozu haben wir denn sonst gekämpft?“





Ein weiteres schönes Beispiel für die gewerkschaftliche Aktivität am Schwabinger Krankenhaus war dann im vorigen Jahr ein mehrstündiger Warnstreik im Rahmen der Durchsetzung der 35-Stunden-Woche. Die Kantine war bis auf den letzten Platz besetzt. Sogar das Fernsehen hat einen Bericht darüber gesendet. Und wo wir schon mal bei der Aufzählung von Erfolgen der Münchner ÖTV sind, soll der erfolgreiche Warnstreik der Krankenpflegerinnen und -schüler nicht unterschlagen werden. Es ging damals gegen eine geplante 60prozentige Herabsetzung der Ausbildungsvergütung. Die Kürzung wurde zurückgenommen, um dann im anschließenden Jahr doch noch um zehn Prozent herabgesetzt zu werden. Ein halber Sieg. Klar, daß bei den kommenden Tarifverhandlungen diese Angelegenheit wieder ausgegült werden muß.

Aber inzwischen hat es ja auch inhaltlich neuen Zündstoff gegeben. Die kürzlich verabschiedete Berufsfachschulordnung („Vom leeren Wahn zum Lehrerwahn“, ÖTV) für Krankenpflege und Hebammen von Kultusminister Zehetmaier gilt es zu Fall zu bringen. „Die Rechte der Schulleitungen werden erheblich ausgeweitet, die der Schüler radikal beschnitten“, heißt es in einer aktuellen Streitschrift des ÖTV-Fachausschusses Krankenpflege. Denn auch die Schüler sollen vom gewerkschaftlichen Kampf profitieren, verspricht die ÖTV.

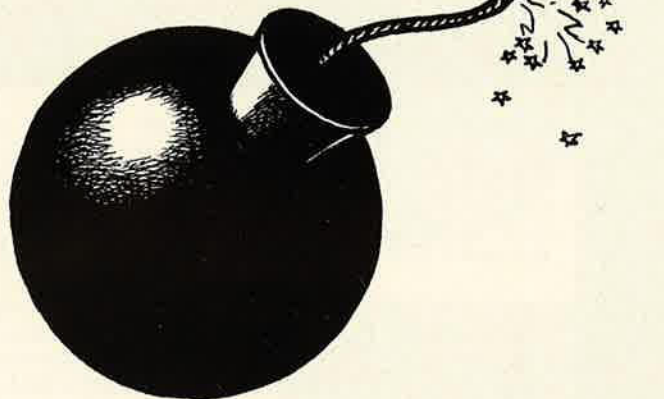
**K**lingt das nicht alles zu schön, um wahr zu sein! Der Kreisverband mag sich viel vornehmen, seine wesentlichen Aufgaben liegen traditionsgemäß im Tarifkampf. Und da kann sie nur in dem Maß Druck auf die Arbeitgeber ausüben, wie ihre Streikbereitschaft glaubwürdig ist. Ein hoher Organisationsgrad ist dabei eine der wichtigsten Voraussetzungen. Über die eigene Stärke, ausgedrückt in konkreten Mitgliederzahlen an den einzelnen Häusern, will man bei der ÖTV verständlicherweise nicht zuviel verraten. Eines wird man ihnen aber bedenkenlos glauben dürfen: An den Münchner Krankenhäusern gibt es aufgrund der intensiven Mitgliederwerbung und als Folge der beiden Großdemonstrationen mit Sicherheit eine ganze Reihe von Krankenhäusern, die man ohne lange Überredungsspiele mit ihrem Pflegepersonal für einige Zeit „dichtmachen“ könnte.

Der bullige Gewerkschaftssekretär Dieter Gollin, zuständig für die Stadt München, ist voll fröhlicher Zuversicht: „Wenn die Arbeitgeber mit uns

nicht verhandeln wollen, sag ich erst gestern zum Gesundheitsreferenten Dr. Zimmermann von der Stadt, dann kannst dem anderen Zimmermann in Bonn Bescheid geben. Dann läuft hier was.“ Die Oberen sind offensichtlich zufrieden, auch wenn an einigen Krankenhäusern so gut wie nichts läuft. „Es gibt eben Krankenhäuser mit einem Organisationsgrad von weniger als zehn Prozent. Das liegt dann meistens an der schlechten Betriebsarbeit.“

Um die Arbeit an der Basis zu intensivieren, hat sich 1987 ein Koordinierungsausschuß gebildet, der auch die Großdemonstration organisierte und dazu die notwendige Pressearbeit geleistet hat. Aus diesem Ausschuß hat sich ein Fachausschuß für Krankenpflege gebildet. Hier wurde die Kopfarbeit für die zukünftige gewerkschaftliche Politik geleistet. Der Erfolg dieser kontinuierlichen Arbeit zeigte sich nicht zuletzt darin, daß sich an einzelnen Krankenhäusern nach einem Jahr konsequenter Basisarbeit die Mitgliederzahlen mehr als verdoppeln konnten.

Dennoch hätte die ÖTV sicher nicht so viel Zulauf gehabt, wenn nicht die Lage der Pflegekräfte immer mieser geworden wäre. „Aber den Pflegenotstand, den gibt es nicht“. Ich staune und blicke dem in seinem Redefluß kaum zu bremsenden ÖTV-Sekretär ungläubig ins Gesicht. „Jedenfalls so, wie es immer behauptet wird. Wenn es so wäre, dann könnten wir den weiteren Betrieb der Krankenhäuser ja gar nicht verantworten“, erklärt er, ohne weitere Überlegung, ob die Gewerkschaft da nicht wirklich Unverantwortliches mitgetragen hat. Außerdem, so Dieter Gollin, sollte man den Patienten nicht unnötig Angst einjagen. „Die Pflegekräfte, das muß mal gesagt werden, leisten teilweise Übermenschliches. Sie werden dafür schlecht bezahlt. Der Tarif für Krankenpflege ist



**Die Pflegekräfte würden im Arbeitskampf nicht allein dastehn. Die Münchner Verkehrsbetriebe und die Müllabfuhr haben ihre Unterstützung schon zugesagt**

noch von 1929. Wir benötigen eine bessere Bezahlung, eine bessere Ausbildung, mehr Stellen.“

Ich denke an die Schilderungen, die ich von befreundeten Krankenschwestern und Aushilfen noch in lebendiger Erinnerung habe. Ich denke an Geschichten, die mir unter dem Siegel der Verschwiegenheit erzählt wurden: Beinahe-Katastrophen am laufenden Band, mangelhafte Pflege aufgrund von ständiger Unterbesetzung der Stationen mit ausgebildeten Kräften, an die Verzweiflung und die Tränen. – Ich schlucke.

Vom Bayerischen Landtag kommen die Materialien zur Anhörung der SPD-Fraktion. Ein dicker Stoß Fotokopien von allen möglichen Verbänden zum Thema „Pflugesituation in Bayern (Maximilianeum, 9. November 88). Die SPD fragt: Was sind die Ursachen des Personalmangels? Mit welchen Mitteln läßt sich die Abwanderung der Pflegekräfte stoppen? Welche Maßnahmen sind notwendig, um zusätzlich Personal zu gewinnen? Erstaunlich, die Verbände antworten fast wie aus einem Mund. Nur daß sie alle, bis auf die Gewerkschaften, bei ihren klugen Vorschlägen und höflich vorgetragenen Forderungen stehen bleiben. Es werden die bekannten Erklärungen heruntergebetet: von den kürzeren Verweilzeiten in den Krankenhäusern und von der Zunahme des Anteils der älteren Patienten („Altenberg“) – alles zusammen führt zu einer Intensivierung der Arbeit – trotz abnehmender Bettenzahl usw. Dann ist von der schlechten Bezahlung die Rede, was alles zusammen mehr oder weniger drastisch ausgemalt und mit Beispielen illustriert wird. Am Schluß werden Wunschbilder vom attraktiven Berufsleben der Krankenschwestern und -pfleger in der Zukunft entworfen, die vermutlich kaum noch von den Entscheidungsträgern zur

Kenntnis genommen werden, da diese Zukunft offenbar nicht ohne Mehrkosten zu haben ist. Und Geld ist bekanntlich nicht vorhanden. Basta!

**A**n solchen Stellen gerät unser Personalrat an seinem Schreibtisch im Schwabinger Krankenhaus gern ins Philosophieren. „Sehen Sie, die meisten Verbände im Pflegebereich haben noch immer nicht verstanden, daß Gesundheitspolitik nicht aus Briefeschreiben besteht. Meiner Meinung nach beschreibt der Begriff Gesundheitswesen völlig unzureichend sein wahres Wesen. In Wirklichkeit haben wir es nämlich mit einem Machtkampf in einem System der gewinnorientierten Krankheitsbewirtschaftung zu tun. Es geht um 230 Milliarden Mark. Um diesen Brocken wird gekämpft.“

Und dann haut Gollin so richtig auf den Putz: „Die Pharmaindustrie, die Geräteindustrie und die Ärzte beuten das Wirtschaftsgut Krankheit gemeinsam aus. Die Pflegekräfte haben bisher nur gewartet, Wünsche geäußert, Vorschläge gemacht. Sie haben nichts begriffen. Und sie haben sich einwickeln lassen von Mythen, die von der Krankheitsindustrie geschickt unters Volk gebracht wurden. An erster Stelle steht der Mythos vom teuren Krankenhaus. Den muß man erstmal gründlich demontieren. So teuer, wie sie immer sagen, sind sie gar nicht. Was sie teuer macht, ist nicht das Personal – ihr Anteil an den Kosten im Gesundheitswesen beträgt 5 bis 7 Prozent – sondern die Geräte- und Pharmaindustrie.“

In jeder Kommission bekäme man viel leichter ein neues technisches Gerät bewilligt, mit dem man Gewinne erwirtschaften kann, als mehr Personal. Fordere man ein neues Zentrum für

Geriatric, bekäme man es sofort – „Aber Sie können es leider nicht in Betrieb nehmen, weil man ihnen das notwendige Personal nicht bewilligt! Jetzt haben wir hier in München ein neues Zentrum für Geriatric mit den herrlichen höhenverstellbaren Betten und ohne Personal, und auf den anderen Stationen müssen sich die Pfleger mit den ergonomisch unmöglichen alten Betten herumquälen.“

Und wo man schon mal dabei ist, die Merkwürdigkeiten des Krankheitssystems zum Vergnügen vor innere Augen zu bringen, darf auch die Polemik gegen das kostentreibende und entsolidarisierende Chefarztsystem nicht vergessen werden. Hans Luser jedenfalls wettet, daß man eher militärische Geheimnisse herausbekommt als die Höhe der Chefarzteinkünfte.

Ziel der von der Gewerkschaft angestrebten Verhandlungen soll vor allen Dingen die Aufhebung des unseligen KR-Tarifs (Anlage 1b) sein. Die Krankenpflegeberufe sollen zukünftig nach BAT, Vergütungsgruppe VII bis Ia, entlohnt werden. Das würde vor allem im mittleren Bereich wesentlich verbesserte Bezahlung bedeuten, da vorgesehen ist, Weiterbildung und Bewährung durch entsprechende höhere Eingruppierung endlich zu honorieren (Bewährungsaufstieg). „Es gibt keinen anderen Beruf, in dem die Beschäftigten in der Gehaltsgruppe in Rente gehen, die nach dem Examen zur Einstellung geführt hat“, beschwerte man sich zu Recht gerade wieder bei der letzten Anhörung vor dem Landtag. Aus diesem Grund lehnt die ÖTV auch jedes Angebot nach pauschaler oder prozentualer Lohnerhöhung ab. Dadurch würde die Attraktivität dieses Berufsstands kaum gesteigert. Und darum geht es doch. In einem massenhaft verteilten Flugblatt vor der Großdemonstration begründete die ÖTV ganz offen, warum die Krankenpflegekräfte endlich mit den anderen Berufsgruppen auch einkommensmäßig gleichziehen wollen. „Die Pflege darf nicht zu einer Tätigkeit werden, die von Sonderlingen und Asketen ausgeführt wird, sondern sie erfordert Menschen, die voll im Leben stehen, weil es nur dann möglich ist, für die Bedürfnisse und Nöte anderer Verständnis zu haben.“

Wenn dann vielleicht die hochgesteckten Ziele der Münchner doch nicht so rasant verwirklicht werden sollten, so kann man dennoch eins nicht verleugnen: Die Pflegekräfte haben inzwischen ein Selbstbewußtsein entwickelt, das sie endlich aus der Rolle der bescheidenen Bittsteller herauskommen läßt. □

**yn – An guten Vorschlägen zur Behebung des Pflege-notstands mangelt es der ÖTV nicht. Aber was tun, wenn sie bei den Verantwortlichen auf taube Ohren stößt. dg sprach mit Ulrike Peretzki-Leid, Mitglied des ÖTV-Hauptvorstands und für das Gesundheitswesen zuständig, darüber, wie man das in der ÖTV-Zentrale zu ändern gedenkt**

## „Mit Augenmaß“

**dg:** Kommen die Maßnahmen, die die Gewerkschaft ÖTV zur Behebung des Pflegenotstands vorschlägt, nicht sehr spät? Die Situation in der Krankenpflege ist doch nicht erst seit gestern bekannt.

**Peretzki-Leid:** Die Gewerkschaft ÖTV hat einen umfangreichen Maßnahmenkatalog vorgeschlagen, der in einer Gemeinschaftsinitiative der Träger der Kranken- und Pflegeeinrichtungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesundheitspolitischen Verantwortlichen in Bund, Ländern und Gemeinden und den Tarifvertragsparteien des öffentlichen Dienstes umgesetzt werden muß. Alle Maßnahmen sind darauf gerichtet, die Pflegeberufe attraktiver zu gestalten, Nachwuchs für die Pflegeberufe zu gewinnen und die derzeitigen Pflegekräfte dem Beruf zu erhalten.

Die Forderungen dieses Maßnahmenkatalogs sind nicht neu. Die ÖTV hat seit mehr als zehn Jahren das Thema Arbeitsbedingungen und Personalbemessung in der Kranken- und Altenpflege kontinuierlich besetzt. Die politisch Verantwortlichen ebenso wie die Träger von Krankenhäusern und Al-



tenpflegeeinrichtungen sowie die öffentlichen Arbeitgeber haben sich unseren Mahnungen und Forderungen bisher verschlossen. Ihnen muß angelastet werden, wenn wir heute von Pflege-notstand sprechen.

**dg:** Da muß man sich doch fragen, was noch alles passieren muß, damit von seiten der Gewerkschaft endlich einmal Tacheles geredet wird. Zum Beispiel, indem in einen Arbeitskampf getreten wird.

**Peretzki-Leid:** Tacheles geredet haben wir in den letzten Jahren immer wieder. Wir haben in mehreren bundesweiten Aktionen die Öffentlichkeit auf die Arbeitsbedingungen und die Probleme der Personalbemessung bei Pflegekräften aufmerksam gemacht. Dabei geht es aber nur in einem Teilaspekt um Fragen, die sich tarifvertraglich regeln lassen. Ein Arbeitskampf zur Durchsetzung tarifvertraglicher Forderungen ist legitimes Mittel auch für die Beschäftigten in den Pflegeberufen. Ein Arbeitskampf ist aber auch die Ultima ratio und erfordert eine hohe Verantwortung von denjenigen, die dazu aufrufen. Nur wenn deutlich ist, daß die Beschäftigten zu einem solchen letzten Schritt bereit sind, kann ernsthaft über Arbeitskampfmaßnahmen nachgedacht werden.

**dg:** Nur, wenn man nicht bald zu unterschiedenen Maßnahmen kommt, dann nützen irgendwann die ganzen Drohgebärden und öffentlichen Veranstaltungen nichts mehr.

**Peretzki-Leid:** Öffentliche Proteste mit mehreren tausend Teilnehmern aus den Pflegeberufen sind keine Drohgebärden. Sie sind ein Ausdruck dafür, daß die Mentalität der Beschäftigten in den Pflegeberufen sich zu wandeln beginnt, daß die Kolleginnen und Kollegen nicht mehr bereit sind, den Druck in den Altenheimen und Krankenhäusern widerspruchslos hinzunehmen. Dieser öffentliche Protest der letzten Wochen und Monate hat auch in der öffentlichen Diskussion Druck auf politisch Verantwortliche und Arbeitgeber ausgeübt. Und es gibt erste Anzeichen, daß sich etwas bewegt. Wir sind durchaus in der Lage, diesen Druck noch weiter zu erhöhen und auch auf die betriebliche Ebene zu verlagern. Wir müssen jedoch bei allem, was wir tun, den Blick für die Realität behalten und uns darüber klar sein, daß wir im Gesundheitswesen nicht den Organisationsgrad haben wie zum Beispiel im Nahverkehr oder im Energiebereich. Man muß einschätzen, ob die Wirkung eines Arbeitskampfes verpufft, wenn er

nur von 10 bis 20 Prozent der Beschäftigten durchgeführt wird.

**dg:** Es geht auch nicht darum, daß in der gesamten Bundesrepublik die Krankenschwestern die Klamotten hinwerfen sollen. Aber wenn die Beschäftigten selber sagen, wir sind es leid, dann ist es doch wichtig, daß der ÖTV-Hauptvorstand klarmacht, daß die Krankenschwestern und -pfleger seine volle Unterstützung haben.

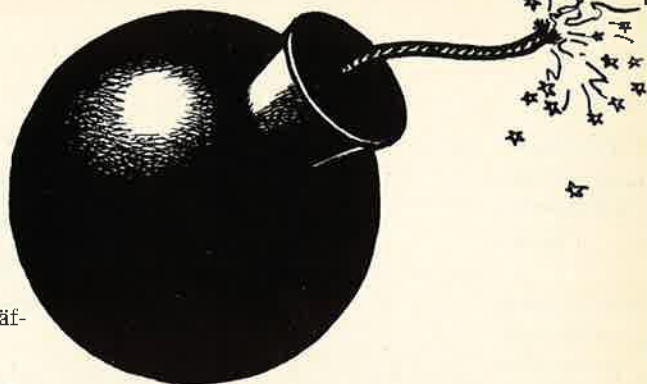
**Peretzki-Leid:** Ich kann Ihnen versichern, daß alle Maßnahmen die volle Unterstützung der ÖTV finden, die mit Augenmaß darauf gerichtet sind, die Situation in der Alten- und Krankenpflege zu verbessern. Der notwendige erste Schritt ist dabei, eine breite Basis für unsere Forderungen im Betrieb zu gewinnen. Dazu ist es notwendig, daß Gegner und Ziele klar sind und die Beschäftigten hinter den Forderungen stehen. Es ist aber unverantwortlich, Beschäftigte aus einer spontanen Aktionswilligkeit heraus in einen dubiosen Arbeitskampf zu schicken, ohne sicherstellen zu können, daß daraus für den einzelnen keine Nachteile entstehen.

**dg:** Wie sehen Sie denn die Möglichkeiten, die Anlagen zum Tarif zu kündigen, von denen selbst die Sozialministerin von Baden-Württemberg sagt, daß sie unzureichend seien.

**Peretzki-Leid:** Nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts können gekündigte Tarifverträge nicht weiterentwickelt oder ergänzt werden. Deshalb haben wir die öffentlichen Arbeitgeber zunächst zu Verhandlungen über die wieder in Kraft gesetzte Anlage 1b aufgefordert, und erst kürzlich haben erste Gespräche stattgefunden. Über eine Kündigung der Anlage 1b zum BAT sollte man erst dann nachdenken, wenn alle Mittel ausgeschöpft sind, die in Kraft befindlichen Tarifregelungen in Verhandlungen zu verbessern.

**dg:** Haben Sie eine Frist gesetzt, wann die Geduld ein Ende haben soll?

**Peretzki-Leid:** Die Frage ist falsch gestellt. Wir üben uns nicht in Geduld, sondern wir begeben uns in Verhandlungen mit den Arbeitgebern des öffentlichen Dienstes, mit dem festen Ziel, die Einkommensbedingungen der Alten- und Krankenpflege deutlich zu verbessern. Zur Zeit werden Termingespräche geführt. Ich gehe aber davon aus, daß es im Frühjahr zu Tarifverhandlungen kommt. Wir bestehen darauf, daß es keine Vorbedingungen seitens der Arbeitgeber gibt.



**dg:** Welche Vorbedingungen haben sie denn gestellt?

**Peretzki-Leid:** Es geht um die Regelung des Paragraphen 15 Absatz 7 BAT, in dem festgelegt ist, wo die Arbeit beginnt, an der Arbeitsstelle oder am Arbeitsplatz. Da wollen die Arbeitgeber offenbar Änderungen. Dazu sind wir nicht bereit, weil dies Verschlechterungen genau für den Personenkreis bedeuten würde, der dringend Verbesserungen braucht.

**dg:** Könnten Sie uns etwas zum konkreten Stand in München oder auch in Berlin sagen, wo es ja bereits größere Aktionen des Pflegepersonals gegeben hat?

**Peretzki-Leid:** Wir erleben es zur Zeit, daß die Arbeitgeber sehr schnell mit Versprechungen für das Krankenpflegepersonal zur Hand sind, wohl wissend, daß ihre Verbandsvertreter nicht gewillt sind, dieses tarifvertraglich abzuschnen. Das ist ein unlauteres Verhalten, das darauf gerichtet ist, die Kolleginnen und Kollegen gegen die eigene Organisation aufzubringen. Ich bin jedoch zuversichtlich, daß dieses Verwirrspiel der Arbeitgeber von ihnen durchschaut wird.

**dg:** Danke für das Gespräch.

**Ulrike Peretzki-Leid:** „Tacheles geredet haben wir in den letzten Jahren immer wieder“

**Die Bewegung gegen den Pflege-  
notstand in Krankenhäusern und Alten-  
heimen könnte bald zu einer breiten  
Diskussion über die Möglichkeit von  
Streiks im Gesundheitswesen führen.**

**dg sprach mit Betriebsräten und Ver-  
trauensleuten der ÖTV-Betriebsgruppe  
im Reha-Zentrum Hohenhonnef, um  
die Erfahrungen auszuwerten, die sie  
im ersten Streik im Gesundheitswesen  
der Bundesrepublik in den zurücklie-  
genden Sommermonaten gesammelt  
haben**

**dg:** Im Zusammenhang mit dem Pflege-  
notstand wird mittlerweile von vielen  
Krankenschwestern und -pflegern von  
Streik gesprochen. Einen Streik for-  
dern oder ihn auch durchzuführen, sind  
aber verschiedene Dinge. Wie sind da  
Ihre Erfahrungen?

**Laubach:** Ein Streik ist keine schöne  
Sache, aber wenn es schon sein muß,  
dann volle Pulle, sonst braucht man gar  
nicht erst anfangen. Das haben auch  
wir vorher nicht gewußt.

**Wäsch:** Ich möchte das nicht noch ein-  
mal machen müssen. Am Anfang lief  
noch alles ganz normal, aber dann wur-  
de nach und nach von der Gegenseite  
mit Mitteln gearbeitet, von denen man  
sich vorher überhaupt keine Vorstel-  
lung gemacht hat.

**Laubach:** Wir mußten einfach lernen,  
unsere gute Erziehung beiseite zu stel-  
len. Wir mußten lernen, unverschämt  
zu werden. Natürlich hat es Ärger ge-  
geben, als wir gesagt haben: „Wenn Ihr  
das nicht macht, wie wir wollen, dann  
könnt Ihr uns mal.“ Man muß aber  
dazu kommen, das so sagen zu können.

**Dietrich:** Der Streik ist nur dadurch  
möglich gewesen, daß an einem be-  
stimmten Punkt allen Beschäftigten  
klar war, daß die ohnehin schon uner-  
trägliche Belastungssituation nicht das  
Ende vom Lied, sondern erst der An-  
fang war. Das war, als wir im Frühjahr  
20 Neuaufnahmen bekamen, für die  
das Personal um zwei Stellen erweitert  
wurde und ansonsten in allen anderen  
Bereichen geknappt wurde.

**Schmidt:** Aber wieso hat diesmal kein  
Rückzug ins Private stattgefunden?  
Unerträglich waren die Arbeitsbedin-  
gungen doch schon lange vorher.

**Schröder-Strunge:** Den Rückzug ins  
Private hat es bei uns nicht gegeben,  
weil der zündende Funke da war. Da  
hat sich Wut entwickelt, und es mußte  
nur noch einer da sein, der den Start-  
schuß gab. Ich habe lange nicht an ei-  
nen Streik geglaubt, obwohl ich einer  
derjenigen war, die ganz früh durch  
den Betrieb gegangen sind und gesagt  
haben: „Wenn es notwendig ist, dann  
müssen wir auch streiken.“

**Schmidt:** Vielleicht war es auch so, daß  
den Streik niemand richtig ernstgenom-  
men hat, und auf einmal war es dann  
so, daß wir tun mußten, was wir vorher  
angekündigt haben.

**Wäsch:** Das stimmt. Ich habe niemals  
geglaubt, daß wir wirklich streiken. Es  
war zwar Thema Nummer eins, und wir  
haben alle gesagt, daß sich etwas än-  
dern muß, daß wir auch notfalls strei-  
ken. Dann hieß es: „Nächste Woche  
müssen wir warnstreiken.“ Da haben  
wir gedacht, daß es bis nächste Woche  
noch lang ist. So haben wir uns nach  
und nach in Zugzwang gebracht.



Foto: yn

# WENN, DANN VOLLE PULLE



**Schröder-Strunge:** Auch auf Gewerkschaftsebene wollen. Es gibt schaffungsseminare hat man mir immer keine geteilten Dienste, es gibt keinen einen Vogel gezeigt, wenn ich gesagt Zehn-Stunden-Tag am Wochenende. habe, daß wir einen Tarifvertrag wollen und das ist nur zu bewerkstelligen mit und notfalls dafür streiken. Das würde mehr Personal. Auf Bundesebene hielten wir nicht schaffen, bekam ich von da: Mehr Personal im Gesundheitswesen Kolleginnen und Kollegen zu helfen. Wir haben auch eine erhebliche, die Öffentlichkeit wäre gegen uns, Arbeitszeitreduzierung erreicht, da wir wenn wir im Gesundheitswesen streik-jetzt einen Schichtdiensturlaub haben. Ich hatte auch keine Ahnung, wie das ist auch besser als der im BAT, wir das erreichen sollten, ich habe ja weil er nicht auf Nachtarbeitsstunden auch immer noch gehofft, daß die Helbeschränkt ist. Wenn der Standard der Helfer-Stiftung mit sich reden läßt. Versorgung gehalten werden soll, muß

mehr Personal her, sonst verkommt das Reha-Zentrum zu einer Verwahrloste. Nach Beendigung des Streiks hat Reha-Zentrum zu einer Verwahrloste. Helfer-Stiftung erklärt, daß es eigentlich zu keinem Konflikt hätte

kommen müssen, wenn man sich vor-Dietrich: Daß der Streik eine Bedeutung nur einmal zusammengesetzt hätte. tzung hat, die über das Reha-Zentrum Also ein Streik nur um des Streikeshinausreicht, ist mir an einer Aussage besonders deutlich geworden. Es ist gesagt worden: „Dies ist ein Streik, der

Schmidt: Die Tatsache, daß wir dreiviertel Frauen gemacht wird.“ Es sind Monate streiken mußten, zeigt doch, nämlich hauptsächlich Frauen bei uns daß es notwendig war. Vorher ist doch beschäftigt, wie im gesamten Gesundheitswesen trotz unserer Bemühungen keine Einheitswesen. Sonst wird den beschäftigten Frauen im Gesundheitswesen immer nur ein schlechtes Gefühl eingere-

Laubach: Man kann davon ausgehen, daß da wird vom Burning-out geredet, daß die Stiftung natürlich keine Arbeit vom Sich-nicht-abgrenzen-können. nehmerfreundliche Rolle spielen wollen. Aber die Ursache dessen, nämlich daß te, aber auf der anderen Seite war tat es ein frauenpolitisches Problem ist, nämlich ein horrendes Maß an Unwissenheit damit verdeckt werden. sen vorhanden, was die Tarifpolitik angeht. Das zeigt sich auch daran, daß die

Wo sehen Sie denn die Unterschiede? Dietrich: Ich glaube, das hat noch an beim medizinischen Personal kaum andere Gründe. Wir waren ja in gewissermaßen Bereitschaft zur Wahrnehmung sei- Weise ein Aushängeschild für eine zu-nur Interessen gibt. Vor allem im Pflege-künftige ÖTV-Politik, Ich denke, daß der Bereich auf die Helfer-Stiftung Druck ausge-

übt worden ist, den Konflikt mit den paar „Chaoten“ in Hohenhonnef schnell beizulegen, weil er Auswirkungen auf alle Einrichtungen im Gesundheitswesen oder im Sozialbereich haben könnte. Wir haben ja in Ansatzpunkten gezeigt, wie man mit den Problemen umgehen kann, die es in ganz vielen Einrichtungen gibt. Und dieser Ansatzpunkt mußte schnell aus dem Blickfeld der Öffentlichkeit.

dg: Sie meinen, daß ab einem bestimmten Zeitpunkt Druck ausgeübt wurde, die Auseinandersetzung zu beenden, weil die Signalwirkung des Streiks als so groß eingeschätzt wurde? Schmidt: Ja, ich denke, daß der Streik eine bundesweite Bedeutung hatte. Dietrich: Der Tarifvertrag ist eigentlich eine Bombe, die hochgeht, wenn sie noch von anderen angefaßt wird. Schröder-Strunge: Unser Tarifvertrag schreibt vor: Acht-Stunden-Tag, Fünf-Tage-Woche, und das in einem Betrieb, der Schicht arbeitet, wo also rund um die Uhr und am Wochenende Personal da sein muß. Wir haben also das Gegenteil von dem erreicht, was die Ar-

Laubach: Viele Kolleginnen und Kollegen sind aus großen psychiatrischen Einrichtungen zu uns gekommen, die alles anders machen wollten, und dann auf einmal merkten, daß der Kostendruck doch wieder dazu führt, daß man bei der Verwahrung stehen bleibt. dg: Wenn man die gleiche Qualität der Betreuung für die Bewohner aufrecht erhalten will, muß doch mehr Personal eingestellt werden, zumal, wenn man die Arbeitszeitverkürzung durch den Tarifvertrag berücksichtigt.

Schmidt: Und es gab von Anfang an unsichere Arbeitsplätze. Laubach: Viele Kolleginnen und Kollegen sind aus großen psychiatrischen Einrichtungen zu uns gekommen, die alles anders machen wollten, und dann auf einmal merkten, daß der Kostendruck doch wieder dazu führt, daß man bei der Verwahrung stehen bleibt.

dg: Wenn man die gleiche Qualität der Betreuung für die Bewohner aufrecht erhalten will, muß doch mehr Personal eingestellt werden, zumal, wenn man die Arbeitszeitverkürzung durch den Tarifvertrag berücksichtigt.

Schröder-Strunge: Unser Tarifvertrag schreibt vor: Acht-Stunden-Tag, Fünf-Tage-Woche, und das in einem Betrieb, der Schicht arbeitet, wo also rund um die Uhr und am Wochenende Personal da sein muß. Wir haben also das Gegenteil von dem erreicht, was die Ar-

Laubach: Es ist jetzt unsere wichtigste Aufgabe, das in Angriff zu nehmen. Wenn wir das nicht schaffen, dann war der Streik ein Stück umsonst.

dg: Daneben sind aber während des Streiks auch Positionen zur Arbeit mit den Bewohnern des Reha-Zentrums entwickelt worden, die kaputtgehen, wenn Sie zulassen, daß mit den Behinderten genau so weitergewirtschaftet wird wie vorher.

Schmidt: Bisher hat sich die Situation für die Behinderten nicht verbessert, eher sogar verschlechtert.

Schröder-Strunge: Das kann man so nicht sagen. In den Pflegegruppen ist es so, daß die Behinderten nicht mehr so starre Arbeitszeiten haben, sie können also auch erst um halb neun kommen. Früher war das ganz streng auf acht Uhr festgelegt. Man muß aber dazu sagen, das ist nur in einer Abteilung so. Der andere Vorteil ist, daß es für die Bewohner, die in der Arbeitstherapie sind, eine Verkürzung der Arbeitszeit um eine halbe Stunde gibt, weil dann die Therapiearbeiter nach Hause gehen. Aber das, was sich die Behinderten erhofft hatten, nämlich daß es lockerer zugehen würde, daß wir mehr Ausflüge machen würden, daß sich also das, was wir im Streik mit ihnen gemeinsam gemacht haben, fortsetzen würde, das ist nicht dabei herausgekommen. Vielleicht kommt daher auch so ein bißchen der Streikkater. Das liegt aber auch einfach daran, daß der alte Heimleiter noch da ist. Viele Leute haben die Erwartung gehabt, daß der Heimleiter erledigt wäre, wenn das Streikziel erreicht ist.

Laubach: Aber diese Vorstellungen von der Arbeit mit den Bewohnern sind für uns damit nicht gestorben. Es ist aber mühselig, diese gegen einen Heimleiter durchsetzen zu wollen.

Schröder-Strunge: Wir brauchen eben einfach mehr Personal.



Christel Wäsch arbeitet im hauswirtschaftlichen Bereich,

Bärbel Schmidt ist Gruppenleiterin und arbeitet im Wohnbereich,

Hajo Schröder-Strunge ist Krankenpflegshelfer und Mitglied des Betriebsrats,

Frithjof Dietrich ist Krankenpfleger im Gruppendienst,

Martin Laubach ist Betriebsratsvorsitzender und arbeitet pädagogischen Bereich.

## Offene Fragen zu Streiks im Gesundheitswesen

**Eins,  
zwei,**

**viele Hohenhonnefs?**

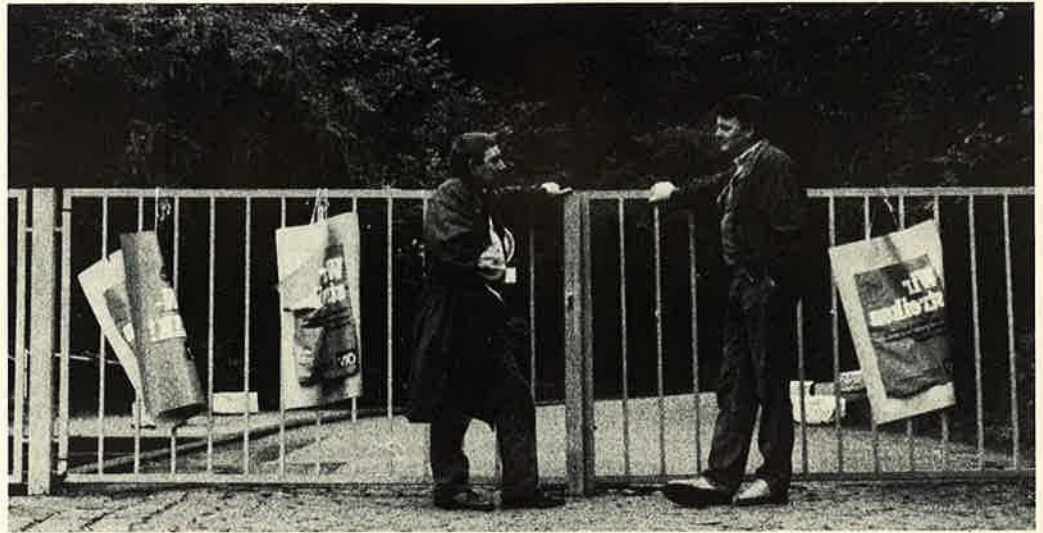


Foto: yn

**at – Arbeitskämpfe im Gesundheitswesen können sehr hart werden, das ist eine wichtige Erfahrung des Streiks im Reha-Zentrum Hohenhonnet. Denn Krankenhausträger haben damit ebensowenig Erfahrung wie die Streikenden und neigen dazu, die Welt für in Ordnung und ihre Stellung für unanfechtbar zu halten. Belegschaften, die streiken wollen, sollten deshalb genau die eigenen Kräfte und die Möglichkeiten der Gegenseite einschätzen**

Die Helferich-Stiftung in Hohenhonnet wurde dadurch unter Druck gesetzt, daß sie Wäsche und Essen von außen anliefern lassen mußte. Dieses Druckmittel steht nur noch in begrenztem Umfang zur Verfügung, wenn Wirtschaftsdienste wie Küche, Wäscherei und Reinigung privatisiert sind. Die Kolleginnen und Kollegen der Fremdfirmen, die, wenn überhaupt, verschiedenen Gewerkschaften angehören, müßten mitstreiken.

Könnte es nicht sein, daß Einrichtungen im Gesundheitswesen an einem Streik sogar verdienen? Dann nämlich, wenn die Einsparungen bei den Gehaltszahlungen größer sind als die Verluste durch den Wegfall von Pflegesatzgeldern. Und sollten den Krankenhäusern tatsächlich Verluste durch den Arbeitskampf drohen, ist nicht auszuschließen, daß Geschäftsleitungen zum Mittel der „betriebsbedingten Kündigung“ greifen wird.

Welche entsolidarisierende Rolle hierarchische Strukturen und materielle Interessen von Chefärzten und Pflegedienstleitungen, die nicht selten in betriebliche Prämiensysteme einbezogen sind, spielen können, darüber können bisherige Erfahrungen auch keine Auskunft geben. Absehen läßt sich nicht das Verhalten der vielen in den Krankenhäusern wirkenden „Berufsverbände“ – vom DBfK über den Marburger Bund bis zum Sekretärinnenverband –, deren Organisationsgrad insgesamt den der Gewerkschaften deutlich übertreffen dürfte. Und bei steigender Arbeitslosigkeit steht medizinischen

Großbetrieben unter Umständen ein großes Potential von Streikbrechern zur Verfügung. Angefangen bei den sogenannten „Gastärzten“ oder arbeitslosen Medizinerinnen und Mediziner, die, um überhaupt an eine Klinik zu kommen, sich bereits jetzt als Hilfskräfte im Pflegedienst verdingen, über Zivildienstleistende bis hin zu Pflegekräften aus Leiharbeitsfirmen.

Wie kann verhindert werden, daß Streiks im Gesundheitswesen zu einer „Gewinnexplosion“ bei niedergelassenen Ärzten führen, daß nur passiv Streikende in privaten Praxen ihr Salär auffrischen? Und wie wirkt sich die Tatsache aus, daß Streiks im Gesundheitswesen zu Einsparungen bei den Krankenkassen führen?

Ein Katalog ungeklärter Fragen und sicher bei weitem nicht vollständig. Doch eine Streikbewegung wird schon früher an eine Schallmauer stoßen. Gestreikt werden kann nur da, wo der gewerkschaftliche Organisationsgrad hoch ist, schon allein wegen der „Streikkasse“.

Der durchschnittliche Organisationsgrad der Krankenhausbeschäftigten liegt aber erst bei circa 20 Prozent. Ihn auf 70 oder 80 Prozent zu heben, dürfte vorerst nur in einzelnen Kliniken möglich sein. Und dem entsprechend auch ein Streik.

Eins, zwei, viele Hohenhonnefs? Die Antwort fällt eher vorweihnachtlich aus: Erst eins, dann zwei, dann drei, dann vier ...



# Hochpotente Neuroleptika verbieten

## Antrag und Begründung der oberbayerischen Grünen

### Antrag

1. In den Bezirkskrankenhäusern des Bezirks Oberbayern werden keine hochpotenten Neuroleptika, keine Depot-Neuroleptika und keine MAO-Hemmer mehr eingesetzt. Der Einsatz dieser Mittel ist mit der Würde des Menschen nicht vereinbar, da sie persönlichkeitszerstörende Wirkungen haben. Im Jahre 1980 berichtete „Der Spiegel“ in seiner Titelseite: „Der sanfte Tod“ über die schweren, oft tödlichen Nebenwirkungen der „wahndämpfenden“ Neuroleptika!

2. Es sollen bevorzugt pflanzliche und homöopathische Mittel angeboten werden. Erst wenn diese Medikamente und andere nicht-medikamentöse Verfahren nicht weiterhelfen, dürfen Tranquillizer, notfalls auch Antidepressiva und niederpotente Neuroleptika zur Anwendung kommen, jedoch nur kurzzeitig und niedrig dosiert! „Psychopharmaka sollten als ein Instrument begriffen werden, das dann angewendet werden muß, wenn andere Mittel und Möglichkeiten der Intervention fehlen. Es drückt gewissermaßen immer die Hilflosigkeit der Psycho-Experten aus.“ (Aussage des ital. Psychiaters Ferro, aus „Chemie für die Seele, Gefahren und Alternativen“, von Josef Zehentbauer).

3. Bei Kindern und Jugendlichen werden grundsätzlich keine Psychopharmaka, insbesondere keine Neuroleptika eingesetzt. Wegen der starken Psychopharmaka-Nebenwirkungen gehört auch hier den nicht-medikamentösen Verfahren besonderer Vorrang!

4. Die Erkenntnisse der Orthomolekularen Psychiatrie und der Klinischen Ökologie sollen in Behandlung und Forschung miteinbezogen werden. Depressionen, Verhaltensstörungen, bestimmte psychische Krankheiten können durch Allergie gegen Nahrungsmittel und Umweltchemikalien ausgelöst werden. Auch braucht unser Organismus mehr Vitamine und Spurenelemente, als unsere industrialisierte Ernährung ihm bieten kann. Die Folge sind körperliche und psychische Störungen. Dies sind Erkenntnisse der Klinischen Ökologie und der Orthomolekularen Psychiatrie, Richtungen der Medizin, die in Europa noch weitgehend ignoriert werden. In den Küchen der Bezirkskrankenhäuser ist auf eine möglichst natürliche, vollwertige und schadstoffarme Nahrung zu achten, d.h. eine weitgehende Umstellung auf Vollwertkost.

5. Da die allermeisten Psychiatrie-Mitarbeiter kaum Kenntnisse von alternativen Behandlungsverfahren haben (z.B. Homöopathie, Phytotherapie, Psychotherapie, Autogenes Training, „Selbstregulierung“ usw.), sorgt der Bezirk für eine vermehrte Fortbildung der Ärzte, Schwestern und Pfleger auf den genannten Gebieten. Die einseitig chemisch-orientierte Therapie-Ausbildung gilt es zu korrigieren und ergänzen.

6. Da „Chemie keine Menschlichkeit ersetzen kann“, setzt sich der Bezirk bei den Pflegesatzverhandlungen 89 für einen deutlich verbesserten Personalschlüssel im Pflegebereich ein. Auch die schrittweise geplanten Arbeitszeitverkürzungen müssen einen deutlichen Niederschlag in Stellenminderungen finden. Gleichzeitig unternimmt der Bezirk deutliche Anstrengungen, daß immer mehr Alternativen außerhalb der Bezirkskliniken zur Verfügung stehen (Therapeutische Wohngemeinschaften, Sozialpsychiatrische Dienste u.ä.).

7. Um Neuroleptika-geschädigten Patienten bei der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen

### Die Bezirksfraktion der Grünen von Oberbayern hat beantragt, daß in den Psychiatrischen Bezirkskrankenhäusern alle sogenannten hochpotenten Neuroleptika und alle Depot-Neuroleptika verboten werden sollen. Der Antrag und die Begründung im Wortlaut

zu unterstützen, setzt der Bezirk eine Kommission ein. Schätzungsweise leben im Bezirk Oberbayern mindestens tausend akut oder dauerhaft Neuroleptika-geschädigte Menschen.

Der Antrag wurde erarbeitet und der Presse vorgelegt von:

Ingrid Häusler, Fraktionsvorsitzende

Dr. Gabriele Bucerius, Mitglied im Gesundheitsausschuß

Dr. Josef Zehentbauer, Arzt und Buchautor

Dr. Carola Burkhardt, Fachärztin für Psychiatrie

### Ausführungen zur Begründung

#### Zu Punkt 1:

Bei den angesprochenen hochpotenten Neuroleptika (zu denen auch die Depot-Neuroleptika gezählt werden können) handelt es sich um stark persönlichkeitsverändernde Medikamente, die vor allem bei Menschen mit sogenannten Wahnvorstellungen und Halluzinationen angewandt werden. Jedoch schränken Neuroleptika nicht nur Halluzinationen ein, sondern alle geistig-seelischen Fähigkeiten. Nicht selten bleiben – trotz Neuroleptika – Wahn- und Halluzinationen erhalten, können aber nicht mehr ausgelebt werden. Deshalb ist die Bezeichnung „chemische Zwangsjacke“ durchaus zutreffend.

Von Psychiatern wird oft der Eindruck vermittelt, Neuroleptika seien Heilmittel; ähnlich wie Penicillin die eitrige Mandelentzündung heilt, würden Neuroleptika einen Wahn oder Halluzinationen beseitigen. Aber: Neuroleptika können psychische Störungen lediglich dämpfen, jedoch einen Patienten nicht endgültig von seinen psychischen Beschwerden befreien! Neuroleptika sind keine Heilmittel. Damit erfolgt eine symptomatische, keine gezielte Behandlung: „Eine spezifische antipsychotische Wirkung ist nicht erwiesen“ (Prof. Habermann/Löffler).

Auch Krankheitsdauer und -häufigkeit werden durch Neuroleptika nicht wesentlich beeinflusst; hierzu der bekannte Psychiater Prof. Haase: „Wir wissen hierzu, daß bisher statistisch kein Beweis erbracht wurde, daß Phasen bzw. Schübe endogener Psychosen durch ein körperliches Behandlungsverfahren verkürzt werden können.“ Allerdings werden Psychosen unter Neuroleptika-Behandlung weniger auffällig durchlebt, weniger störend für die Umwelt. Oft wird argumentiert, Neuroleptika hätten es möglich gemacht, selbst „schwierige Patienten“ aus den Nervenkliniken zu entlassen, aber genauere Untersuchungen ergeben anderes: „... die ansteigende Tendenz der Entlassungsziffern begann schon vor dem Auf-

kommen dieser Medikamente“ (Redlich/Free-mann). Prof. Haase schreibt: „... daß seit Einführung der Neuroleptika ... die Zahl der Wiederaufnahmen jedoch nicht verringert, sondern erhöht ist.“ Man sprach daher anschaulich von einer „Drehtürpsychiatrie“. Eine positive Wirksamkeit der Neuroleptika ist also durchaus umstritten. Unbestritten aber ist, daß Neuroleptika erhebliche, zum Teil verheerende Nebenwirkungen haben und sogar zu bleibenden (!) körperlich-seelischen Schäden führen können.

Während der Neuroleptika-Medikation entsteht ein mehr oder weniger ausgeprägtes sogenanntes „Parkinson-Syndrom“: Zitterigkeit, übermäßiger Speichelfluß, erhöhter Muskeltonus, Einschränkung der Spontanbewegungen. Die letztgenannten Persönlichkeitsveränderungen (körperlich-seelische Einengung) sind keine Nebenwirkungen im eigentlichen Sinn, sondern durchaus erklärtes Behandlungsziel der Psychiatrie. Durch Neuroleptika entstehen darüber hinaus erhebliche Depressionen, „nach Langzeitbehandlung fast regelhaft“ (Bauer/Bosch). Die in diesem Zusammenhang auftretende Neuroleptika-bedingte Selbstmordgefahr wird im psychiatrischen Alltag oft vernachlässigt, obwohl namhafte Psychopharmakologen darauf hinweisen, z.B. Prof. Hippus: „Auch kleine Dosen von Neuroleptika können besonders bei älteren Patienten depressive Verstimmungen hervorrufen. Die Suizidgefahr ist bei einer pharmakogenen Depression genauso groß wie bei einer Depression anderer Genese, und muß daher unbedingt ernst genommen werden.“

Neuroleptika sind – entgegen einer weitverbreiteten irigen Annahme – keine angstlösenden Medikamente, sondern können im Gegenteil sogar angstverstärkend sein. Hierzu der Pharmakologe Prof. P. S. Schönhöfer: „Eine spezielle angstlösende Wirkung ist den Neuroleptika, im Gegensatz zu den Tranquillizern, nicht zuzuordnen, es wird im Gegenteil häufig eine Verstärkung von Angstreaktionen beobachtet, auch wenn der Patient diese Infolge der affektiven Verlangsamung nicht äußern kann.“ Eine Langzeitbehandlung (über Monate oder gar Jahre) mit starken Neuroleptika sollte unbedingt vermieden werden, da mit Dauerschäden gerechnet werden muß, vor allem mit sog. Spätdyskinesien (z.B. bizarre Bewegungen des Kopfes, der Schultern usw., die von den Betroffenen nicht unterdrückt werden können). Auf dem Psychiatrie-Weltkongreß 1985 in Brighton wurde bekannt: „Mehr als 25 Millionen Menschen auf der Welt leiden unter irreversiblen Schäden, die alleine die Neuroleptika bewirkt haben“ (M. Cramer). Selbst die Gabe von schwachen Neuroleptika mißachtet die Gefahr der irreversiblen Spätdyskinesien, die auch bei niedrig dosierter, aber langzeitiger Anwendung gegeben ist.“

Außer den genannten „Neben“-Wirkungen können Neuroleptika noch weitere, sehr eingreifende Folgen haben: Drang zu ständiger Bewegung, Sitzunruhe, krampfartig drehende Bewegungen von Kopf und Hals, Blickkrämpfe, Verkrampfung der Schlundmuskulatur. Einschränkung von Reaktionsfähigkeit, Wahrnehmung, Denken etc. Zahlreiche vegetative Störungen wie Kreislaufschwäche, Herzrasen etc. Lebensgefährliche Knochenmarkschäden, Veränderungen im Hormonsystem. Hautausschläge, erhebliche Gewichtszunahme, Sexualstörungen. Bleibende Hirnschäden, epileptische Anfälle, akut auftretende Verwirrheits-Zustände (Delirium). Sog. neuroleptika-bedingte Katatonie (d.h. völlige Bewegungslosigkeit, der betroffene Patient wird starr wie eine Statue, ohne bewußtlos zu werden).

**Fazit:** Wegen der äußerst unangenehmen, risikoreichen Sofortwirkungen und wegen möglicher, körperlich-seelisch entstellender Dauerschäden ist der weitere Einsatz von hochpotenten Neuroleptika unverantwortlich und menschenunwürdig. Da die bestehende Psychiatrie in ihrem therapeutischen Vorgehen sehr auf die Gabe von Neuroleptika fixiert ist und da es einige Zeit dauern wird, bis die Voraussetzungen für eine notwendige Alternative geschaffen sind, sollten vorerst nur die starken Neuroleptika verboten werden und erst in einem zweiten Schritt die schwachen Neuroleptika.

Ebenso wie die hochpotenten Neuroleptika sollten auch die sog. „MAO-Hemmer“ nicht mehr eingesetzt werden. Bei den MAO-Hemmern handelt es sich um sehr risikoreiche antidepressive Medikamente. Hierzu der Psychiater A. Finzen, selbst Direktor eines psychiatrischen Krankenhauses: „Die sog. MAO-Hemmer ... sollten wegen der gefährlichen Nebenwirkungen nicht mehr angewendet werden. Sie haben derzeit nur theoretische Bedeutung für die Forschung.“ Leider beschränken sich aber einige Kliniken nicht auf die theoretische Auseinandersetzung mit den MAO-Hemmern, sondern erproben sie immer wieder an Patienten. Dies ist unverantwortlich und sollte künftig unterbleiben.

#### Zu Punkt 2:

Andere Bereiche der Medizin zeigen sich zunehmend offen gegenüber alternativen Behandlungsmethoden, dagegen verhalten sich die allermeisten Psychiater gegenüber pflanzlichen und homöopathischen Mitteln äußerst ablehnend. Nachgewiesen ist, daß gerade bei der Behandlung von depressiven Störungen die Gabe von pflanzlichen Mitteln wirksam und hilfreich sein kann (s. hierzu auch die Veröffentlichungen des Direktors des Krankenhauses für Naturheilverfahren in München,

Dr. W. Zimmermann). Läßt sich die Anwendung chemischer Psychopharmaka nicht vermeiden, dann sollten – entgegen der bisherigen Praxis – eher Tranquilizer als Antidepressiva oder niederpotente Neuroleptika verwendet werden. Tranquilizer haben weitaus geringere Nebenwirkungen als die beiden anderen genannten Medikamentengruppen. Die oft erwähnte Tranquilizer-Abhängigkeit läßt sich vermeiden, wenn niedrig und kurzzeitig dosiert wird und wenn einige, jedem Arzt bekannte Kriterien beachtet werden.

#### Zu Punkt 3:

Die Psychopharmaka, vor allem Antidepressiva und Neuroleptika, sind persönlichkeitsverändernde Medikamente, die u.a. das Bewußtseinsniveau und die Kritikfähigkeit einengen, und die Möglichkeit einer Selbstregulierung behindern oder gar unmöglich machen. Kinder und Jugendliche befinden sich nicht nur in einer körperlichen, sondern auch in einer seelischen Aufbauphase. Wenn man bedenkt, daß die Zeit bis zur Pubertät besonders wichtig ist für die Ausbildung und Weiterentwicklung von psychischen Fähigkeiten, wird klar, daß dieser Prozeß nicht durch chemische Mittel modifiziert oder unterdrückt werden darf.

Darüber hinaus zeigen sich einige Psychopharmaka-Nebenwirkungen bei Kindern und Jugendlichen in noch verheerenderer Weise als beim Erwachsenen. Laut einer Untersuchung aus Großbritannien scheinen dort Antidepressiva bereits heute die häufigste Ursache für Vergiftungen in der Altersgruppe der Ein- bis Vierjährigen zu sein. Die Gefahr einer Vergiftung mit Antidepressiva ist bei Kindern auch deshalb so groß, weil bereits wenige Tabletten irreversible Schäden anrichten können. Acht bis zehn Tabletten von Laroxyl oder Saroten (à 25 mg) reichen aus, um – auf einmal genommen – tödliche Komplikationen auszulösen.

#### Zu Punkt 4 und 5:

Eine konstruktive Auseinandersetzung mit alternativen Heilverfahren und mit den Ergebnissen der Orthomolekularen Psychiatrie und der Klinischen Ökologie hat bisher in den Psychiatrie-Kliniken kaum stattgefunden. Dieses Defizit gilt es nachzuholen. In einigen anderen europäischen Ländern, vor allem aber in Nordamerika, beziehen aufgeschlossene Psychiater die Erkenntnisse aus den genannten Gebieten bereits in ihre alltägliche Arbeit mit ein.

#### Zu Punkt 6:

Durch die geforderte Erweiterung des Mitarbeiterstabes ließe sich auch erreichen, daß immer mehr Langzeitpatienten unterstützt werden könnten, außerhalb der Anstalt Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten zu finden. Psychiatrische Anstalten sind – wegen geschlossener Stationen, Patienten-Entmündigungen, Zwangsmedikationen etc. nach wie vor „Institutionen der Gewalt“ (F. Basaglia). Diesen Mißstand gilt es zu beenden! Möglich ist dies nur, wenn die Psychiatrischen Anstalten schrittweise verkleinert, und schließlich ganz aufgelöst werden; den betroffenen Patienten muß man menschenwürdige Alternativen außerhalb der Anstaltsmauern anbieten. Für diese Änderungen innerhalb der Psychiatrie bedarf es vieler engagierter Mitarbeiter(innen), es gehen also keineswegs Arbeitsplätze verloren. Ziel sollte sein: Ein Leben ohne die menschenunwürdigen Psychiatrischen Anstalten und ohne schädigende Psychopharmaka.

#### Zu Punkt 7:

Zur Bekräftigung der Forderung, daß Neuroleptika-geschädigten Patienten wenigstens eine finanzielle Wiedergutmachung angeboten werden muß, soll nochmals auf den Welt-Psychiatrie-Kongreß in Brighton (1985) verwiesen werden. □

# Bericht über gesetzliche Regelungen zur Gentechnik

## Vom Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

### 1. Auftrag und allgemeine Bemerkungen

Am 28. Mai 1986 hat das Bundeskabinett den Richtlinien des Bundesministers für Forschung und Technologie zum Schutz vor Gefahren durch in-vitro-neukombinierte Nukleinsäuren, 5. überarbeitete Fassung (Genrichtlinien), zugestimmt. Zugleich hat das Bundeskabinett den Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit beauftragt, unter Beteiligung der betroffenen Bundesressorts

1. die Möglichkeiten für die unverzügliche gesetzliche Einführung einer Zulassungspflicht für Genlaboratorien,
2. unter Einbeziehung der Ergebnisse der Enquete-Kommission „Chancen und Risiken der Gentechnologie“ und, soweit verfügbar, der Erfahrungen in anderen Ländern, die Notwendigkeit weiterer gesetzlicher Regelungen

zu prüfen. (...)

Wie der Bericht der Enquete-Kommission u. a. zeigt, hat die Gentechnik Auswirkungen in zahlreichen Lebensbereichen. Entsprechend vielgestaltig sind die Sachgebiete, für die gesetzliche Regelungen diskutiert und zum Teil auch von der Enquete-Kommission empfohlen werden. In diesem Bericht werden Gefahren untersucht und bewertet und Regelungen geprüft, die im Zusammenhang stehen mit der gentechnischen Forschung im Labor und der Anwendung der Gentechnik in der Industrie sowie mit der Freisetzung gentechnisch veränderter Organismen. Das ist auch der Bereich der Gentechnik mit dem drin-

**Am 30. November 1988 hat das Bundesgesundheitsministerium dem Kabinett einen Bericht über gesetzliche Regelungen zur Gentechnik vorgelegt. Ziel einer gesetzlichen Regelung soll der Schutz von Mensch und Umwelt, die Erhaltung der wirtschaftlichen Konkurrenzfähigkeit der Industrie und eine höhere Akzeptanz der Gentechnik in der Öffentlichkeit sein. Wir dokumentieren in gekürzter Form den Bericht des Ministeriums und im vollständigen Wortlaut die vom Kabinett beschlossenen Eckwerte für eine gesetzliche Regelung. Sie sollen Grundlage für einen Gesetzentwurf sein, der noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werden soll.**

gendsten Handlungsbedarf und hier sind auch der Diskussions- und Erkenntnisstand so weit fortgeschritten, daß konkrete gesetzliche Regelungen vorbereitet werden können.

Dagegen behandelt der hier vorliegende Bericht nicht die Anwendung der Gentechnik am Men-

schen in Form der Genomanalyse und Genterapie. (...)

### 3. Allgemeine Folgerungen aus 2.

[Chancen und Risiken der Gentechnik und der zu regelnde Sachverhalt (die Redaktion)]

Aus dem dargestellten Sachverhalt folgt zweierlei. Einerseits sind, im Interesse von Mensch und Umwelt, die Voraussetzungen für weitere Förderung und Nutzung der Gentechnik zu schaffen. Andererseits ist die weitere Entwicklung und Anwendung der Gentechnik, ebenfalls im Interesse von Mensch und Umwelt, nur insoweit verantwortbar, als es gelingt, Risiken und Gefahren, soweit vorhanden, in ausreichendem Maße zu begrenzen.

Ein genereller Verzicht auf die Gentechnik ist damit ausgeschlossen. Er würde den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verletzen, wäre mit dem Gebot der Wissenschaftsfreiheit und den Grundsätzen einer freiheitlichen Wirtschaftsordnung unvereinbar und widerspräche dem öffentlichen Interesse, weil er gleichbedeutend wäre mit dem Verzicht auf ein vielversprechendes Instrument zur Lösung drängender Probleme, z. B. in den Bereichen Umwelt und Gesundheit.

Ein solcher Verzicht läßt sich auch nicht mit dem Hinweis auf möglichen Mißbrauch und darauf rechtfertigen, daß die Anwendung der Gentechnik neue und keineswegs schon abschließend gelöste ethische Probleme mit sich bringen kann.

Das in einigen Fällen nicht abschätzbare biologische Risiko beim Umgang mit gentechnisch ver-



änderten Mikroorganismen und die vielfältigen, im voraus nur schwer überschaubaren Wechselwirkungen von Organismen mit der Umwelt machen aber Maßnahmen zur Begrenzung und Reduzierung des Risikos nötig. Diese Maßnahmen sollen insbesondere abzielen auf

- weitere wissenschaftliche Aufklärung von grundlegenden Zusammenhängen und zielgerichtete Sammlung von Erfahrungen aus dem Umgang mit gentechnisch veränderten Organismen,
- geeignete Vorsorgevorkehrungen unter den Gesichtspunkten des allgemeinen Gesundheitsschutzes, des Arbeits- und Umweltschutzes sowie
- fallweise Prüfung von Wirkungen unter kontrollierten Bedingungen, die dem Stand des Wissens entsprechen, mit dem Ziel, verallgemeinerbare Erkenntnisse und Beurteilungskriterien zu gewinnen.

Die Konsequenz aus den mit der Gentechnik verbundenen Fragen kann deshalb, in Übereinstimmung mit den Überlegungen der Enquête-Kommission, nur darin liegen,

- sich in intensiver Diskussion mit den durch die Gentechnik neu gestellten ethischen Fragen auseinanderzusetzen,
- die offenen Fachfragen durch verstärkte Anstrengungen in der Forschung zu lösen,
- wo nötig durch Regelungen und Verbote Risiken zu begrenzen und
- dabei internationale Erfahrungen zu nutzen.

#### 4. Notwendigkeit und Möglichkeit gesetzlicher Regelungen zur Gentechnik

##### 4.1

Was bei der Anwendung gentechnischer Methoden, beim Umgang mit und der Freisetzung von gentechnisch veränderten Organismen unter dem Gesichtspunkt der Sicherheit als Stand von Wissenschaft und Technik zu beachten ist, legen die Genrichtlinien fest. Für die vom Bund geförderte Forschung und Entwicklung sind die Richtlinien verbindlich. Solange die Gentechnik im wesentlichen Gegenstand der staatlich geförderten Forschung war, reichte diese Art der Regelung aus. Mittlerweile ist die Gentechnik aber zunehmend auch Gegenstand der staatlich nicht geförderten Industrieforschung und darüber hinaus der industriellen Anwendung.

Als Konkretisierung des Standes von Wissenschaft und Technik gelten die Richtlinien zwar grundsätzlich auch für die Industrieforschung und die Anwendung gentechnologischer Methoden durch die Industrie. Denn wer den Stand von Wissenschaft und Technik nicht beachtet, kann sich Schadensersatzpflichten aussetzen und u. U. strafbar machen. In diesem Zusammenhang ist aber zu bedenken:

- Problematisch sind die Schadenszurechnung und der Nachweis des Verschuldens.
- Primär wirken diese Sanktionen nur im nachhinein; sie erlauben jedenfalls keine präventive staatliche Kontrolle.

Die Industrie hat sich allerdings den Genrichtlinien durch freiwillige Selbstbindung unterworfen. Dieser Schritt zeigt, daß auch die Industrie die Genrichtlinien inhaltlich als Stand von Wissenschaft und Technik anerkennt und sich ihrer Verantwortung gegenüber den Beschäftigten, der Bevölkerung und der Umwelt bewußt ist. Auch diese Selbstbindung, so hilfreich sie für einen Übergangszeitraum ist, kann aber auf Dauer eine Regelung nicht ersetzen, die eine

- präventive
  - umfassende und vor allem
  - durchsetzbare Kontrolle
- im Bereich der Gentechnik sicherstellt. Eine solche Regelung, die nur durch Gesetz erfolgen kann, ist angesichts der in Rede stehenden wic-

tigen zu schützenden Rechtsgüter (Leben, Gesundheit, Umwelt) unverzichtbar.

Sie sorgt zugleich für Rechtssicherheit, für Gleichbehandlung aller Betroffenen und kann darüber hinaus tendenziell die Akzeptanz der Gentechnik in der Öffentlichkeit erhöhen. Im Übrigen zeichnen sich Regelungen der Europäischen Gemeinschaften ab, die in deutsches Recht übernommen werden müssen. Dafür reichen unverbindliche Richtlinien nicht aus. (. . .)

##### 4.2

Regelungen zur Gentechnik können in unterschiedlicher Weise in die bestehende Rechtsordnung eingefügt werden. Sie können

- a) in Einzelaspekte aufgeteilt und nach größtmöglicher Sachnähe an verschiedene schon bestehende Gesetze angelagert oder
- b) geschlossen einem schon bestehenden Gesetz angegliedert werden oder
- c) insgesamt ein neues, einheitliches Stammgesetz bilden, oder
- d) geltende gesetzliche Regelungen in einem Stammgesetz ergänzen.

Schon bei der Verabschiedung der 5. Fassung der Genrichtlinien hat die Bundesregierung geprüft, welche bestehenden Rechtsvorschriften für die Anwendung auf die Gentechnik oder für die Aufnahme von neuen Vorschriften zur Gentechnik in Betracht kommen. Diese Prüfung hat ergeben, daß die in Frage kommenden Vorschriften nicht ausreichen, um z. B. den Inhalt der Genrichtlinien oder Regelungen zur Freisetzung für den notwendigen Schutz aller Beschäftigten, der Bevölkerung und der Umwelt verbindlich zu machen. (. . .)

Durch die Einbeziehung von die Gentechnik betreffenden Regelungen in bestehende Vorschriften sind sachgerechte Lösungen mitunter nur schwer zu erreichen. Unerwartete Wechselwirkungen zwischen bestehenden und für die Gentechnik in derselben Norm neu zu schaffenden Regelungen sind nicht auszuschließen. Die Zersplitterung und damit die Inhomogenität des die Gentechnik betreffenden Rechts und seines Vollzugs werden begünstigt. Vor allem aber können sowohl für den Umgang mit der Gentechnik im geschlossenen System als auch bei der Freisetzung gentechnisch veränderter Organismen Überschneidungen entstehen oder Regelungslücken bleiben, die nicht hingenommen werden können.

Aus diesen Gründen erscheint die Regelung jeweils einzelner Aspekte der Gentechnik in bestehenden Einzelgesetzen nur dort vertretbar, wo einem dringenden Handlungsbedarf nicht anders entsprochen werden kann oder wo andere wichtige Gründe für eine Sonderregelung sprechen und eine sachgerechte Behandlung der Gentechnik gewährleistet ist. Wo solche Sonderregelungen berechtigt sind oder für sie ein Bedürfnis besteht, muß im einzelnen noch geprüft werden. (. . .)

Deshalb sollten die Regelungen zur Gentechnik, soweit nicht wichtige sachliche Gründe dem entgegenstehen, grundsätzlich in einem eigenen Stammgesetz getroffen werden. Das schließt nicht aus, daß Einrichtungen, die gentechnisch arbeiten, unter anderem Gesichtspunkt auch nach anderen Rechtsvorschriften zu beurteilen sind. Die spezifisch gentechnischen Aspekte wären dann aber insoweit in einer Regelung zusammengefaßt. Damit sollen die Voraussetzungen für eine kontinuierliche, homogene Weiterentwicklung des auf die Gentechnik anwendbaren Rechts und zugleich für einen einheitlichen Vollzug geschaffen werden.

#### 5. Allgemeine Grundsätze gesetzlicher Regelungen zur Gentechnik

##### 5.1 Anwendungsbereich

Anlaß des Gesetzgebungsvorhabens ist die Notwendigkeit, die Risiken der Gentechnik zu be-

grenzen. Hierauf soll sich die Regelung zunächst auch beschränken. Es ist aber nicht zu verkennen, daß sich vergleichbare Probleme z. B. auch bei der Anwendung anderer neuer Techniken in Labor und Produktion und bei der Freisetzung von nicht mit gentechnischen Methoden veränderten Organismen ergeben können.

Deshalb ist Vorsorge zu treffen, daß die Regelung, ohne daß eine - aufwendige und zeitraubende - Änderung im Gesetz selbst notwendig wird, auf solche andere, vergleichbare Sachverhalte ausgedehnt werden können.

Andererseits haben die Erfahrungen der letzten Jahre einige auf die Gentechnik zunächst gerichtete Befürchtungen auch entkräftet. Es ist zu erwarten, daß diese Entwicklung anhält. Deshalb ist gleichermaßen auch sicherzustellen, daß (Anwendungs-)Bereiche der Gentechnik ohne besonderen Akt des Gesetzgebers von Anforderungen des Gesetzes freigestellt werden können, soweit es der Stand von Wissenschaft und Technik erlaubt. Damit wird zugleich vermieden, daß eine Vielzahl letztlich unproblematischer Formalentscheidungen wertvolle Vollzugskapazität bindet.

##### 5.2 Regelungsinstrumentarien

Auch für Regelungen zur Gentechnik bieten sich die zur Gefahrenabwehr allgemein entwickelten Regelungsinstrumentarien wie Anzeige- und Informationspflichten und Verbote sowie der Verpflichtung zur Einhaltung organisatorischer und technischer Sicherheitsmaßnahmen an. Besondere Bedeutung muß aber der präventiven Kontrolle durch Verbot mit Erlaubnisvorbehalt zukommen. Vor allem mit diesem Instrument ist im Einzelfall die Trennung zwischen dem Erlaubten und dem nicht mehr Erlaubten, weil zu riskanten Umgang mit der Gentechnik vorzunehmen. Der Umgang mit der Gentechnik im geschlossenen System ist damit entsprechend dem jeweiligen Gefährdungspotential beispielsweise von besonderen baulichen und apparativen Voraussetzungen und von bestimmter Sachkunde des verantwortlichen Leiters und der Beschäftigten abhängig zu machen. Die Freisetzung gentechnisch veränderter Organismen darf erst erfolgen, wenn das Genehmigungsverfahren die Unbedenklichkeit für Mensch und Umwelt ergeben hat.

Typisch für neue Techniken und auch für die Gentechnik ist, daß sich Risiken mitunter nicht präzise abschätzen, sondern nur vermuten lassen. Deshalb ist die Gefahrenabwehr durch Maßnahmen der Risikovorvorsorge zu ergänzen. Auch hierfür läßt sich die Technik des Verbots mit Erlaubnisvorbehalt nutzen. (. . .)

##### 5.4 Haftungsregelungen

Trotz aller Maßnahmen der Gefahrenabwehr und Risikovorvorsorge werden sich Risiken, die von gentechnisch veränderten Organismen ausgehen können, nicht gänzlich ausschließen lassen. Das herkömmliche Schadensersatzrecht, das den Nachweis der Kausalität zwischen Schaden einerseits und Handlung oder pflichtwidrigem Unterlassen andererseits sowie individuelles Verschulden voraussetzt, wird dem Geschädigten dann häufig nicht helfen. Deshalb sind auch Änderungen des Haftungsrechts zugunsten des Geschädigten zu prüfen, die z. B. in Beweiserleichterungen zur Kausalität und darin bestehen könnten, auf das Erfordernis individuellen Verschuldens beim Schädiger zu verzichten. Darüber hinaus ist eine Verpflichtung zur Deckungsvorsorge für den Haftungsfall, etwa durch eine Versicherung, zu erwägen.

##### 5.5 Vollzug

Die nach den Genrichtlinien erforderlichen Entscheidungen werden z. Z. vom Bundesgesundheitsamt (BGA) und der Zentralen Kommission für die Biologische Sicherheit (ZKBS) getroffen, für

die Freisetzung im Einvernehmen mit der Biologischen Bundesanstalt. Auch bei gesetzlicher Verankerung der Genrichtlinien soll diese bewährte Vollzugspraxis grundsätzlich beibehalten werden, um die erforderliche Gleichförmigkeit der Entscheidungen zu erreichen. Zudem ist für die Beurteilung der Probleme der Gentechnik spezifischer Sachverstand erforderlich. Es ist zweifelhaft, ob der begrenzte Personenkreis, der in der Bundesrepublik Deutschland über diesen Sachverstand verfügt, groß genug ist, um mehrere dezentrale Behörden den Erfordernissen entsprechend auszustatten.

Diese Gesichtspunkte werden auch von den Ländern grundsätzlich anerkannt. Wissenschaft und Industrie wünschen wegen der damit verbundenen Einheitlichkeit den zentralen Vollzug durch den Bund, und auch die Enquete-Kommission geht, soweit sie die Durchführung anspricht, von der Fortsetzung der bisherigen Praxis aus. (...)

Auch nach der gesetzlichen Verankerung der Genrichtlinien muß ein geeignetes Beratungsgremium nach Art der ZKBS maßgeblich am Vollzug der Regelungen zu Gentechnik mitwirken. Diese Mitwirkung kann nicht nur die Qualität der zu treffenden Entscheidungen verbessern, sondern auch die Akzeptanz der Entscheidungen in der Öffentlichkeit erhöhen.

Allerdings wird dieses Gremium nicht mehr, wie das die Genrichtlinien zum Teil noch vorsehen, selbst Entscheidungen treffen können. Das ist der zuständigen Behörde vorbehalten. Das Beratungsgremium ist aber an diesen Entscheidungen zu beteiligen und hat die Behörde zu beraten. Außerdem ist es vor Erlass von Verordnungen und Richtlinien zur Gentechnik zu hören. Art und Umfang der Beteiligung sowie die Zusammensetzung des Gremiums sind in den Grundzügen im Gesetz zu regeln. Bei der Auswahl der Sachverständigen ist sicherzustellen, daß alle Aspekte der Gentechnik angemessen berücksichtigt sind. (...)

## 6. Internationale Bezüge

Die Gentechnik entwickelt sich international. Auch Sicherheitsaspekte der Gentechnik werden auf internationaler Ebene diskutiert und vorangebracht. Die Bundesrepublik Deutschland ist in diese internationale Entwicklung eingebunden und kann sie nicht unbeachtet lassen.

Es muß grundsätzlich Anspruch der Bundesrepublik sein, mit dem internationalen Stand Schritt zu halten und ihn aktiv mitzugestalten. In der Vergangenheit wurde dieser Anspruch durch die Fortschreibung der Genrichtlinien erfüllt. Das oben dargestellte Konzept einer künftigen gesetzlichen Regelung zur Gentechnik stellt sicher, daß auch in Zukunft neue internationale Entwicklungen schnell aufgenommen werden können.

Allerdings gibt es zur Bewertung der Risiken der Gentechnik und bei der Entscheidung, welche Maßnahmen nötig sind, um Risiken zu begrenzen oder wo möglich auszuschließen, Beurteilungsspielräume, die von den nationalen Entscheidungsträgern in unterschiedlicher Weise ausgefüllt werden können.

Deshalb wird die Bundesregierung die Entwicklungen in anderen Staaten stets aufmerksam verfolgen und die Problemlösungen ständig im Lichte eigener Interessenlagen genau prüfen. Hierbei kommt auch dem Abstimmungsprozeß in internationalen Organisationen und Foren – auch über die Ideologie-Grenzen hinweg – zunehmend größere Bedeutung zu.

Die Bundesregierung wird deutsche Vorstellungen und Regelungen zur Sicherheit der Gentechnik aktiv in diesen Prozeß einbringen, sachgerechte grenzüberschreitende Empfehlungen bzw. Regelungen und einen offenen Informationsaustausch anstreben und auf deren Einhaltung drän-

gen, um mitzuhelfen, die internationale Verantwortungsgemeinschaft zu stärken.

Dieser über die eigenen Grenzen hinausreichende Blick ist schon deshalb geboten, weil sich die Risiken der Gentechnik für Mensch und Umwelt, sollten sie sich realisieren, in ihren Auswirkungen nicht auf Staatsgebiete eingrenzen lassen. Auch die Enquete-Kommission weist auf diesen Gesichtspunkt mehrfach hin. Ebenso ist die Harmonisierung der Vorschriften zur Gentechnik nötig, um Wettbewerbsnachteile für die deutsche Forschung und Industrie zu vermeiden.

Bei den anstehenden Verhandlungen wird die Bundesregierung darauf hinwirken, daß die künftigen EG-Regelungen den deutschen Sicherheitsanforderungen möglichst weitgehend entsprechen. (...)

## Eckwerte für eine gesetzliche Regelung zur Gentechnik

### 1. Gesetzliche Regelungen zur Gentechnik sollen betreffen

- gentechnische Arbeiten im geschlossenen System sowohl in Forschung und Entwicklung als auch in der industriellen Produktion,
- die Freisetzung gentechnisch veränderter Organismen in die Umwelt, einschließlich des Inverkehrbringens von Produkten, die gentechnisch veränderte Organismen enthalten oder daraus bestehen,
- Transport, Lagerung.

Nicht geregelt werden soll in diesem Zusammenhang die Anwendung gentechnischer Methoden am Menschen.

### 2. Von den Regelungen sollen geschützt werden

- die Gesundheit von Beschäftigten in Einrichtungen, die mit gentechnischen Methoden arbeiten oder mit gentechnisch veränderten Organismen umgehen,
- die Gesundheit der Bevölkerung allgemein,
- die Umwelt, insbesondere die Tierwelt und die Pflanzen.

### 3. Dieser Schutz soll sichergestellt werden

- durch Verpflichtung dessen, der gentechnische Methoden benutzt oder gentechnisch veränderte Organismen freisetzt, zu eigenverantwortlicher Gefahrenabwehr und Risikoversorge,
- administrativ insbesondere durch präventive staatliche Kontrolle vor Aufnahme gentechnischer Arbeiten im geschlossenen System und vor der Freisetzung gentechnisch veränderter Organismen,
- durch ökologische Langfristbeobachtungen,
- durch nachgehende Überwachung,
- durch Haftungsregelung,
- durch generalpräventive Straf- und/oder Bußgeldsanktionen.

### 4. Zur Arbeit mit gentechnisch veränderten Organismen im geschlossenen System im einzelnen:

Gesetzliche Regelungen müssen den unterschiedlichen Gefährdungsstufen Rechnung tragen. Das gilt sowohl für die materiellen Anforderungen als auch für die Art der präventiven Kontrollmaßnahmen. Davon geht auch das Sicherheitskonzept der Genrichtlinien aus. Dieses Konzept beruht im wesentlichen auf der Klassifizierung gentechnischer Arbeiten nach den damit verbundenen oder vermuteten Risiken.

Wo nötig, sind die Anwendung gentechnischer Methoden und der Umgang mit gentechnisch veränderten Organismen von vorheriger staatlicher Prüfung und Genehmigung abhängig zu machen. Die präventive Kontrolle muß je nach Gefährdungsstufe in der Einzelgenehmigung bestimmter gentechnischer Arbeiten oder in einer Erlaubnis für die Durchführung gentechnischer Arbeiten bestehen, wenn dies der betreffenden Gefährdungsstufe ausreichend Rechnung trägt. Auf die Ge-

nehmigung besteht ein Anspruch, wenn die baulichen, apparativen und personellen Voraussetzungen sowie sonstige Sicherheitsmaßnahmen für die sichere Durchführung nachgewiesen sind. Die in anderen Fällen erforderliche Erlaubnis setzt voraus, daß ein entsprechender Laborstandard und eine bestimmte Sachkunde nachgewiesen wird.

Es ist zu prüfen, ob darüber hinaus einzelne besonders gefährliche oder ethisch nicht vertretbare Experimente generell durch Gesetz oder Verordnung verboten werden sollen.

### 5. Zur Freisetzung gentechnisch veränderter Organismen im einzelnen:

Die Freisetzung gentechnisch veränderter Organismen ist nur erlaubt, wenn ein staatliches Prüfverfahren im Einzelfall die verlässliche Prognose erlaubt, daß nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis von ihr unvermeidbare Gefahren für Mensch und Umwelt nicht zu erwarten sind. Die Genehmigung kann mit Bedingungen und Auflagen verbunden werden.

Der Verlauf der Freisetzung ist vom Genehmigungsinhaber sorgfältig zu beobachten („Monitoring“). Über die Beobachtungen ist der Behörde regelmäßig zu berichten. Auffälligkeiten sind ihr sofort mitzuteilen, damit die Behörde ihre Entscheidung ggf. modifizieren oder aufheben kann.

### 6. Vollzug

Die mit der Gentechnik verbundenen Genehmigungsfragen sind sehr vielfältig und komplex und nur bedingt standardisierten Lösungen zugänglich. Der Einzelfallentscheidung kommt große Bedeutung zu. Für diese Einzelfallentscheidung muß vielfach auch sehr spezifisches Expertenwissen herangezogen werden.

Die Zahl der verfügbaren Experten ist allgemein und in den Behörden begrenzt und kann auch nicht beliebig vermehrt werden. Dieser Umstand und die Notwendigkeit eines bundeseinheitlichen Vollzugs sprechen dafür, insbesondere komplexe Entscheidungen zur Gentechnik auf relativ offener rechtlicher Grundlage zentral durch Behörden des Bundes zu treffen.

Danach sind folgende Vollzugsregelungen anzustreben:

#### Im geschlossenen System:

- Erteilung der Erlaubnis für einfache gentechnische Arbeiten allgemein durch Länderbehörden,
- Genehmigung gentechnischer Experimente mit höherem Risikopotential durch eine Bundesbehörde,
- Länderbehörden überwachen die Einhaltung der Erlaubnisse und Genehmigungen.

#### Zur Freisetzung:

- Genehmigung von Freisetzungsvorhaben und Festlegung der Bedingungen durch eine Bundesbehörde,
- Überwachung der Einhaltung durch Länderbehörden.

Soweit Zuständigkeiten für den Vollzug beim Bund liegen, ist durch Einvernehmensregelungen die Beteiligung aller Behörden sicherzustellen, die relevanten Sachverstand einbringen können. Das wissenschaftliche Beratungsgremium (ZKBS) ist personell auf das breite Problemspektrum insbesondere bei Freisetzungsentscheidungen vorzubereiten.

### 7. EG-Recht

Die gesetzlichen Regelungen müssen ausreichende Grundlagen für die Umsetzung von Richtlinien der europäischen Gemeinschaften bieten.

*Der vollständige Bericht kann angefordert werden bei der Pressestelle des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Kennedy-Allee 105–107, 5300 Bonn 2.*



Von Resignation war in München nichts zu spüren, vergessen auch die Querelen um die Verschiebung des Termins von Mai auf November aufgrund einer Podiumsdiskussion mit Rita Süsmuth und der sich anschließenden Aktionstage zum AiP. 130 Studentinnen und Studenten, fast dreimal so viele wie im Vorjahr, waren aus dem gesamten Bundesgebiet angereist, daneben tatsächlich auch einige andere im Gesundheitswesen Beschäftigte. Das Gespräch mit diesen Gruppen war schließlich auch eines der Ziele des Kongresses gewesen.

Freitagabend fand im, für die meisten auswärtigen Teilnehmer ungewohnt pompösen, Hauptgebäude der Ludwig-Maximilians-Universität eine Podiumsdiskussion zur unmittelbar bevorstehenden Struktur„reform“ im Gesundheitswesen statt. Dem Vertreter der bayerischen pharmazeutischen Industrie fiel es dabei sichtlich schwer, seine Ablehnungsgründe plausibel zu machen und seine Meinung, die Anwesenden seien durch Erhöhung der Ärztezahlen die Hauptkostentreiber, nicht allzu deutlich herauszukehren. Leider gelang es bis kurz vor Schluß der Diskussion den Podiumsteilnehmern der Grünen und der ÖTV nicht, über die Nennung der zahlreichen Verschlechterungen hinaus eigene positive Vorschläge zu formulieren.

Fünf Kleingruppen der „AG Studienreform“ sollten am Samstag jeweils ein medizinisches Dekanat bilden und einen Medizinstudienplan entwickeln, wobei momentan vorhandene Strukturen bewußt unberücksichtigt bleiben sollten. Eine Gruppe orientierte sich recht streng am jetzigen Curriculum und beschränkte sich auf eine Ausweitung der Kurse am Krankenbett hauptsächlich durch die Einbeziehung außeruniversitärer Krankenhäuser in die Lehre. Auch bei drei weiteren Gruppen war trotz weitreichender Reformvorstellungen zu spüren, daß sie sich von den heutigen Pflichtfächern so ganz nicht lösen wollten oder konnten. Ihre Änderungswünsche zielten auf Ausweitung des Pflegepraktikums, Verstärkung der psychosozialen Inhalte, Integration der vorklinischen Fächer, früheren Kontakt zu Patienten sowie Kleingruppen mit Tutoren.

Eine Gruppe trennte sich vollständig von der heutigen Fächereinteilung und schlug ein Studium vor, das nicht nur eine gute „Ausbildung“ zum Arzt sein soll, sondern im Sinne von „Bildung“ die Studierenden befähigen soll, in drei Bereichen eigenständig denkend tätig zu sein: Im Primärbereich (Allgemein-

mediziner), Sekundärbereich (Spezialmediziner) und in der Gesundheitsplanung und -beratung.

Um auf alle Berufsziele vorbereiten zu können, soll sich das Studium in ein vierjähriges Grundstudium und einen breiten Wahlpflichtbereich gliedern. Die Themen „Aufbau und Funktion des Menschen“, „Krankheitsursachen“ und „Häufigste Krankheiten“ sollen interdisziplinär unterrichtet werden. Neben dem Pflegepraktikum sollen alle Studierenden im ersten Jahr regelmäßig eine Familie besuchen und deren Umgang mit Gesundheit und Krankheit sowie deren Kontakt mit dem Medizinsystem beobachten. Das Erlernen der Anamneseerhebung und der Untersuchungstechniken beginnt nach Vorstellung der Arbeitsgruppe bereits im zweiten Studienjahr. Neu wäre auch die Unterrichtung in „Aufbau des Gesundheitswesens“, „Wissenschaftliches Denken“ und „Didaktik“.

Die „AG Weiterbildung“ war sicherlich am stärksten gefordert, gute Argumente für die anstehenden Diskussionen mit Politikern, Ärzteverbänden und Gewerkschaften über die angebliche „Ärztenschwemme“ zu entwickeln. Als Ergebnis liegt ein Konzept vor, welches ohne AiP-Zeit eine Weiterbildung für alle Absolventen des Medizinstudiums garantiert. Grundüberlegung ist dabei die Erhöhung der Zahl der zu Allgemeinmedizinern auszubildenden Ärzte auf etwa die Hälfte, was zu einer Verkürzung der durchschnittlichen Weiterbildungszeit auf knapp fünf Jahre führen würde. Entsprechend ihres Patientenaufkommens sollten Krankenhäuser der Tertiärversorgung Allgemeinärzte und die der Sekundär- und Primärversorgung Gebietsärzte weiterbilden, was zeitraubende Stellenwechsel minimieren könnte. So ganz nebenbei wäre damit auch die EG-Richtlinie Allgemeinmedizin erfüllt.

Ausgesprochen erfreulich war das Zustandekommen der „AG Zusammenarbeit in der Medizin“, da den anwesenden Medizinstudentinnen und -studenten einmal aus anderer Perspektive geschildert wurde, was es heißt, im Gesundheitswesen tätig zu sein. Als Ideen tauchten die Einbeziehung von Schwestern, Pflegern, Gymnastinnen und Therapeuten in die Lehre sowie der Ausbau der bereits vorhandenen Kontakte zur ÖTV auf. Daß der Weg zu einer wirklichen Zusammenarbeit für viele in der Studentenschaft noch weit ist, belegt das Zitat eines Fachschafters: „Sollen wir jetzt mit der Putzfrau reden?“

Reinhard Busse



# Rebirthing?

## Die Studis tagten

Nach einjähriger Funkstille tagte im November der gesundheitspolitische Kongreß des VDS-Fachsekretariats Medizin. Gefragt waren Alternativen für Studium und Gesundheitssystem. Reinhard Busse vom vds-Fachsekretariat berichtet

## GESUNDHEITS- REFORMGESETZ

**Keine x-te Geißelung des Blüm-schen GRG, keine Klage über den Schweinsgalopp, mit dem das Gesetz durchgezogen wird. Hartmut Reiners fragt, warum ein Gesetz beschlossen wird, das eigentlich keiner will**

Die dg-Redaktion ruft an mit der Bitte um eine abschließende Bewertung des Gesundheitsreformgesetzes. Inhaltender Widerstand ist sinnlos, der Redakteur kennt die Leier von der Arbeitsüberlastung und weiß, wie man widerspenstige Autoren an den Schreibtisch treibt. So ein Kommentar könne doch kein großes Problem sein, wo „du da so gut drinsteckst“.

Aber genau dieser Umstand, daß das GRG und dessen Entstehung seit Jahren meinen beruflichen Alltag begleitet, entpuppt sich als Problem: Mir fällt zum GRG einfach nichts mehr ein. Was soll ich zum x-ten Mal ein Gesetz geißeln, das unsozial, gesundheitspolitisch höchst ignorant und zudem der Keim des nächsten Kostendämpfungsgesetzes ist? Soll ich den Schweinsgalopp beklagen, mit dem das GRG durch das Gesetzgebungsverfahren gejagt wurde, mich über die Unverfrorenheit empören, mit der Norbert Blüm über die Härtefallregelungen die Unwahrheit erzählt und gleichzeitig seine Kritiker als Verleumder hinstellt? Oder soll ich voller Häme schildern, wie unserem Arbeitsminister in der Fernsehsendung „Brennpunkt“ am 23. November die Nerven blank liegen und er jede noch so moderat vorgetragene Kritik an seinem Gesetz mit hektischem Wühlen in seinen Unterlagen beantwortet?

Letzteres könnte mich schon deswegen reizen, weil es der persönlichen Frustentschlackung dient, Aggressionsabfuhr qua Schreibmaschine sozusagen. Aber politisch vorantreibend wäre das nicht gerade. Das gilt auch für die anderen angesprochenen Möglichkeiten der Kommentierung des GRG. Den dg-Lesern nur das zu erzählen, was sie oh schon wissen, nämlich daß das GRG eine Riesensauerei ist, ist politisch steril und journalistisch langweilig wie alle Fensterreden.

Was soll man nun zu einem Gesetz sagen, das offensichtlich kaum jemand haben will, das aber dennoch mit satter Mehrheit im Bundestag verabschiedet wird und auch den Bundesrat nicht fürchten muß? Genau das muß angesprochen werden: Wie kommt es zu einem Gesetz, das außer seinen Machern niemand unterstützt, das unter

**WO IST  
DIE LOBBY  
GEGEN  
NOBBY?**



Leuten mit Sachverstand nur Kopfschütteln hervorruft?

Ich kann nicht behaupten, diese Frage einleuchtend, die Dinge auf den Punkt bringend beantworten zu können. Allzu viel ist mir da noch unklar. Auf jeden Fall erscheint mir die altlinke These, wonach die gesamte Kostendämpfungspolitik der letzten zehn Jahre, in deren ungebrochener Tradition das GRG steht, nur eine Veranstaltung zur Förderung der Kapitalinteressen ist, reichlich platt. Klar, der Ausgangspunkt des GRG wie der der vorhergehenden Kostendämpfungsgesetze ist die Reduzierung der GKV-Ausgaben in ihrer Eigenschaft als Lohnnebenkosten; schließlich ist das der Grund, weshalb man von der „Kosten-Explosion“ redet. Nur lassen sich niedrigere Krankenkassenbeiträge nicht ohne Konflikte mit Ärzteverbänden, Krankenhausträgern und – last not least – Pharma- und Medizingeräteindustrie durchsetzen, die ein handfestes wirtschaftliches Interesse an möglichst üppigen Krankenkassenetats haben.

Die Vorstellung vieler marktradikaler Ökonomen, man könne dieses Dilemma durch eine zumindest schrittweise Privatisierung der Gesundheitsausgaben (zum Beispiel durch Selbstbeteiligung) lösen, weil dann das Medizinsystem ohne Belastung der Lohnkosten anderer Branchen wachsen könne, ist illusionär. Das Medizinsystem verdankt sein Wachstum gerade der solidarischen Finanzierung der Krankenkassen. Macht man die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wieder von der individuellen Zahlungsfähigkeit abhängig, sind Umsatzrückgänge die zwangsläufige Folge. Zahnärzte und Zahntechniker bekämpfen das GRG aus genau diesem Grund: Die hohen Zuzahlungen (50 Prozent) lassen einen starken Nachfragerückgang nach Zahnersatz erwarten.

Holzschnittartige Kapitalismuskritik bringt uns in der Bewertung des GRG nicht weiter. In diesem Gesetz artikuliert sich nicht durchgehend ein Interesse, es irritiert vielmehr durch seine zahlreichen Ungereimtheiten. So zum Beispiel in der Prävention: Einerseits werden den Krankenkassen endlich Aufgaben in der Prävention zugewiesen, sogar ausdrücklich bei arbeitsbedingten Erkrankungen. Andererseits werden die unsinnigen Check-ups eingeführt, die nicht zu einer besseren Gesundheit führen, sondern nur die (statistische) Zahl der Kranken erhöhen – gemäß dem Motto „Es gibt keine gesunden, sondern nur noch nicht gründlich genug untersuchte Menschen“. Beide Neuerungen haben quasi Tranquilizer-Funktionen: Die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen ist ein „Zucker!“ für die Gewerkschaften, die Check-ups sollen die Kassenärzte ruhigstellen, die ihren Gerätepark auslasten müssen.

Der Bochumer Sozialökonom Theo Thiemeyer vertritt die These, daß eine Strukturreform im Gesundheitswesen ein Ding der Unmöglichkeit ist. „Strukturreform“ bedeute eine grundsätzliche Umgestaltung des bestehenden Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung, dafür werde es aber auch nicht den Anflug einer politischen Mehrheit geben. Das Durchwursteln von Kostendämpfungsgesetz zu Kostendämpfungsgesetz sei faktisch unvermeidbar.

An dieser These ist was dran. Im Gesundheitswesen treffen derart vielfältige wirtschaftliche und soziale Interessen, moralische Aspekte und politische Ideologien aufeinander, daß sich zur Verhinderung grundsätzlicher Veränderungen die abenteuerlichsten Koalitionen bilden. Man erinnere sich nur daran, wie selbst das GRG in letzter Minute fast noch durch die Querschüsse der Abtreibungsgegner in den Reihen der CDU/CSU gescheitert wäre. Da fanden sich auf einmal konservative Katholiken, Gewerkschaften und die um ihre Pfründe fürchtenden Zahnärzte aus völlig unterschiedlichen Motiven in einer Abwehrfront gegen das GRG wieder.

Ist das Gesundheitswesen also wirklich nicht reformierbar? Blockieren sich die vielfältigen und gegensätzlichen Interessen derart, daß immer wieder so ein Unfug wie das GRG verzapft wird? Trotziger Optimismus ist in der Beantwortung dieser Frage unangemessen. Wenn ich ein (vorläufiges) Fazit aus der Entstehungsgeschichte des GRG ziehen will, dann ist es diese sicherlich diskussionsbedürftige These: Solange es nicht gelingt, die beruflichen Interessen der im Medizinsystem arbeitenden Menschen zumindest mehrheitlich mit den Patienteninteressen zu verbinden, werden sich immer wieder vordergründige wirtschaftliche Interessen zu Lasten der Patienten durchsetzen, werden periodische Kostendämpfungsgesetze erlassen, die sich in Kostenverlagerungen von den Krankenkassen zu den Patienten und Versicherten erschöpfen.

Das GRG ist nicht zuletzt deshalb so schlecht geworden, weil die Patienten keine schlagkräftige Lobby hatten. Ärzte, Pharmaindustrie und auch die Krankenhäuser vertreten ihre Interessen mit der Vehemenz derjenigen, deren wirtschaftliche Existenz wenn schon nicht auf dem Spiel steht, so doch nachhaltig berührt wird. Die letztlich zur Kasse gebetenen Versicherten der Krankenkassen hingegen sind nicht immer direkt betroffen, das heißt erst dann, wenn sie krank sind; und diese Möglichkeit wird gerne von ihnen verdrängt. Wenn die Gewerkschaften, die sich noch am ehesten zum Patientenanwalt aufschwingen könnten, erst relativ spät in den Kampf gegen das GRG

**Um eine grundsätzliche Reform zu verhindern, bilden sich die abenteuerlichsten Koalitionen. Denen werden auch in Zukunft die geschröpften Patienten nichts entgegensetzen können. Wer dann?**

eingestiegen sind, dann ist das meines Erachtens weniger das Resultat einer falschen politischen Einschätzung als des vergleichsweise geringen Interesses vieler Kolleginnen und Kollegen am Gesundheitswesen. Weshalb haben die Gewerkschaften wohl so große Probleme mit der Nominierung qualifizierter Kollegen für die Selbstverwaltung der GKV? Wundert sollte einen dieses begrenzte Interesse nicht, schließlich gibt es auch noch andere Sorgen und Probleme, als da sind Arbeitslosigkeit, Arbeitszeitverkürzung, Rentenreform, verdreckte Umwelt und so weiter.

Aus dieser Einschätzung folgt, daß eine Wende in der Gesundheitspolitik kaum aus einer Empörung von geschröpften Patienten erwachsen wird. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, daß nur dann Bewegung in die gesundheitspolitische Landschaft kommt, wenn die Beschäftigten im Gesundheitswesen die Sache in die Hand nehmen. Für das Durchschnittsmitglied der Krankenkasse betrifft das GRG nur einen Interessenbereich von mehreren. Die Beschäftigten im Gesundheitswesen trifft es hingegen in ihrem beruflichen Alltag – eine ganz andere Grundlage für politisches Engagement.

Die Interessen von Patienten und den im Medizinsystem arbeitenden Erwerbstätigen sind sicherlich nicht von vornherein deckungsgleich. Die Arbeitsplatzinteressen von Beschäftigten der Pharmaindustrie etwa sind mit der aus gesundheitlichen Gründen unbedingt erforderlichen Reduzierung der Arzneimittelerzeugnisse schwerlich in Einklang zu bringen. Es gibt aber daneben vielversprechende Anzeichen dafür, daß das Interesse von Krankenpflegepersonal, Ärzten und sonstigen Heilberufen an zufriedenstellenden Arbeitsbedingungen – bei angemessener Bezahlung versteht sich – einhergehen kann. Die Aktionen zum Pflegenotstand, die wachsende Unzufriedenheit vor allem junger Kassenärzte mit ihrer beruflichen Situation, all das läßt mehr erwarten als die Hoffnung auf ein gutes Gedächtnis der Patienten bei den Bundestagswahlen in zwei Jahren. Die Beschäftigten im Gesundheitswesen müssen sich im eigenen Interesse auch als Patientenanwälte verstehen – es bleibt nichts anderes übrig. □

**dg-Herausgeber Hartmut Reiners ist Mitglied der Enquete-Kommission des Bundestags „Strukturreform im Gesundheitswesen“**



Trotz der Blümschen Mogelpackung „Gesundheitsreformgesetz“ bleibt eine wirkliche Reform auf der Tagesordnung. Alternativen sind daher weiter gefragt, vor allem solche, die den Kern einer Veränderung vor Ort in sich bergen. „Regionalisierung“ oder „Kommunalisierung“ sind Stichworte aus einer solchen Diskussion von Alternativen. dg-Redakteur Matthias Albrecht sprach darüber mit einem, der es wissen muß. Unser Gesprächspartner, Wolfgang Schäfer (SPD), ist Stadtrat für Soziales und Gesundheit in Herne



**dg:** Herr Schäfer, Sie sind der verantwortliche Stadtrat für die Bereiche Soziales und Gesundheit in Herne, einer typischen Ruhrgebiets-Großstadt. Welche Beziehung besteht zwischen diesen beiden Aufgabenbereichen in Ihrer konkreten Arbeit?

**Schäfer:** Am augenfälligsten ist diese Beziehung im Bereich der Altenhilfe. Ich bin für das Sozialamt, Jugend-, Gesundheitsamt und Wohnungsamt zuständig. Im Sozialamt haben wir die Aufgabe, den Altenhilfeplan von 1981 fortzuschreiben; über das Gesundheitsamt habe ich zumindest mittelbar mit der Krankenhausbedarfsplanung zu tun. Ich habe jetzt alle Altenheime und Krankenhäuser in Herne besucht und kann feststellen: es gibt zu wenige Altenheime in Herne – wie überall, im Ruhrgebiet aber besonders, vor allem für die Bereiche erhöhte und schwere Pflege. Die klassischen Altenheimplätze werden zunehmend weniger gebraucht und auch kaum noch angenommen. Unser Durchschnittsalter liegt hier bei 81 Jahren, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt bei zwei Jahren. Wenn ich durch die Krankenhäuser gehe, sehe ich jede Menge internistischer Betten. In den Betten sehe ich die gleichen Patienten wieder wie auf den Pflegestationen der Altenheime. Das zeigt, daß es Zusammenhänge zwischen Altenheimbelegung und Krankenhäusern gibt, die überhaupt nicht kritisch aufgearbeitet sind.

Im Krankenhaus zahlen die Krankenkassen, teilweise anstandslos im Rahmen einer immer wiederkehrenden „Rauschmeiß- und Wiederaufnahme-Politik“, im Altenheim zahlt die Sozialhilfe. Wenn man mal auflisten würde, was da an Geld insgesamt für Pflege ausgegeben wird, und dieses Geld sinnvoll verteilen würde, käme man zu völligen Neukonstruktionen. Allerdings auch zu entsprechenden Auseinandersetzungen, das würde Bettenabbau im Krankenhaus bedeuten.

**dg:** Haben Sie denn keinen Überblick über diese Finanzströme?

**Schäfer:** Nein, es gibt keine Übersicht über die Gelder, die für diesen Personenkreis ausgegeben wird, weder bun-

**REGIONALISIERUNG  
KONKRET**

**ACT LOCALLY!**



**„Herne liegt bei der Neugeborenen- und Säuglingssterblichkeit an der Spitze. Wenn wir die Sozialhilfestatistik heranziehen und den Müttern zuordnen, die Sozialhilfe empfangen, und den Stadtteilen zuordnen, in denen sie wohnen, dann kommen wir zu den Ursachen.“**

desweit noch auf kommunaler Ebene. Das könnte man nur rauskriegen, wenn man sich auf regionaler Ebene zusammensetzt und diese Daten zusammenstellt.

**dg:** Offensichtlich wissen Sie vor Ort über die Situation im Gesundheitssystem und über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung nicht allzu viel?

**Schäfer:** Ja, deshalb möchte ich zunächst einmal eine Art Stabsstelle schaffen und dann versuchen, eine regionale Gesundheitsberichterstattung nach dem Muster der Psychiatrie in Gang zu bringen. Dann die Beteiligten einladen, Informationen sammeln und sich erst einmal bescheidene Projekte vornehmen.

**dg:** Braucht man dafür gesetzliche Grundlagen, oder könnte man es auf kommunaler Ebene einfach ausprobieren? Der Stadtrat für Gesundheit lädt einfach alle Beteiligten ein, die Wohlfahrtsverbände, die Krankenkassen, die Ärzte, die Krankenhausräger...

**Schäfer:** Die Mindestvoraussetzung, die vorliegen muß, ist, daß man sich in der Region, und darunter verstehe ich jetzt das Gebiet der Region, also der kreisfreien Stadt oder des Kreises, zusammensetzt und die Daten erst einmal austauscht, das Problembewußtsein schärft. Dann muß man sehen, wo es Probleme gibt und wie man die gemeinsam lösen kann. Darauf muß man sich zunächst beschränken. In einfacher Form könnte ich das für das Versorgungsgebiet – die Region Herne – machen. Im Bereich der psychosozialen Versorgung ist das in Herne hervorragend gemacht worden.

**dg:** Das ist über die Psycho-Soziale Arbeitsgemeinschaft und den Arbeitskreis Psychiatrie organisiert worden. Und mittlerweile habe wir in Herne alle Versorgungselemente, die wir für den Bereich Sozialpsychiatrie brauchen. Natürlich nicht perfekt, bis zum Ende ausgebaut, aber in den Grundstrukturen haben wir alles, was wir brauchen, und zwar in einem höheren Anteil als in vergleichbaren Versorgungsregionen. Das ist aber nur deshalb gelungen,

weil die Stadt Federführung hatte und einen Koordinator einstellte. Der wurde zunächst aus dem Modellprogramm Psychiatrie bezahlt und ist dann in den städtischen Stellenplan übergegangen.

**dg:** Was unterscheidet in Ihren Augen die regionale von der kommunalen Ebene? Bleiben wir bei der Stadt Herne, überschneiden sich die Begriffe regional und kommunal an diesem Beispiel? Stellt sich das in einem ländlichen Kreisgebiet anders dar?

**Schäfer:** Regionalisierte Gesundheitspolitik müßte sich beziehen auf das Gebiet der Kreise und der kreisfreien Städte, weil im sozialen Bereich auch alle Dienste auf dieser Ebene organisiert sind, die Statistiken auf dieser Ebene zusammengetragen werden. Die einzige Ausnahme bilden die Krankenhäuser, hier sind die Versorgungsgebiete nach dem Krankenhausbedarfsplan nicht identisch mit den Kreisgebieten. Für den Bereich der Psychiatrie wird schon so verfahren. Für das Gebiet der Stadt Herne sind die Begriffe also identisch, für einen großen Landkreis mit mehreren großen Gemeinden ergeben sich Unterschiede.

**dg:** Welche Probleme müßte eine solche Gesundheitskonferenz hier vor Ort anpacken?

**Schäfer:** Was mir jetzt auf den Nägeln brennt – und was bisher noch nicht so deutlich statistisch aufgearbeitet war: Herne liegt bei der Neugeborenen- und Säuglingssterblichkeit mit Abstand an der Spitze. Die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen liegt unter 30 Prozent. Wenn wir jetzt einmal die Sozialhilfestatistik dazunehmen, Mütter zuordnen, die Sozialhilfe erhalten, und Stadtteile zuordnen, in denen sie wohnen – da müßten wir doch zu Schlüssen über die Ursachen kommen. Wir haben die Fakten aufgelistet und sind damit zu den Frauen- und Kinderärzten gegangen. Reaktion: Erschrecken und Ratlosigkeit.

**dg:** Was bedeutet das für eine „Gesundheitskonferenz“ in der Region?

**Schäfer:** Wenn wir das machen wollen, brauchen wir eine Stabsabteilung, die

die Koordination übernimmt. Das ist die Mindestvoraussetzung. Dafür wird man mehr Personal brauchen. Und in der politischen Diskussion der Stadt die genannten Zusammenhänge deutlich zu machen, das bleibt noch unsere Aufgabe. Das ist nicht einfach.

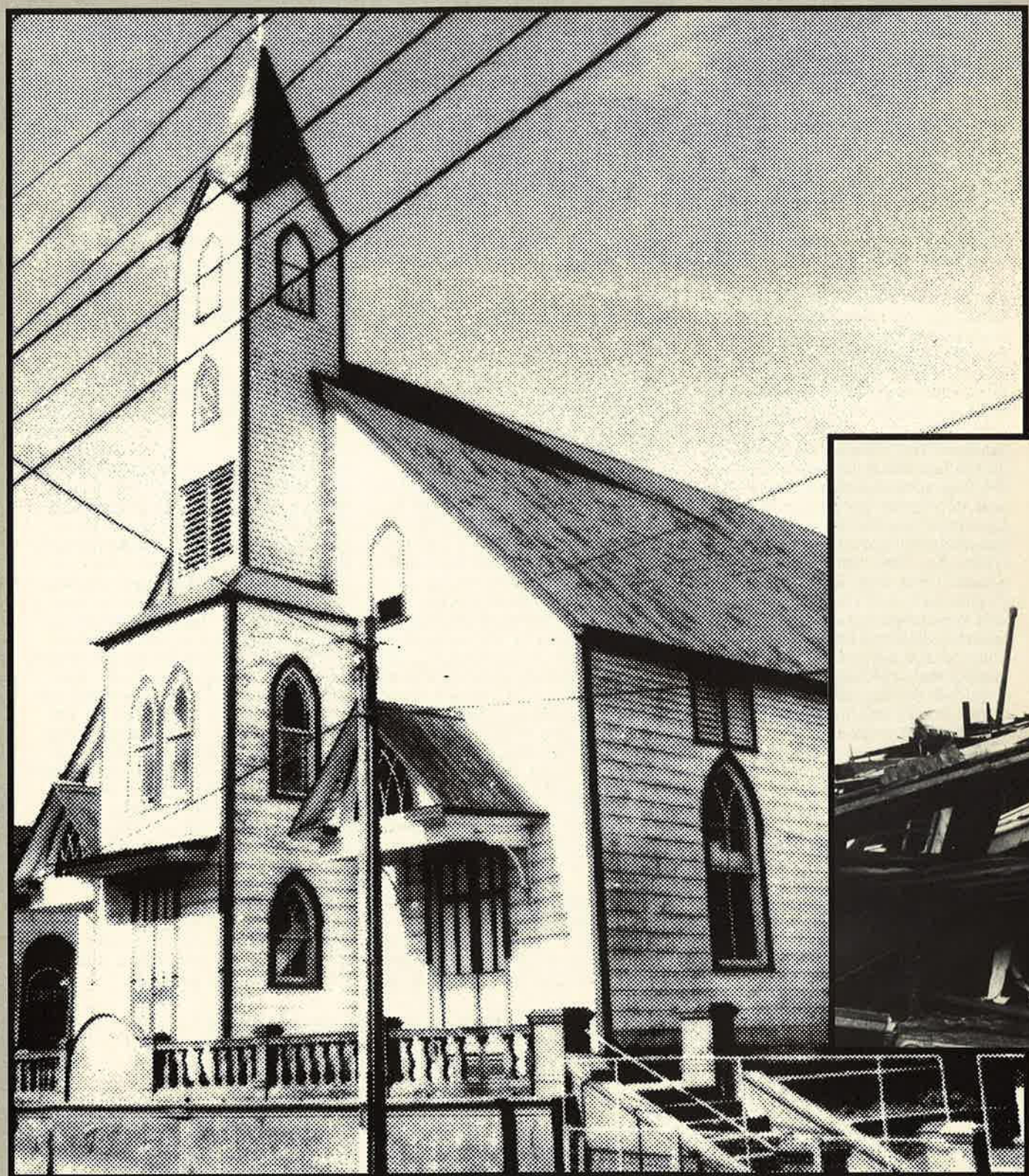
**dg:** Das geht also nach dem Konsensprinzip: Wo einer nicht mitmacht, passiert auch nichts. Ich befürchte, daß dann nichts laufen wird.

**Schäfer:** Ja, doch. Im Moment wird es nicht anders gehen. Mittelfristig muß man die Möglichkeit schaffen, das Geld, das zum Beispiel im Altenheim und Krankenhaus etwa für die Pflege alter Menschen ausgegeben wird, zu einem regionalen Budget zusammenzufassen und sich darauf zu verständigen, wofür man dieses Geld ausgeben will. Das kann man jetzt schon nach gesetzlichen – etwas nebulösen Formulierungen des Sozialgesetzbuches. Man braucht also keine großen gesetzlichen Neuvergaben. Wir haben hier vor Ort zum Beispiel eine Auseinandersetzung über zu viele internistische Betten in Krankenhäusern. Mit einem regionalisierten Budget könnte man ernsthaft über eine Umwidmung unter Erhalt der Arbeitsplätze für die Pflegekräfte diskutieren, natürlich kommt man dann zu Mischfinanzierungssystemen, aber zu realistischen Lösungen.

**dg:** Danke für das Gespräch. Wir möchten unsere Leserinnen und Leser gern auf dem laufenden halten, wie Sie Ihre Vorstellungen umsetzen.



# Nicaragua





# nach dem Sturm

## Aktion 5 Prozent

Erst nach und nach gelingt es, das Ausmaß der Schäden, die der Hurrikan mit dem freundlichen Namen „Joan“ in Nicaragua angerichtet hat, in Zahlen zu fassen. Manche Informationen widersprechen sich, Zahlenangaben weichen leicht voneinander ab. Doch eines steht fest: Das ökonomische und ökologische Desaster wird nur mit internationaler Unterstützung erträglich gemacht werden können. Die lächerlichen drei Millionen Mark, die die Bonner Regierung zur Verfügung gestellt hat, reichen nicht aus. Zumal nicht in einer Situation, in der die USA wenige Tage nach der Katastrophe das Handelsembargo erneut verschärft haben.

Medico international spricht bei folgenden Schätzungen davon, daß sie grob seien. Wir möchten Sie Ihnen dennoch mitteilen, um Ihnen verständ-

lich zu machen, warum wir bei unserem diesjährigen Spendenaufruf kein bestimmtes Projekt ins Auge gefaßt haben, das mit Ihrem Geld unterstützt werden soll. Die Nicaraguaner haben derzeit keine Möglichkeiten, sich genau an Vorgaben der Spenderinnen und Spender zu halten, wohin ihr Geld fließen soll. Die Prioritäten sollen rasch geändert werden können, etwa wenn Epidemien auftreten sollten.

Es ist zum Beispiel noch völlig unklar, wie die Versorgung mit Grundnahrungsmitteln bis zur nächstmöglichen Ernte im August 1989 gesichert werden soll, da der Hurrikan genau zu dem Zeitpunkt über das Land fegte, als die erste Ernte ein- und die Saat für die zweite ausgebracht werden sollte. Fast die Hälfte der Bananenplantagen wurde vernichtet, 80 Prozent der gerade

neu angelegten Projekte zur Speiseölversorgung und nahezu der gesamte Bestand des Zitrusbaumbestands an der Atlantikküste gingen verloren. 66 Brücken, über 600 Kilometer Straße, viele Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen sind zerstört. Die nationale Umweltbehörde schätzt zudem, daß rund 4000 Quadratkilometer Wald betroffen sind, deren Abtransport und Verarbeitung bei den derzeitigen Kapazitäten 60 Jahre beanspruchen würde. Überlegungen zur Wiederaufforstung gibt es noch nicht, und die tropischen Edelhölzer haben eine Wachstumszeit von 50 bis 70 Jahren.

Die erste Schadensanalyse der nicaraguanischen Regierung läßt das Ausmaß der Schwierigkeiten erahnen: Der Schaden entspricht einem doppelten Bruttosozialprodukt des Landes.

Liebe dg-Leserinnen und Leser, wir möchten Sie noch einmal herzlich bitten, einen Teil Ihres Weihnachtsgeldes für Nicaragua zu spenden. Fünf Prozent davon sind für viele von Ihnen eine große Summe, aber für die Nicaraguanerinnen und Nicaraguaner wäre auch ein kleinerer Betrag schon eine große Hilfe.

Überweisen Sie bitte die Spende auf das unten genannte Konto von medico international. Medico wird die Gelder dem von der sandinistischen Regierung ins Leben gerufene Notstandskomitee, in dem staatliche und nicht-staatliche Organisationen zusammenarbeiten, übermitteln. Dieses Komitee soll Projekte in den betroffenen Gebieten überprüfen und je nach aktuellem Bedarf neue Prioritäten der Hilfsleistungen festlegen. Es sorgt ebenfalls dafür, daß Hilfsgüter aus Managua in die betroffenen Gebiete am Atlantik und am Rio San Juan geflogen werden. Da auf der Piste von Bluefields Düsenmaschinen landen können, gilt der Transport als gesichert.

Konto: Medico international e.V., Kto. 1800, Stadtparkasse Frankfurt, BLZ 500 501 02, Stichwort „5 Prozent für Nicaragua“. Medico stellt auf Wunsch Spendenquittungen aus.



Foto: medico

# LÜGEN UND

**ATOM-  
INDUSTRIE:**

# GE- HEIMNISSE

**yn – Neue Untersuchungen  
über die Wirkung niedrig-  
dosiger Strahlung, wie sie  
nach Tschernobyl gefor-  
dert wurden, sind nicht  
nötig. Atomopfer gibt es  
schon zu viele.  
Drei von ihnen waren jetzt  
auf einer Informations-  
reise in der Bundes-  
republik**

1968 stürzt in der Nähe der US-Air-Base Thule auf Grönland ein B-52 Bomber ab. Seine Ladung: 4 Wasserstoffbomben, die beim Aufprall zerbersten. Zusammen mit kontaminiertem Schnee werden die Trümmer in Containern gesammelt und im September in die USA verschifft. Während der Aufräumarbeiten bläst der Sturm das verseuchte Material in das Lager. „Jeder bekam das Zeug ab, überall“, berichtet Ole Markussen, der damals zu den 1200 dänischen Zivilarbeitern auf Thule-Air-Base gehörte. Ole Markussen leidet an Sprachstörungen, kann sich nur mit Hilfe von Krücken fortbewegen. Er führt seine Erkrankung auf die Kontamination mit radioaktivem Material bei den Aufräumarbeiten zurück, nur, es fehlen die eindeutigen Beweise. Daß in 1200 Familien von Thule-Arbeitern, die damals alle unter 30 Jahre alt waren, nur 200 Kinder geboren wurden, reicht als Beweis für eine Entschädigung nicht aus.

Klarheit sollte eigentlich eine Untersuchung der Thule-Arbeiter bringen, doch die blieb aus. Und an die Grönländer, die als erste an der Absturzstelle waren, hat die dänische Regierung erst gar keine Gedanken verschwendet. Sally Markussen, Oles Frau: „Man hat sich erst gar nicht die Mühe gemacht, sie ausfindig zu machen.“ Angehörige

von Thule-Arbeitern sind diesen Opfern nachgegangen. Bisher haben sie elf beteiligte Grönländer ausfindig machen können, von ihnen sind vier bereits tot.

Mit ihrer Forderung nach Entschädigung rennen die Betroffenen gegen eine Wand des Schweigens und der Geheimhaltung. Ein Arzt in Saint Louis, USA, der bei Soldaten der Thule-Air-Base eine bestimmte Art der Leukämie diagnostiziert hatte, konnte sich auf einmal nicht mehr erinnern. Und ähnliche Erfahrungen machte Frau Markussen auch in der Zusammenarbeit mit dem Dänischen Gesundheitsministerium: „Ich habe den Eindruck, daß Mr. Reagan beziehungsweise jetzt Mr. Bush Premierminister in Dänemark ist.“ Zu vertuschen gibt es von seiten der USA genug. Zum Beispiel, daß der Flug mit Atombomben über Dänischem Territorium laut NATO-Vertrag verboten war. Aber, wie hatten Dänische Zeitungen bereits 1968 geschrieben, als es wegen des Unfalls in Thule zu einer Protestdemonstration vor der US-Botschaft kam: Das gehe zu weit, wir müssen den USA für die Marshall-Plan-Gelder dankbar sein.

Es gibt aber noch ganz andere schlechte Gründe dafür, daß „die Nuklearindustrie ein Bereich der Lügen und Geheimnisse ist“, wie Ken McGinley, Vorsitzender der Vereinigung der Veteranen und Witwen der Atomopfer in Großbritannien, feststellt. Er zeigt den wenigen anwesenden Journalisten eine Erklärung der Internationalen Strahlenschutzkommission vom November 1987. Darin heißt es kurz und bündig: „Was akzeptable Werte sind, ist tatsächlich eine Frage der Bewertung.“ Joan King, Witwe eines Arbeiters der Wiederaufbereitungsanlage Windscale/Sellafield, mußte vier Jahre darum kämpfen, wenigstens eine Entschädigung von gerade 20 000 Mark zu bekommen. Ihr Mann hatte Haare und Zähne verloren, war trotz mehrerer Operationen erblindet und schließlich an einem Gehirntumor gestorben. Während seiner Arbeit war er mit Plutonium verseucht worden. Seine Belastung lag aber unterhalb des zulässigen Grenzwerts der Internationalen Strahlenschutzkommission.

Eine Entschädigung der Atomopfer käme einem Eingeständnis gleich, daß die bisher gültigen Grenzwerte zu hoch angesetzt sind. Ein Eingeständnis, das Folgen hätte, denn, so Inge Lindemann, Mitarbeiterin der Bundestagsfraktion der Grünen, „allein eine Reduzierung der Grenzwerte um den Faktor Zehn würde die Atomindustrie zum Erliegen bringen.“ □



**Ken McGinley auf der Tagung der überlebenden Strahlenopfer in Nagasaki 1985.**

1958 war er als 18jähriger Soldat der Britischen Armee zur Beobachtung von Atombombenversuchen zu den Christmas Islands im Pazifik befohlen worden. Mit 2000 weiteren Betroffenen kämpft er für eine Entschädigung der dadurch erlittenen Gesundheitsschäden

Foto: Noll



**U**nverblümt – Psychiatrie zwischen Reform und Wende“ hieß das vielversprechende Motto der diesjährigen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie in Herborn. Es versprach, daß mehr als das einreißende „Psychogebabbel“ herumkommen würde, was sich Gastgeber Kurt Haedke, ärztlicher Direktor in Herborn, übrigens auch ausbedungen hatte.

Tatsächlich gab es viel Blumiges, zumindest von der Mehrzahl der Podiumsteilnehmer bei der gutbesuchten Eingangsdiskussion Diskussion über Sterbehilfe. Recht wenig blieb da übrig von der Einsicht, daß solche Themen deshalb Hochkonjunktur haben, weil der Wert der Ware Arbeitskraft und erst recht der „Wert“ der verbrauchten Ware Arbeitskraft seit der Wende weniger wiegt denn je.

Dabei hat gerade die DGSP dankenswerterweise dafür gesorgt, daß die „Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben“ angekratzt wurde, indem sie ihr öffentlich vorwarf, Tötung gewerbsmäßig zu betreiben. Moderator Lothar Evers, Geschäftsführer der DGSP, faßte einleitend auch noch einmal zusammen, wie die Aktivitäten der Herren Hackethal und Atrott die allgemeine Konsensbildung über das Recht auf Sterbehilfe begleiteten. Mittlerweile, so Evers, scheine es wirklich Allgemeingut geworden zu sein, was die „humanen“ Sterbehelfer fordern. Ein Atrott dürfe sich öffentlich rühmen, daß sich nach der Barschel-Methode, die aus der Feder der DHS stammt, jährlich zwei- bis dreitausend Menschen das Leben nähmen.

Spätestens mit dem Beitrag von Michael Heinrich von der Deutschen Gesellschaft für Suizidforschung begann dann die Sache in die Einzelfalldiskussion zu kippen. Kippen deshalb, weil es angesichts dramatischer Schicksale kaum noch möglich ist, die Bedingtheit der Massenerscheinung „Sterbehilfedebatte“ zu analysieren.

Claudio Kürten, Journalist und nach einem Unfall querschnittsgelähmt, gab der Diskussionsveranstaltung autoritativ den falschen Zungenschlag: Nicht die politische oder rechtliche Frage, ob Sterbehilfe legalisiert werden dürfe, sei von Interesse, sondern die Rolle der falschen Helfer, die „Apparatemedizin“, die Querschnittsgelähmte, die früher etwa an Nierenversagen gestorben seien, am Leben erhalte, ohne ihnen wirklich zu helfen. Schuld seien die unerbittlichen Helfer, die nicht fragten, ob ein Mensch überhaupt Hilfe möchte. Kürten unterlegte seine in dieser Gesellschaft relativ absurde These denn auch – wie sattsam von Atrott und Konsorten bekannt – mit der Schilderung des dramatischen Schicksals der Ingrid Frank, einer jungen Frau, die nach einem Unfall vom Hals an querschnittsgelähmt und, unter schweren Schmerzen leidend, den Helfern ihre

Todeswünsche verleugnen mußte, um nicht in die Psychiatrie abgeschoben zu werden.

Sicher steht es der DGSP gut, auch die dunkle Seite des Helfens, das Moment der Kontrolle und Entmündigung, zu reflektieren. Doch dies ist nicht der Kern der öffentlich geführten Debatte um die Sterbehilfe. Kern ist die Definition des Menschen über Arbeitsfähigkeit, Fitness und Flexibilität, ob er den schärfer werdenden Anforderungen gerecht werden kann. Kern ist die Sozialpolitik der Wende, die Wohltätigkeitsbälle veranstaltet, Almosen verteilt und immer mehr Rechte zusammenstutzt. In einer Zwei-Drittel-Gesellschaft, in der die Alten, Behinderten und Kranken das elende Spiel nicht mehr mitmachen, sondern lieber sterben wollen, liegt man einfach daneben, es bei „mehr Liebe“ belassen zu wollen.

Denn auch die Warnung vor den unerbittlichen Helfern, die Kürten zum Kern seines Beitrags machte und die prompt die Diskussion bestimmte, hat ihre dunkle Seite: daß es auch von den wenigen „Mahnern in der Wüste“, zu denen ja die DGSP gehört, aufgegeben wird, gegen die Entsorgung der Schwachen zu kämpfen. Andere Vorträge, Diskussionen und Arbeitsgruppen der DGSP-Jahrestagung bewiesen, daß es so weit nicht ist. Und doch scheint die Zahl derer zuzunehmen, die es nicht mehr aushalten, immer „nur“ einzufordern, was doch nicht gewährt wird, und dann ändern wollen, was scheinbar leichter zu ändern ist, nämlich sich selbst. Es wäre fatal, würde sich auch bei den Mitgliedern der DGSP der Trend durchsetzen, den „Skandal ohne Ende“ zum Skandal der schlechten Helfer zu machen.

Zeichen gegen diesen Trend setzen an dem Diskussionsabend nur einige wenige wie Franz, Christoph, Forum der Behinderten- und Krüppelinitiativen, der davor warnte, in jeder Behinderung etwas Schrecklicheres als den Tod zu sehen. Gerade diese Deutung,

die er auch der bundesdeutschen Friedensbewegung und der Anti-Atomkraft-Bewegung vorwarf, übe einen enormen Druck auf Behinderte, Alte und Kranke aus. Daß die Tötung auf Verlangen des Individuums immer verquickt ist mit der Tötung auf Verlangen der Gesellschaft, diesen Kernpunkt der Sterbehilfedebatte zu benennen, blieb leider wieder einmal Aufgabe von Michael Wunder von den Grünen. □

## DGSP-Jahrestagung

# Freier Tod für freie Bürger?

ud – Die Diskussion um Sterbehilfe nimmt immer noch kein Ende.

Ganz im Gegenteil: Die Selbstent-sorgung der Opfer in der Zwei-Drittel-Gesellschaft wird allmählich Konsens. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie wollte ein Zeichen dagegen setzen

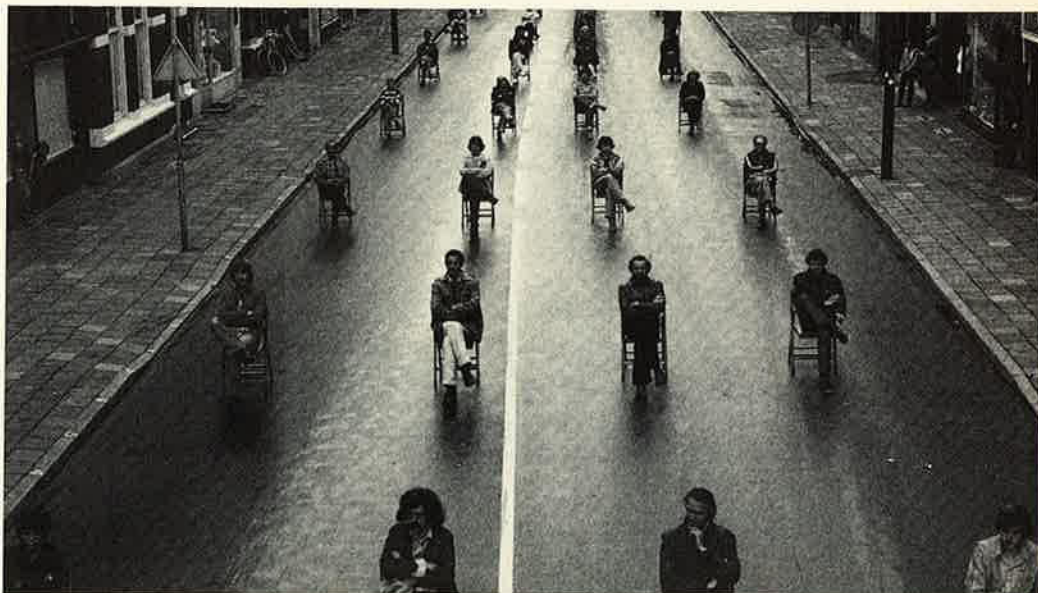


Foto: Echte Niederlande/Fietserbond

**sts – Für viele  
Krankenschwe-  
stern und -pfleger  
enden Aus- und  
Weiterbildung am  
Tag des Examens.  
Dort, wo es schon  
ein Recht auf Wei-  
terbildung gibt,  
sind viele nicht  
einmal informiert.  
Probleme gibt es  
aber auch mit der  
Rechtfertigung vor  
Familie und  
Kollegen**



## Weiterbildung in der Krankenpflege

# DOPPELTES DILEMMA

„Letztes Jahr habe ich schließlich eine Aidsfortbildung mitgemacht...“ Eher stolz als betroffen schildert eine Krankenschwester während eines Seminars über die Einführung der Pflegedokumentation an ihrer Klinik, daß sie in den letzten 17 Jahren nach ihrem Krankenpflegeexamen 1971 an einer einzigen Fortbildung teilgenommen hat. Sicher ein extremes Beispiel, und dennoch keine Ausnahme.

Für viele Krankenschwestern und -pfleger enden Aus- und Weiterbildung immer noch mit dem Tag des Examens. Eine Pflicht zur Fortbildung gibt es nicht. Einen gesetzlich festgelegten Rechtsanspruch haben nur Nordrhein-Westfalen und Hessen, die über ein Weiterbildungsgesetz verfügen, welches jedem Arbeiter und Angestellten pro Jahr fünf Tage Bildungsurlaub zugesteht. In den übrigen Bundesländern hängt der Fortbildungsanspruch auch im Krankenpflegebereich von internen Regelungen der jeweiligen Arbeitgeber beziehungsweise Träger ab.

Aber selbst in Nordrhein-Westfalen sind sich viele Beschäftigte nicht über ihre Rechte im klaren. Barbara Jung, Intensivschwester und Mitglied der



Mitarbeitervertretung in der Kinderklinik St. Augustin: „Viele Kolleginnen auf den Stationen wissen gar nichts von Bildungsurlaub und können ihn daher auch nicht in Anspruch nehmen.“ Mangelnde Information führt dort dazu, daß viele Mitarbeiter über Jahre an keiner Fortbildungsmaßnahme teilnehmen. Eine Ausnahme bilden lediglich die Funktionseinheiten wie Operationsabteilung oder Intensivstation. Die dort tätigen Mitarbeiter haben häufig eine Weiterbildung zur Fachschwester oder zum Fachpfleger absolviert, so daß eine grundsätzlich höhere Fortbildungsmotivation besteht, um technisch-medizinisch auf dem neuesten Stand zu bleiben.

Unterstützt werden die Mitarbeiter der Intensivstation dabei nicht nur durch innerbetriebliche Fortbildungsmaßnahmen, die zum Beispiel von Ärzten für sie durchgeführt werden, sondern auch von Pharma- und Geräteindustrie, die ein großes Interesse daran hat, daß die Beschäftigten sich mit der Handhabung von Spezialgeräten oder dem Einsatz bestimmter Pharmaka gut auskennen. Die Intensivstationen sind für die Industrie auch im Pflegebereich interessant, da Entscheidungen über die Anwendung bestimmter Therapieverfahren hier häufig nicht allein durch Ärzte, sondern in Zusammenarbeit und auf Vorschlag von Schwestern und Pflegeern getroffen werden.

Im Vergleich mit der ärztlichen Fortbildung ist die Spendierfreudigkeit der Industrie im Pflegebereich dennoch weitaus geringer. Laut einer in der Deutschen Krankenpflegezeitschrift vom Oktober 1988 veröffentlichten Untersuchung werden nur etwa vier Prozent der innerbetrieblichen Fortbildungsmaßnahmen von pharmazeutischen Firmen durchgeführt. Dies schließt nicht aus, daß der einzige Kontakt mit neuen Therapie- oder Pflegeverfahren über Jahre im Ausflug zur Medica oder ähnlichen Großveranstaltungen besteht.

Das Interesse an medizinischen Themen insgesamt geht zurück. 1979 wurden noch über 70 Prozent der hausinternen Fortbildungen von Ärzten durchgeführt, mittlerweile sind es nur noch 36 Prozent. Solveig Wagner, Pflegedienstleitung an der Medizinischen Universitätsklinik in Bonn: „Medizinisch relevante Fragen können die Mitarbeiter häufig auf den Stationen mit den Ärzten besprechen. Zu den regelmäßigen Fortbildungsnachmittagen für die Ärzte werden zwar auch die Schwestern und Pfleger eingeladen, die Themen sind aber teilweise so speziell, daß sie sich dort nicht wiederfinden

und die Resonanz eher gering ist. Was fehlt, ist eine regelmäßige Pflegefortbildung im eigenen Hause, in der Probleme und Ziele Platz haben, die zum Berufsbild, zur organisatorischen Gestaltung des Arbeitsablaufs auf den Stationen oder zur Abgrenzung von berufsfremden Tätigkeiten gehören. Vor allem Zwischenmenschliches kann häufig nicht genügend aufgearbeitet werden.“

In der Poliklinik nehmen im Laufe eines Jahres etwa 70 Prozent der Mitarbeiter im Pflegebereich den ihnen zustehenden Bildungsurlaub von fünf Tagen in Anspruch. In dieser Zeit ist es ihnen möglich, außerhalb des Klinikalltags an themenbezogenen Fortbildungswochen teilzunehmen. Veranstaltet werden diese von den verschiedenen Berufsverbänden, den Gewerkschaften, diversen Fortbildungsinstituten und kirchlichen Trägern. Im Vordergrund stehen eindeutig pflegerische und zwischenmenschliche Schwerpunkte, wie ganzheitliches Pflegeverständnis, Umgang mit Sterbenden, Anleitung von Schülern, Organisation des Stationsablaufs und vieles andere mehr.

Solveig Wagner beschreibt, welche Schwierigkeiten es dabei gibt: „Zunächst wollen manche Mitarbeiterinnen gar nicht zur Fortbildung. Wer soll sich während ihrer Abwesenheit um Familie und Kinder kümmern? Fahren sie doch, sind sie nach ihrer Rückkehr häufig sehr zufrieden, endlich einmal etwas für sich selbst gemacht zu haben.“

In der Tat befinden sich engagierte Schwestern manchmal in einem doppelten Dilemma zwischen vermeintlicher Stationssolidarität und den Ansprüchen der Familie. Hildegard Marquardt, Schwester in der Strahlentherapeutischen Klinik der Universität Erlangen: „Wir Frauen sind doch häufig nur Zusatzverdiener und in erster Linie dazu da, daß zu Hause die Kasse stimmt. Warum sollen wir für diesen „Nebenjob“ auch noch an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen, unter denen die Familie zu leiden hat? Dazu kommen Eifersüchteleien auf den Stationen nach dem Motto: Ja, ja, nun machst du also schon wieder eine Fortbildung für dich... Daß diese Fortbildung weniger der Profilierung als auch einer besseren Zusammenarbeit auf den Stationen dient, können einige Kolleginnen überhaupt nicht sehen.“

Ein weiteres Problem ist die Finanzierung der Fortbildungen. Grundsätzlich haben Beschäftigte an größeren Kliniken eher die Chance, finanzielle

Unterstützung zu erhalten. Kleinere Häuser motivieren ihre Schwestern und Pfleger grundsätzlich weniger, auch die Zuschüsse fallen häufig geringer aus. Nur wenige Träger, wie beispielsweise die Hessisch-Nassauische Landeskirche, haben in ihren Statuten nicht nur den Anspruch auf berufliche Fortbildung, sondern auch seine Kostentübernahme verankert.

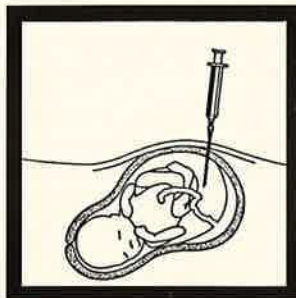
Insgesamt steigt bei zunehmendem Berufsbe-wußtsein das Bedürfnis nach Austausch und nach Weiterbildung. Immer häufiger werden von den Trägern Fortbildungsreferentinnen und -referenten angestellt. Bärbel Sturm, beim Diakonischen Werk Bayern als Referentin für Gemeindegrenkenpflege beschäftigt, betreut die Mitarbeiter nicht nur im Rahmen einmaliger Seminare. Sie versucht, über mehrere Jahre praxisbegleitende Aufbauarbeit zu leisten, zumal die Gemeindegrenkenpflege mit ihren besonderen Schwerpunkten in der Ausbildung zu kurz kommt. Bärbel Sturm: „Wir machen allerbeste Erfahrungen mit themenzentrierten Gesprächsgruppen, fortlaufendem Kommunikations- und Kooperationstraining sowie sozialwissenschaftlichen Grund- und Aufbaukursen. Dort werden von den Teilnehmern selbst Lernziele entwickelt.“

Trotz dieser Fortschritte wird sich die Situation in den nächsten Jahren eher verschärfen. Die langsam zurückgehende Zahl der Beschäftigten im Pflegebereich wird zu größeren Engpässen auf den Stationen führen. Es bedarf also nicht nur der Festigung beziehungsweise der bundesweiten Einführung eines Rechts auf Fortbildung, sondern einer Fortbildungspflicht, da sonst bei steigender Arbeitsbelastung eine adäquate Verarbeitung der zwischenmenschlichen und persönlichen Probleme sowie eine Aufrechterhaltung der fachlichen Kompetenz in Zukunft noch weniger als heute sichergestellt werden kann.

Ausgerechnet die in ihrem Gesundheitswesen nicht als besonders fortschrittlich bekannten USA sind uns hier um einen großen Schritt voraus. Dort müssen Schwestern und Pfleger alle zwei Jahre an mindestens zwanzig Fortbildungsstunden teilgenommen haben. Können sie diese nicht nachweisen, bekommen sie ihre Lizenz nicht verlängert. Von solchen Zuständen sind wir bei uns beileibe noch weit entfernt.

**Notwendig wäre nicht nur die bundesweite Einführung des Rechts auf Weiterbildung, sondern eine Fortbildungspflicht**

## UNETHISCHE VERSUCHE?



# INSUFFIZIENZ

**Dem renommierten Perinatologen Prof. Erich Saling wird vorgeworfen, riskante Versuche an Feten vorgenommen zu haben. Nicht einmal die zuständige Ethikkommission wurde informiert**

**N**och im September wurde Prof. Erich Saling, einem der renommiertesten Perinatologen, vom Berliner Regierenden Bürgermeister Diepgen die höchste Auszeichnung der Stadt, die Ernst-Reuter-Plakette, verliehen. In der Begründung hieß es, daß seine „international beachtete Arbeit maßgeblich zum Rückgang der perinatalen Mortalität und der Säuglingssterblichkeit in der ganzen Bundesrepublik Deutschland geführt“ hat. Die Ehrung und ihre Begründung stießen auf Kritik.

Saling hatte sich in den letzten Jahren mit der chronischen Plazentarinsuffizienz beschäftigt. Folge dieser Plazentarinsuffizienz ist die verminderte Versorgung mit notwendigen Stoffen für Wachstum und Gewichtszunahme, insbesondere den Aminosäuren. Bei den Versuchen ging es um Wege der zusätzlichen Versorgung der Feten durch eine „künstliche Nabelschnur“, die entweder in die Fruchtblase oder den Bauchraum der Feten gelegt wird.

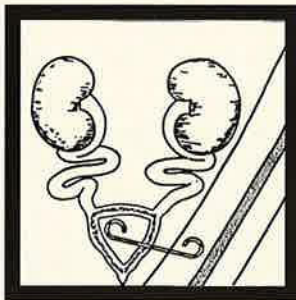
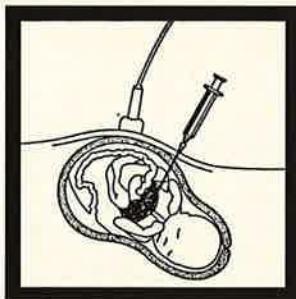
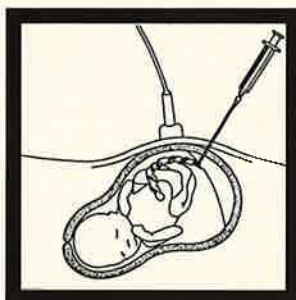
Mitte der siebziger Jahre brach Saling diese Versuche wieder ab. Damals

hatte er zusätzliche Substanzen mit einer Nadel nach der Punktion der Fruchthöhle injiziert. Durch die schnelle Veränderung der Zusammensetzung des Fruchtwassers war es in einigen Fällen zu vorzeitigen Wehen und durch die häufige Punktion zu Infektionen des Fruchtwassers gekommen. Trotzdem versuchte Saling es 1987 in drei Fällen wieder. Um die vorher aufgetretenen Probleme auszuschalten, legte er einen Dauerkatheter unter die Haut der Schwangeren. Damit sollte die Infektionsgefahr gesenkt und eine kontinuierliche Nährstoffzufuhr sichergestellt werden.

Die Kritiker Salings setzen nun daran an, daß nach Auffassung anderer Perinatologen jede Mangelentwicklung, so auch die Plazentarinsuffizienz, das Ergebnis chronischen Sauerstoffmangels sei. In diesem Fall wäre die Substitutionstherapie, die Saling anwendet, unter Umständen gefährlich. Saling antwortete in der Fachzeitschrift „Gynäkologie“ auf den fachlichen Einwand lediglich, es sei nicht mit Meßergebnissen bewiesen, daß mangelentwickelte Feten auch unter diesem Sauerstoffmangel litten.

Die Alternative Liste in Berlin, die die Vorwürfe an die Öffentlichkeit brachte, warf Saling vor allem vor, daß die Gefahren für Mutter und Kind durch Infektionen und Weheneinleitung bis heute nicht ausgeräumt sind und daß „Menschenversuche“ durchgeführt wurden, ohne sie durch vorhergehende Tierversuche ausreichend abzusichern. Saling selbst hatte 1984 in der Fachzeitung „Gynäkologie“ festgestellt, daß die Komplikationen, die bei dem Eingriff drohten, Gründe seien, „die uns zunächst vom klinischen Einsatz abgehalten haben und uns zuvor der tierexperimentellen Forschung haben zuwenden lassen“.

Doch der einzige Tierversuch, der durchgeführt wurde, war in dieser Frage nicht aussagefähig. Saling selbst schränkte 1987 in einem Interview der Zeitschrift „Bild der Wissenschaft“ ein: „Da die Methode noch so neu ist, können wir sie zunächst wegen der noch nicht genügend abschätzbaren Begleitrisiken nur in ausgewählten, besonders kritisch gelagerten Fällen einsetzen.“ Im selben Jahr schrieb Saling in „Geburthilfe und Frauenheilkunde“: „Ob noch andere, bislang von uns nicht in Erwägung gezogene Gefahren drohen, werden Erfahrungen an künftigen Fällen zeigen.“ Er gab also unumwunden zu, sich noch im Forschungsstadium zu befinden. Fragwürdig hielt die AL daran vor allem, daß die Ethikkommission vor der Umsetzung nicht um Zustimmung gefragt wurde.





Mittlerweile wurde auch eine Anfrage der Alternativen Liste beantwortet. Der Senat verharmlost darin die Gefahren, die sich durch Salings Methode ergeben. So treffe es nicht zu, „daß diese Versuche in allen Fällen zu Komplikationen geführt hätten“. Tatsächlich hatte aber Saling selbst in einer internen Stellungnahme an den Senat eingeräumt: „Im ersten Fall mit intraperitonealer Zusatzversorgung kam es am 10. Tag nach Beginn dieser Behandlung zum vorzeitigen Blasensprung.“ Im zweiten Fall wurde „am 7. Behandlungstag . . . eine beginnende Infektion mit Hautkeimen festgestellt, woraufhin, wegen der Unreife der Geburtswege, eine Schnittentbindung erfolgte“. Im dritten Fall: „Hier kam es bereits am 4. Tag zu vorzeitigen Wehen und zum darauf folgenden Blasensprung. Da Frühzeichen einer drohenden Infektion bestanden, wurde auch dieses Kind durch Kaiserschnitt . . . zur Welt gebracht.“

Saling räumte in seiner Stellungnahme an den Senat auch ein, daß die Ethikkommission nicht zu der Methode befragt wurde. Erst nachträglich hatte er die Kommission um Stellungnahme gebeten. Die verweigerte zwar eine rückwirkende Stellungnahme, räumte allerdings ein, daß sie die Methode unter bestimmten Bedingungen für ethisch verantwortbar hält.

Die Alternative Liste fordert nun als Konsequenz mehr Offenheit bei der Ethikkommission. Sie will, daß chirurgische Versuche an Menschen prinzipiell bei der Kommission angezeigt werden müssen und daß diese ihre Ergebnisse öffentlich zugänglich machen soll. Ärzte, die die Kommission bei solchen Versuchen nicht einschalten, sollen sich strafbar machen.

Verfehlt sei auch die Würdigung Salings durch den Senat, seine Arbeit habe wesentlich zum Rückgang der Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik geführt. Im Vergleich mit ähnlich wohlhabenden Staaten stehe sie nämlich ausgesprochen schlecht da, argumentiert die AL. Insbesondere bilde die Wirkungsstätte Salings, Berlin, das traurige Schlußbild: „Würde die Ausrüstung der Gerätemedizin den Erfolg bestimmen, müßte Berlin eine bessere Säuglingssterblichkeit haben als zum Beispiel Schweden. Doch ist die Säuglingssterblichkeit in unserer Stadt beinahe doppelt so hoch wie in Schweden. Die Mißerfolge der hochgerüsteten Perinatalmedizin in Berlin zeigen, daß hier der falsche Weg beschritten wird. Die sozialen Verhältnisse müssen im Mittelpunkt von Verbesserungsmaßnahmen stehen.“

Oliver Schruoffeneger

**Salings Antwort auf die Vorwürfe der AL: „Eine grobe Fehleinschätzung der Prinzipien klinischer Forschung.“**

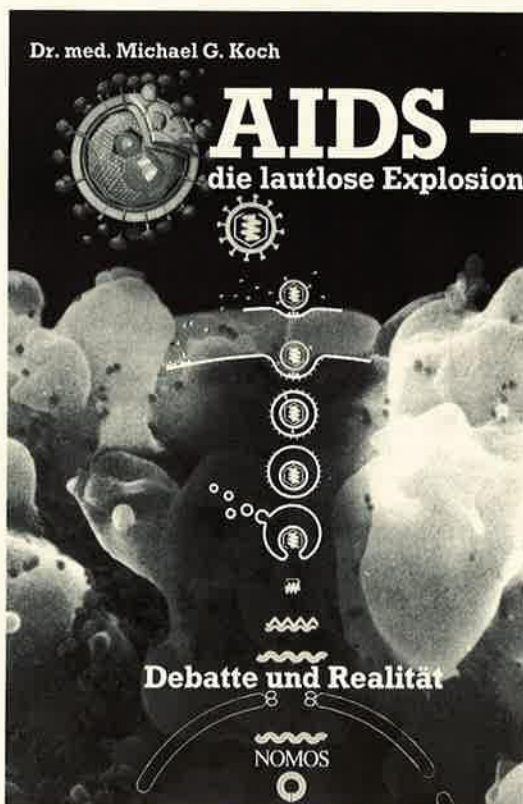
Oliver Schruoffeneger  
ist Mitarbeiter der  
Alternativen Liste in Berlin

Anzeige:

Michael G. Koch

## AIDS - die lautlose Explosion

Debatte und Realität: Antworten eines  
Widerständlers auf 100 Fragen der Medien zur Seuchenpolitik  
in der Bundesrepublik Deutschland



Der Arzt und Epidemiologe Dr. Michael G. Koch ist seit Januar 1988 wissenschaftlicher Berater des bayerischen Innenministeriums zum Thema AIDS-Aufklärung. Er hat seither zahlreiche Interviews in den verschiedensten Medien gegeben, die oft verzerrt, gelegentlich direkt falsch wiedergegeben wurden. Koch hat daher in seinem neuen Buch die häufigsten 100 Fragen zusammengestellt und sorgfältig beantwortet.

Sein erklärtes Ziel ist es, die Debatte über dieses zentrale medizinische und gesundheitspolitische Problem unserer Zeit auf ein sachliches Niveau zurückzuführen. Das Buch macht durch eine gründliche Behandlung des ganzen Fragenkomplexes deutlich, daß eine effektive Seuchenpolitik, einschließlich der Anwendung geltender Seuchengesetze, den Rahmen eines Rechtsstaates nicht sprengt, sondern die durch den Gesetzgeber verbindlich gebotene, einzig verfassungskonforme und sachlich angemessene gesundheitspolitische Reaktion auf diese Bedrohung darstellt. Jede zur Zeit noch verlockend erscheinende Alternative ist auf lange Sicht unheilträchtiger.

Man kann sich heute nicht mehr zur AIDS-Problematik äußern, ohne dieses Buch gelesen zu haben.

1988, 247 S., 7 mehrfarbige Abb., 36,- DM, ISBN 3-7890-1678-0



Nomos Verlagsgesellschaft  
Postfach 610 • Baden-Baden



**Claude Oppikofer, Operationsführer – Das Patientenhandbuch durch die Chirurgie, Zürich 1988, Unionsverlag, 176 Seiten, 24 Mark**

Zwei Fragen stellen sich beim Lesen, die sich nur scheinbar widersprechen: Warum gibt es im deutschsprachigen Raum kaum solche Bücher? Und: Warum gibt es solche Bücher überhaupt?

Mit dem zweiten will ich beginnen. Die Patienten brauchen solche Bücher, weil die behandelnden Ärzte die Wißbegier der Patienten nicht befriedigen. Es sind immer die schwierigen Patienten, die viel zu viel fragen. Aber jeder Mensch will wissen, was mit ihm geschieht, gerade in der Chirurgie, wo geschnibbelt wird, wo Tumoren entdeckt werden, wo vermeintlich Gefährliches unter dem

Schutz der Narkose passiert. Riesenängste werden wach für jemanden, der das alles nicht begreift. Und aus eigener qualvoller Erfahrung darf ich hinzufügen und allen Ärzten ins Buch schreiben, daß die Angst vor Eingriffen aller Art immer noch groß ist, wenn man wie ich sehr wohl medizinisch versteht, was operiert wird. Aber die Unsicherheit, die zur Angst beiträgt, die darf man, soll man, muß man den Patienten nehmen. Und deshalb hat ein solches Buch dort, wo die Ärzte nicht selbst intensiv um Aufklärung bemüht sind, und das ist leider die Regel, sehr wohl seine Berechtigung.

176 Seiten konzentrierte Information, zum Teil sehr medizinisch, aber mit gut verständlichem Wörterbuch, das Buch führt den Laien durch alle Gebiete der Chirurgie: von Analfistel über Epiduralanästhesie – das sollten die Narkoseärzte mal lesen! – weiter zu Magen-geschwüren (den Chirurgen sei es diesmal ausnahmsweise verziehen, daß sie nicht von Psychosomatik sprechen) bis hin zu Schwangerschaftsabbruch und natürlich dem Wurmfortsatz, an dessen Entfernung so viele Chirurgen so viel Geld verdienen – viele wichtigen Fragen werden beantwortet. Das Buch hilft sicher, den sorgsam gehegten Mythos um die Ereignisse hinter verschlossenen Türen und hinter den OP-Tüchern zu zerstören. Gibt es deshalb so wenige Bücher dieser Art bei uns?

Manchmal ist der „OP-Führer“ zu technisch, manchmal für den Laien zu speziell und vielleicht auch zu kompliziert. Die lesenden Patienten werden das verzeihen. Und, wie der Autor auf dem Umschlag selbst schreibt: „Das Buch ersetzt nicht das Gespräch mit dem Arzt.“ Dem habe ich nichts hinzuzufügen.

psch

**Renate Daimler, Gerd Glaeske, Altern ist keine Krankheit. Ein Ratgeber für die zweite Lebenshälfte, Köln 1988, Verlag Kiepenheuer & Witsch, 165 Seiten**

Die ursprüngliche Absicht der Autoren sah ein Buch über Krankheiten und Arzneimittel im Alter vor. Herausgekommen sind etwa 150 Seiten Text, die in äußerst geraffter Form über verschiedene Probleme des Alt-Seins und des Alt-Werdens in unserer Gesellschaft informieren. Alte Menschen sind in hohem Maße auf die Leistungen des Medizinbetriebes angewiesen, insofern müssen sie sich auch mit seinen vielfach strukturbedingten Funktionsmängeln dort arrangieren, wo Gesundheit nur als ein Nebenprodukt hergestellt wird. So sind alte Menschen die Hauptkonsumenten der zum Teil fragwürdigen Produkte der pharmazeutischen Industrie, deren Werbung Jugend verheißt und Alter ein Makel sein läßt. Nach Ansicht von Daimler/Glaeske lassen sich die Probleme der Gesundheitsversorgung alter Menschen jedoch nicht isoliert betrachten, vielmehr sind sie nur aus dem gesellschaftlichen Umgang mit dem Alter insgesamt zu verstehen.

Die Autoren bemühen sich um eine systematische Darstellungsweise und stellen zunächst einige Bezüge zum allgemeinen soziologischen Problem der menschlichen Altersphase her, wobei sie Ergebnisse der Altersforschung sowie literarische Zeugnisse streifen. Im zweiten, größeren Abschnitt, der auf Bedingungen des Alterns im sozialen Nahbereich eingeht, tritt gleich die Zielsetzung des gesamten Buches in den Vordergrund, möglichst auch praktische Hilfestellungen für den Alltag der Betroffenen zu liefern. So gibt es neben einer kurzen Beschreibung des jeweiligen Problemkomplexes immer auch Hinweise für nützliche individuelle Verhaltensweisen, wenn es zum Beispiel um Fragen des altersgerechten Wohnens, der Isolation im Alter, der Auswahl eines Altenheims, von Ernährung und Sport oder auch der Sexualität geht.

Dies wird fortgesetzt in einem Kapitel „Vom Umgang mit Ärzten und Medikamenten“, wobei pharmakologische Fragen des medizinischen Laienhandelns,

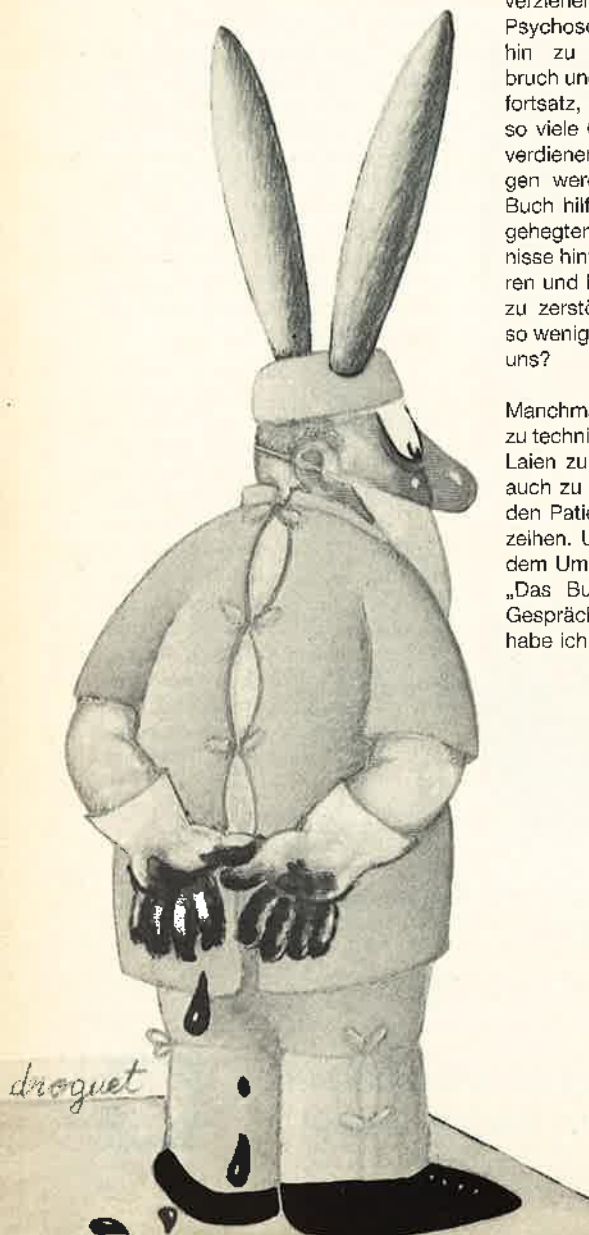
insbesondere der rezeptfreien Selbstmedikation, in erster Linie angesprochen werden. Die meisten Seiten des Buches nimmt die Vorstellung der häufigsten Krankheiten im Alter und deren Behandlung ein. Hier verbinden sich Hinweise zur individuellen Prophylaxe mit solchen zu den angezeigten ärztlichen Verordnungen sowie mit einer breiten Zahl von Warnhinweisen auf pharmakologische Risiken.

Dieses Buch wendet sich an sehr verschiedene Adressaten, entsprechend breit ist der Informationsanspruch: Das Buch will über die gesellschaftlichen Hintergründe im Umgang mit Gesundheitsproblemen alter Menschen aufklären, es will alten Menschen konkrete Hilfen und Lösungsmöglichkeiten zur Bewältigung ihrer persönlichen Lebenssituation aufzeigen, und es beansprucht gleichzeitig, medizinisch exakt auf Fragen der Pharmakotherapie bei alten Menschen einzugehen. Vollständigkeit ist dabei von vornherein unmöglich. Herausgekommen ist eine nützliche Informationsschrift, die einen Überblick auf viele Einzelheiten von gesundheitlichen Fragen alter Menschen ermöglicht.

Es fragt sich allerdings, ob das Buch als Ratgeber für die Betroffenen wirklich in breitem Umfang dienen kann. Es teilt das Dilemma vieler ähnlicher Ratgeber: Die verwirrende Vielfalt von Einzelinformationen macht ohne Fachkenntnisse häufig eine angemessene Beurteilung einer Sachfrage nicht einfach. Viele Ratschläge sind gut gemeint, aber ob sie den Problemlagen im Einzelfall gerecht werden können, läßt sich nur schwerlich beurteilen.

Das Buch ist wichtig, indem es dazu beitragen will, alten Menschen aus ihrer Objektkontrolle im Kontakt mit dem Medizinsystem herauszuhelfen. Der Zweck des Buches ist sicher dann erfüllt, wenn es den Betroffenen ermöglicht, selbstbewußter und kritischer den Angeboten und Anbietern von Gesundheitsleistungen gegenüberzutreten. Ferner haben alle diejenigen, die mit gesundheitlichen Problemen alter Menschen zu tun haben oder sich nur darüber informieren wollen, hier eine Lektüre, die auf leicht lesbare Weise auf viele Alltags-sorgen einer ständig steigenden Zahl von Betroffenen in unserer Gesellschaft aufmerksam macht.

Walter Baumann





**Ulla Müller, Der Krankenpflegeprozeß, Basel 1987. Recom Verlag**

Der Untertitel des Buchs von Ulla Müller lautet „Methode der geplanten individuellen und ganzheitlichen Pflege – Leitfaden für das Krankenpflegepersonal“. Es liegt nunmehr in der dritten überarbeiteten Auflage vor und soll als konkrete Handlungsweisung dem Pflegepersonal ermöglichen, die Methode des Pflegeprozesses zu erlernen.

Als erstes fällt die geradezu luxuriöse Aufmachung und das liebevolle und großzügige Layout auf. So ist jedes Blatt nur einseitig bedruckt, und auf manchen Seiten findet sich nur eine schöne graphische Darstellung und ein paar Zeilen Erklärung dazu. Dies macht das Buch zwar sehr übersichtlich für Leserinnen und Leser, läßt jedoch schon auch leise die Frage nach Papierverschwendung und Verhältnis von Preis und Inhalt aufkommen. Vor allem wird durch die gebundene Buchform der eigentlich zweckmäßigste Einsatz als Arbeitsmittel erschwert

– die einzelnen Übungsblätter könnten als Folien zum Beispiel sicher sehr sinnvoll eingesetzt werden. Die ursprüngliche Form als Ringbuchordner war hier praktischer.

Soviel zum Äußeren. Inhaltlich ist das Buch in drei Abschnitte aufgeteilt:

1. Grundlagen der individuellen Ganzheitspflege (dreieinhalb Seiten Text, vier Seiten Graphik);
  2. Der Krankenpflegeprozeß – eine Methode der individuellen Ganzheitspflege (zwei Seiten Text, eine Seite Graphik);
  3. Der Krankenpflegeprozeß im Ablauf (rund 30 Seiten Text mit Beispielen und Übungen, vier Seiten Graphik).
- Jeder Abschnitt wird durch Vertiefungsfragen abgeschlossen, deren richtige Antworten nochmals kurz begründet werden.

Dem Charakter des Buches entsprechend sind die beiden ersten Abschnitte im theoretischen Anspruch und Niveau auf das absolute Minimum beschränkt. So wird individuelle Ganzheitspflege als Anspruch formuliert, ihr theoretischer Hintergrund jedoch nicht näher erläutert. Dies würde zwar auch

den Rahmen eines Übungsbuchs sprengen, aber wenigstens Verweise auf Hintergrundliteratur oder aber die klare Begründung für das Fehlen dieses Teils wären hier hilfreich. Von V. Hendersons Theorie werden zum Beispiel nur die 14 Grundbedürfnisse unkommentiert abgedruckt.

Der direkte Übungsteil ist klar und übersichtlich gegliedert. Hier könnte leise Kritik geübt werden an manchen, etwas unklaren Formulierungen. So fragt man sich, wie der Begriff „partnerschaftliche Beziehung“ inhaltlich gefüllt wird, meint er wirklich Mitbestimmung oder geht er davon aus, daß der Patient – der kooperative, versteht sich – alles gut findet, was die professionelle Pflegekraft individuell für ihn plant? Schade ist auch, daß viele Zielformulierungen negativ ausgedrückt werden, also daß zum Beispiel der Patient *keine* Pneumonie bekommen soll, statt daß er seine Fähigkeit zur ausreichenden Belüftung der Lunge mit Unterstützung aufrecht erhalten können soll. Das letztere würde konsequenter an den Möglichkeiten des Patienten ansetzen

und damit von Gesunderhaltung ausgehen.

Auch der konkreten Umsetzung in die Praxis mit allen auftretenden Problemen wird relativ wenig Raum gegeben. Hilfen oder Hinweise auf mögliche Reduzierungen des idealtypischen Modells unter Beibehaltung des inhaltlichen Anspruchs wären wichtig, vor allem aber sicher möglich, da die Verfasserin eine große praktische Erfahrung besitzt.

Meiner Meinung nach ist das Buch sehr gut geeignet zum Einsatz in Ausbildungsstätten oder bei innerbetrieblicher Fortbildung zur grundlegenden Einübung des Pflegeprozesses, also eingebettet einerseits in eine theoretische Einführung und andererseits in Praxissupervision und konkrete Aufarbeitung von Beispielen. Allein gekauft, oder ausschließlich benutzt, kann es zwar eine *Methode* erlernbar machen, aber nicht ihre Hintergründe und ihre Auswirkungen. Das ist wohl gemerkt kein Mangel des Leitfadens an sich, denn der hält, was er im Titel verspricht.

Hilde Steppe

**Peter S. Houts, Robert A. Scott, Individuelle Pflegeplanung. Ein Praxisratgeber. Lengerich 1988. Wolfgang Papst Verlag, 68 Seiten**

Neugierig nahm ich das Heft „Individuelle Pflegeplanung“ in die Hand. Außen hellblaue Pappe, innen Hochglanzpapier, 68 Seiten, aus dem Amerikanischen übersetzt von zwei Krankenpflegern, die sich seit längerem mit Pflegeplanung beschäftigen.

Es schließen sich 15 Seiten Werbung einer Firma für Krankenhausorganisation an, Patientendokumentationssysteme, Visitenwagen, Stehpulte werden angeboten. Die deutsche Übersetzung erscheint mit Unterstützung der Firma. Also eine Werbeschrift?!

Wunsch der Übersetzer ist es, eine positive Sichtweise im Umgang mit Patienten zu fördern. Sie empfehlen diese Anleitung „Pflegeplanung“ zum Einsatz in der Alten- und Langzeitpflege. In fünf Abschnitten werden die Einzelschritte der Pflegeplanung, das Erstellen eines Pflegeplans unter Einbeziehung des Patienten, und die

Pflegeplanung bei verhaltensauffälligen Patienten sowie die Umsetzung auf der Station abgehandelt. Beispiele und Übungen sind eingefügt. Comic-Figuren sollen den Text auflockern und unterstützen.

Nach anfänglicher Neugier und mehrmaligem Lesen fühle ich mich mit diesem Heft unwohl. In den ersten Kapiteln entsteht der Eindruck, daß die „individuelle Pflegeplanung“ als Instrument benutzt wird, den Patienten zu bestimmten, vom Pflegepersonal sowieso schon festgelegten Ergebnissen zu lenken; unter positiver Formulierung und unter Einbeziehung des Patienten. Möglicherweise wird Pflegeplanung ja so in Amerika betrieben, inhaltlich ist dies für uns nicht wünschenswert.

Pflegeplanung und ganzheitliche Pflege werden vermischt und verwechselt. Durch die sich anschließende Werbung für Dokumentationssysteme kommt noch ein dritter Begriff hinzu.

Individuelle Pflegeplanung bedeutet, Krankenpflege nach dem Regelkreismodell durchzuführen. Nicht automatisch heißt das auch ganzheitliche Versorgung. Ob ich Patienten funktionell oder ganzheitlich

versorge, ist eine Entscheidung der Arbeitsorganisation. Oder andersherum: Ganzheitlichkeit kommt nicht automatisch mit der Einführung der Pflegeplanung oder dem Kauf eines Pflegegedokumentationssystems, auch wenn die Bestandteile der Pflegeplanung auf den Formularen enthalten sind.

Kollegen, die sich mit diesem Heft die Pflegeplanung näher bringen wollen, werden darauf bedacht sein müssen, klar unterscheiden zu können zwischen den Schritten, die sie als Krankenpflegekräfte tun, um

Pflegeplanung zu erlernen, und der Verfolgung der Schritte, die für den Patienten nötig wären. Wer das nicht kann, ist schon nach kurzer Lesezeit konfus. Eine Vielzahl von Instruktionen bei den Beispielen und Übungen vergrößern nur noch die Verwirrung.

Allermal lobenswert ist die Mühe der Kollegen für die Übersetzung und die Realisation dieses Heftes, ermöglicht es uns doch einen Blick in das amerikanische Krankenpflegeverständnis.

Christina Pötter







## 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 Skroblied (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich Wulff (Hannover).

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1, Tel. 0228/6933 89 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

Anzeigenleitung: Pahl-Rugenstein Verlag, Kristina Steenbock, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (02 21) 36 00 235.

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 Grottenkott (mg), Ethik: Helmut Copak (hc), Frieden: Walter Popp (wp), Gewerkschaften: Norbert Andersch (na), Historisches: Helmut Koch (hk), Peter Liebermann (pl), Internationales: Peter Schröder (ps), Stefan 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. 02 21/36 00 20, 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 Februarheft: 2. Januar 1989

Graphik: Renate Alf, Christian Paulsen

Titelblatt: ud/yn, Paulsen

Layout: Ursula Daalman, Joachim Neuschäfer

Satz und Druck: Druckerei Locher GmbH, Raderberger Str. 218-224, 5000 Köln 51

ISSN: 0932-5425



## Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Das mit dem Layout einer Zeitung ist so eine Sache, nämlich eine Geschmackssache. Der eine schätzt eine ansprechende Aufmachung, die andere liebt es eher trocken und sachlich, der Dritte träumt noch von Zeiten in der Redaktion der Fachschaftszeitung mit den netten Such- und Finde-Bildchen. Nichts gegen Fachschaftszeitungen, vor allem, wo die heute viel besser geworden sind, aber haben Sie nicht auch anderes lieber gelesen? Geschmack ist natürlich auch der Mode unterworfen, und die ändert sich. Wir meinen, daß wir es Ihnen nicht zumuten können, dg noch so zu gestalten wie vor zehn Jahren.

Es gibt daneben ein paar Kriterien für die Aufmachung, die entscheiden, ob ein Blatt oder

ein Artikel wirklich gelesen werden. Das sind solche wie die Textmenge pro Druckseite, der Buchstabentyp, die Buchstabengröße, die Spaltenbreite, der Abstand zwischen den Zeilen (nicht zu groß, nicht zu klein), die Platzierung der Überschrift und der Zwischentexte, der gleichmäßige Lesefluß, um nur einige zu nennen.

Es gibt Zeitschriften, die werden gekauft, weil es „sozial erwünscht“ ist, sie zu besitzen, und das sind oft gerade die kritischen Blätter. Also könnte man meinen, für Zeitungsmacher sei es dann fast schnurz, wie ihr Blatt aufgemacht ist. Aber uns ist es zu wenig, wenn Sie beim Durchblättern denken: „Aha, muß ich mir unbedingt mal zu Gemüte führen“ und wenn das

Heft dann beiseitegelegt wird. . . Wir wollen, daß Sie dg lesen (können) – in der Kaffeepause, zehn Minuten vor den Abendnachrichten, kurz vor dem Zu-Bett-Gehen.

Leider wissen wir nicht genau, ob uns das auch gelingt. Deshalb möchten wir Sie bitten, uns ein paar Fragen zu beantworten. Sie könnten uns sehr helfen, wenn Sie das auf dem Coupon auf dieser Seite tun, ihn ausschneiden und an die dg-Redaktion in der Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1, schicken würden. Vielleicht haben Sie während der Feiertage ja ein bißchen Zeit dazu. Das jedenfalls wünschen wir Ihnen und einen guten Rutsch ins Jahr 1989 dazu

## Ihre dg-Redaktion



An die dg-Redaktion  
Kölnstr. 198  
5300 Bonn 1

Das Titelblatt gefällt mir \_\_\_\_\_

Die „Trends“-Seiten gefallen mir \_\_\_\_\_

Die Aufmachung des Schwerpunkts gefällt mir \_\_\_\_\_

Die Aufmachung der Artikel im Magazinteil gefällt mir \_\_\_\_\_

Insgesamt erscheint mir die Aufmachung \_\_\_\_\_

**AKZENT-Buchhandlung**  
**ADAM KUCKHOFF**  
Annuntiatenbach 1  
**5100 Aachen**  
Tel. 02 41 - 3 61 91

**AKZENT-Buchhandlung**  
**HEINRICH HEINE**  
Feilenstraße 10  
**4800 Bielefeld**  
Tel. 05 21 - 6 35 18

**AKZENT-Buchhandlung**  
**HEINRICH HEINE**  
Brückstraße 18  
**4630 Bochum**  
Tel. 02 34 - 6 70 80

**AKZENT-Buchhandlung**  
Oxfordstraße 17  
**5300 Bonn**  
Tel. 02 28 - 65 84 33

**AKZENT-Buchhandlung**  
**HEINRICH VOGELER**  
Fedelhöfen 14 - 17  
**2800 Bremen 1**  
Tel. 04 21 - 32 33 34

**AKZENT-Buchhandlung**  
**HEINRICH HEINE**  
Lauteschlägerstraße 3  
**6100 Darmstadt**  
Tel. 0 61 51 - 7 52 30

**AKZENT-Buchhandlung**  
Königswall 22  
**4600 Dortmund 1**  
Tel. 02 31 - 14 08 80

**AKZENT-Buchhandlung**  
**HEINRICH HEINE**  
Ackerstraße 3  
**4000 Düsseldorf 1**  
Tel. 02 11 - 35 06 91

**AKZENT-Buchhandlung**  
**BERTOLT BRECHT**  
Philosophenweg 3  
**4100 Duisburg**  
Tel. 02 03 - 2 53 76

**AKZENT-Buchhandlung**  
**KARL LIEBKNECHT**  
Viehofen Platz 15  
**4300 Essen 1**  
Tel. 02 01 - 23 20 14

**AKZENT-Buchhandlung**  
Bornwiesenweg 4  
**6000 Frankfurt/M. 1**  
Tel. 069 - 59 39 89

**AKZENT-Buchhandlung**  
**FRIEDRICH HECKER**  
An der Mehlwaage 2  
**7800 Freiburg**  
Tel. 07 61 - 2 51 36

**AKZENT-Buchhandlung**  
**HEINRICH MANN**  
Johnsallee 67  
**2000 Hamburg 13**  
Tel. 040 - 4 10 45 72

**AKZENT-Buchhandlung**  
Hamburger Allee 37  
**3000 Hannover**  
Tel. 05 11 - 31 39 55

**AKZENT-Buchhandlung**  
Plöck 64 a  
**6900 Heidelberg**  
Tel. 0 62 21 - 126 33

**AKZENT-Buchhandlung**  
am Bebelplatz  
Friedrich-Ebert-Straße 161  
**3500 Kassel**  
Tel. 05 61 - 156 42

**AKZENT-Buchhandlung**  
**KÄTHE KOLLWITZ**  
Ringstraße 59  
**2300 Kiel**  
Tel. 04 31 - 67 82 45

**AKZENT-Buchhandlung**  
**NEUE RHEINISCHE**  
Fleischmengerstraße 31  
**5000 Köln 1**  
Tel. 02 21 - 21 57 70

**AKZENT-Buchhandlung**  
**ANNA SEGHERS**  
Bilbilsdisstraße 15  
**6500 Mainz**  
Tel. 0 61 31 - 22 49 16

**AKZENT-Buchhandlung**  
**KURT TUCHOLSKY**  
T 2,1  
**6800 Mannheim**  
Tel. 06 21 - 15 16 64

**AKZENT-Buchhandlung**  
**WILHELM LIEBKNECHT**  
Wettergasse 19  
**3550 Marburg L.**  
Tel. 0 64 21 - 6 36 62

**AKZENT-Buchhandlung**  
**LIBRESSO**  
Amalienstraße 45  
**8000 München 40**  
Tel. 089 - 28 17 67

**AKZENT-Buchhandlung**  
Roggenmarkt 15 - 16  
**4400 Münster**  
Tel. 02 51 - 4 70 34

**AKZENT-Buchhandlung**  
**LIBRESSO**  
Peter-Vischer-Straße 25  
**8500 Nürnberg 1**  
Tel. 09 11 - 22 50 36

**AKZENT-Buchhandlung**  
Donnerschweerstraße 12  
**2900 Oldenburg**  
Tel. 04 41 - 8 74 49

**AKZENT-Buchhandlung**  
**LENCHEN DEMUTH**  
Berliner Promenade 12  
**6600 Saarbrücken**  
Tel. 06 81 - 3 65 59

**AKZENT-Buchhandlung**  
**FRIEDRICH WOLF**  
Wilhelmsplatz 1  
**7000 Stuttgart 1**  
Tel. 07 11 - 24 65 80

**AKZENT-Buchhandlung**  
**FRIEDRICH ENGELS**  
Gathe 55  
**5600 Wuppertal 1**  
Tel. 02 02 - 45 28 53

Akzente  
für die  
mit uns

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

KARL BOEKER.  
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

# W... ZU BÜCHERN!

Sie finden in jeder Akzent-Buchhandlung „die“ politischen Sachbücher zu allen aktuellen Fragen; Belletristik aus den unterschiedlichsten Ländern der Erde – vor allem aber aus der Sowjetunion und der DDR. Wir haben schöne und ehrliche Bücher für Kinder und einige von uns haben auch Musik „auf der Scheibe“ oder andere gute Sachen, wie zum Beispiel „Geist“ in Flaschen. Frauen und ihre Themen halten bei uns die Balance – die Männer „wiegen“ nicht schwerer.

Besuchen Sie uns – oder schicken Sie uns den Coupon. Sie werden von uns informiert oder beliefert – ganz wie Sie wollen.



Name, Vorname

Anschrift

Wünsche können Sie auch formulieren!  
Ich lege besonderen Wert auf: