

dg

Demokratisches
Gesundheitswesen
Nr. 2 · Februar 1988
Einzelheft 5 Mark
G 2961 E

**Kindesmißhandlung:
Den „Onkel“ abwehren**

**Wie geht das DRK mit
seinen Schwestern um?**

**Atomversuch
im Ländle**



**Strukturreform
im Gesundheitswesen**

Krimi- nelle Energie



Peter Walger
ist Internist
und arbeitet an
der Universi-
tätsklinik Mün-
ster

Fast beiläufig wurde kurz nach Weihnachten der britischen Öffentlichkeit eine Wahrheit offeriert, die sich, was Ausmaß und Brutalität anbelangt, wohl niemand vorzustellen wagte. Auf weitere 20 Jahre Geheimhaltung verzichtend, kürzte die Regierung Thatcher die an sich auf 50 Jahre befristete Sperrfrist ab und gab den Abschlußbericht der Macmillan-Regierung über den Kernreaktorunfall in Windscale im Oktober 1957 zur Veröffentlichung frei. Damals war le-

diglich eine verharmlosende Fälschung dieses Berichts vorgelegt worden.

Was erkrankte Arbeiter und Anwohner, was ihre Angehörigen, kritische Wissenschaftler und Journalisten unter dem Druck einer psychischen und politischen Brandmarkung als Unruhestifter immer wieder behauptet hatten, das kann jetzt schwarz auf weiß nachgelesen werden. Das wahre Ausmaß der nuklearen Brandka-

tastrophe von 1957 wurde 30 Jahre lang systematisch vertuscht. Der bis Tschernobyl schwerste Nuklearunfall in der Geschichte der industriellen Kernenergienutzung hatte demnach weder zum damaligen Zeitpunkt noch später effektive Schutzmaßnahmen für die Bevölkerung zur Folge. Das taktische Kalkül der Macmillan-Regierung, in der nuklearen Konkurrenz zu den USA nicht ins Hintertreffen zu geraten, war das Primat der britischen Atompolitik. Bis heute ist dieses Primat unerschüttert.

Die Veröffentlichung des Abschlußberichts zwei Jahre nach dem Tod von Macmillan kann nicht darüber hinwegtäuschen, daß es konzeptioneller Bestandteil des Umgangs mit einer nicht beherrschbaren Technologie ist, die Gefahren der Atomenergienutzung zu vertuschen. Hierin unterscheiden sich die Briten nicht von den Franzosen und beide nicht von den Bundesdeutschen.

Daß die britische Offenbarung am pathologischen Optimismus der bundesdeut-

schen Verantwortlichen nichts geändert hat, zeigt der im Januar vorgelegte Bericht der Bundesregierung „zur Entsorgung der Kernkraftwerke und anderer kerntechnischer Einrichtungen“ ebenso wie das skandalöse Desaster von Transnuklear mit seinem kriminellen Atommülltourismus. Da wird weiterhin ein „integriertes Entsorgungskonzept“ beschworen, obwohl die beiden wesentlichen Bausteine im erwünschten geschlossenen Atomkreislauf, die Wiederaufarbeitung und die Endlagerung, brüchiger sind denn je. An der Eignung des Gorleberer Salzstocks mehrten sich die Zweifel, die ausgedienten niedersächsischen Bergwerke Asse II und Konrad bei Salzgitter eignen sich definitiv nicht, der Ausbau von Asse II ist zudem gerichtlich gestoppt. Die Zwischenlager quillen über, die Verträge mit den ausländischen Zwischenlagern und Wiederaufbereitungsstätten laufen in absehbarer Zeit aus.

Die Technologie der Wiederaufbereitung ist nach allem, was weltweit, vor allem in La Hague und in Windscale, an Erfahrungen gesammelt wurde, nicht beherrschbar, weder im Normalbetrieb, der eher die Ausnahme darstellt, noch in den ungezählten Störfällen, Leckagen und technischen Defekten.

Die mittlerweile religiös-fanatisch anmutende Verteidigung der Kerntechnologie durch ihre Betreiber läßt so manchen jeglichen ethischen Maßstab verlieren. Da ist zwischen der Vertuschung der Briten, dem Verzicht auf eine Evakuierung, die 1957 nötig gewesen wäre, dem Weiterverkauf von kontaminierter Milch und den Praktiken deutscher und belgischer Manager, Fässer mit falschem Inhalt zu verschieben, Papiere zu fälschen und Schmiergelder zu kassieren oder zu verteilen, prinzipiell kein Unterschied.

Der Legitimationszwang, dem sich Betreiber und Befürworter zunehmend ausgesetzt sehen, stellt eine Quelle krimineller Energie dar, deren ganzes Ausmaß wir sicher immer noch nicht errahnen. Das, was inzwischen an das Licht der Öffentlichkeit gelangt ist, dürfte nur die Spitze eines Eisbergs sein – dessen Tiefe endlich die Bundesstaatsanwaltschaft ausloten müßte.

dg 2/88

dg-report

Von Nobbys Stammtisch
Strukturreform im Gesundheits-
wesen 10

Internationales

British disease – british cure
Krise im britischen Gesundheits-
wesen 16

Medizin mit nichts
Ein Bericht aus Vietnam 28

Umwelt

Atomversuch im Ländle 18

Krankenpflege

's war immer so, 's war immer so
Krankenschwestern durch
DRK-Verträge benachteiligt 24

Frieden

Nötigung
Gespräch mit Sabine Pabel 26

Psychologie

Den „Onkel“ abwehren
Wie kann Mißhandlung von Kindern
verhindert werden 30

Historisches

Geheimbezirke?
Zur engen Zusammenarbeit von SS
und Betriebsärzten 32

Psychiatrie

Endstation
Alltag in der Psychiatrie, Teil III 34

Dokumente

Inhalt dg 1/87 bis 12/87 19

Die Versorgung Pflegebedürftiger
Fortsetzung aus dg 1/88 23

Rubriken

Sie über uns 4
Termine / Kleinanzeigen 8
Buchkritik 36
Comic 38
Wir über uns 39

Dieser Ausgabe ist eine Beilage der
Hilfsaktion Vietnam beigelegt.
Wir bitten um deren Beachtung.

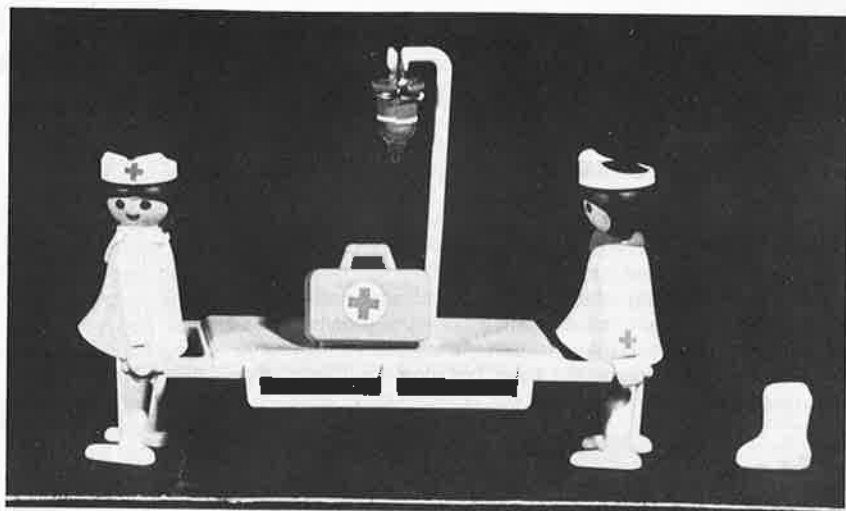


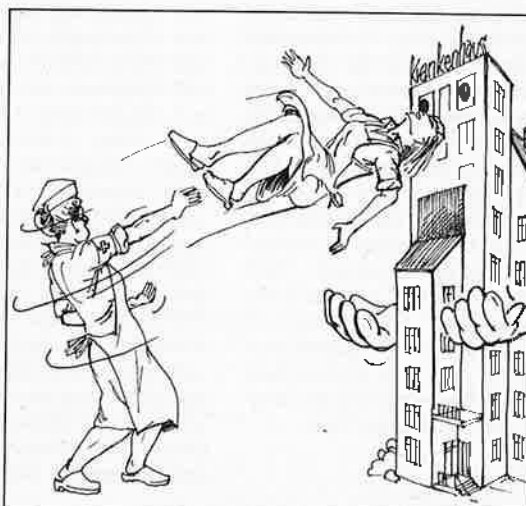
Foto: Menzen

**Keiner mag Nobbys Vorschläge zur Struktur-
reform, aber „ausgewogen“ sind sie deshalb noch
lange nicht. Matthias Albrecht hat sich das
Blümpaket genauer angesehen. Seite 10**



Foto: dpa

**Im britischen Gesund-
heitswesen kriselt es.
Vor allem fehlt ausgebil-
detes Krankenpflege-
personal.
Margret Thatcher macht
ihrem Ruf mal wieder
alle Ehre. Seite 16**



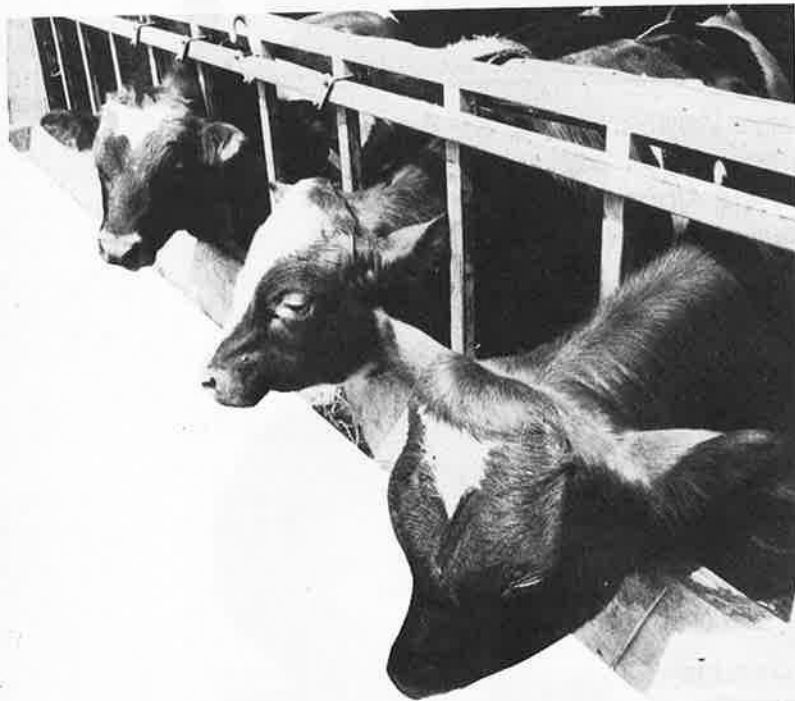
Zeichnung: Paulsen

**Gleiche Arbeit für
weniger Geld und
weniger Rechte.
Gestellungsver-
träge mit dem
Roten Kreuz brin-
gen nichts als Nach-
teile für die Kran-
kenschwestern.
Seite 24**

Feine Informanten

Ein Beitrag des Fernsehmagazins „Monitor“ zur Strukturreform im Gesundheitswesen vom Dezember hat im Bundesinnenministerium Empörung ausgelöst. Jeder Patient werde weiter die medizinisch notwendigen Leistungen in gewohnter Qualität ohne Zuzahlung erhalten. Monitor verbreite „Angst und Haß“, wenn es das Gegenteil behaupte. Zur Unterstützung dieser Aussagen hatte

man das Bundesinnenministerium nach „Erkenntnissen“ über die als Experten aufgetretenen Ärzte befragt. Dessen Aussagen, daß es sich bei dem einen, Winfried Beck, um einen ehemaligen Kandidaten der Friedensliste, bei dem anderen, Burckhard Hahn, um ein ehemaliges Mitglied des aufgelösten Kommunistischen Bundes Westdeutschlands handeln soll, schienen dem Arbeitsministerium Anlaß genug nachzufragen, wie man die „Desinformation“ zurechtrücken wolle.



BBU: Zentrale gegen Umweltdelikte

Der Bundesverband Bürgerinitiativen Umweltschutz (BBU) hat eine Zentralstelle zur Dokumentation von Umweltkriminalität gegründet, mit deren Hilfe man gezielt gegen Umweltdelikte vorgehen will. Die Stelle soll den von Umweltinitiativen gegebenen Hinweisen nachgehen, strafrechtlich relevante Sachverhalte erfassen und an die zuständigen Staatsanwaltschaften weiterleiten. Nach Angaben des geschäftsführenden Vorstandsmitglieds Klaus Kall arbeiten bereits rund 50 Rechtsanwälte auf dem Gebiet von Umweltkriminalität zusammen.

sind von seiner Ausgestaltung ausgeschlossen. Wie der VdÄÄ mitteilte, sei dies das erste Mal gewesen, daß vom Präsidium des Deutschen Ärztetags Aufnahmeanträge abgelehnt worden seien.



Ombudsmann für HIV-Positive gefordert

Die Einsetzung eines Ombudsmanns für Aids in Bonn haben die Teilnehmer eines bundesweiten HIV-Positiven-Treffens in Göttingen Ende des vergangenen Jahres gefordert. An ihn sollen sich Infizierte direkt wenden können, wenn sie diskriminiert, angefeindet oder persönlich verletzt werden.

BUND: Neue Röntgenverordnung veraltet

Die am 1. Januar in Kraft getretene Röntgenverordnung hat der Bund für Umwelt und Naturschutz (BUND) in Bonn kritisiert. Wilhelm von Braunnühl erklärte für den Verein, daß die der Verordnung zugrundeliegenden Wichtungsfaktoren für die Gefährdung einzelner Organe inzwischen veraltet seien. Außerdem würden Krebserkrankungen, die nicht zum Tode führen, in der Röntgenverordnung nicht berücksichtigt. Für Berufstätige im Kontroll- und Überwachungsbereich etwa sei die zulässige Strahlendosis für die weibliche Brustdrüse dreimal höher als bisher, für die Schilddrüse sei sogar eine sechsmal höhere Belastung erlaubt. Selbst die Internationale Strahlenschutzkommission setze die Grenzbelastung deutlich niedriger an.

Leihmutteragentur nur teilweise geschlossen

Die Filiale einer US-amerikanischen Leihmutteragentur muß das von ihr in Frankfurt geöffnete Büro nicht vollständig schließen, da es auch zulässige Geschäfte betreibt. Diese würden allerdings vom Ordnungsamt überwacht, wie die Stadtverwaltung Frankfurt im Januar bekanntgab. Der hessische Verwaltungsgerichtshof hatte der Agentur allerdings verboten, eine Adoptionsvermittlung, auch die von ungeborenen Kindern, zu betreiben. Bundesjustizminister Engelhard (FDP) hat unterdessen eine Verschärfung des Adoptionsvermittlungsgesetzes angekündigt, durch die eine kommerzielle Leihmuttervermittlung als Straftat verfolgt werden solle.

VdÄÄ und IPPNW nicht Mitglied des Ärztetags

Das Präsidium des Deutschen Ärztetages, in dem alle Kammerpräsidenten und die Vorsitzenden der Landesverbände vertreten sind, hat in seiner Sitzung vom 12. Dezember 1987 den Aufnahmeantrag des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ) abgelehnt. Die Aufnahme wurde verweigert, da der VdÄÄ eine ständische Politik ablehne, erklärte deren Vorsitzender, Winfried Beck. Abschlägig beschlossen wurde auf der gleichen Sitzung auch der Aufnahmeantrag der Internationalen Ärzte zur Verhinderung eines Atomkriegs (IPPNW), da sie eine ausschließlich ethische Zielsetzung verfolgten, die ohnehin von allen Ärzteverbänden vertreten werde. Damit haben beide Verbände kein Stimmrecht auf dem Deutschen Ärztetag und

WHO: HIV-Screening gefährlich

Der Direktor des Sonderprogramms Aids der Weltgesundheitsorganisation, Dr. Jonathan Mann, hat vor Gefahren von

Foto: Döhrn



Massenscreenings auf HIV gewarnt. Es sei vielmehr außerordentlich wichtig, daß man aufhöre, einzelne Personen oder Personengruppen zu stigmatisieren, und anfangs zu begreifen, daß Aids das Problem jedes einzelnen sei. In dem Maße, wie HIV-Infizierte von der Gesellschaft ausgeschlossen würden, werde der Rest der Gesellschaft gefährdet. Dies sei deshalb so, weil dann Infizierte gezwungen seien, ihren Virus-Status zu verbergen, da sie ja fürchten müßten, isoliert zu werden. Außerdem würde die Isolation HIV-Positiver diejenigen, deren Verhalten gefährlich sei, noch dazu ermutigen, da sie annehmen könnten, alle Infizierten seien isoliert. Darüber hinaus werde auch niemand mehr freiwillig zu einem Test gehen, da er die Folgen fürchten müsse. Das Signal, das Massenscreenings und Zwangsmaßnahmen aussenden würden, sei deshalb kontraproduktiv im Sinne des Schutzes der öffentlichen Gesundheit, warnte Mann.

Falsche Diagnosen für türkische Patienten

Zweidrittel der türkischen Patienten, die im Modellprojekt „Psychosomatische Probleme türkischer Familien“ in Gießen beraten wurden, kamen mit einer Fehldiagnose, hat der Projektleiter, Professor Michael Wirsching, erklärt. Von 75 Patienten zum Beispiel, die wegen psychosomatischer Leiden überwiesen worden seien, hätten 50 ein organisches Leiden gehabt. 75 andere Personen, die wegen organischer Leiden gekommen seien, hätten organische Erkrankungen aufgewiesen. Die Ursache für die hohe Quote von Fehldiagnosen liege, so die Mitarbeiter des Modellprojekts, zum großen Teil an soziokulturellen Unterschieden zwischen Ärzten und Patienten. Für 1988 fürchtet das Projekt, seine Arbeit nicht fortsetzen zu können, da im hessischen Haushalt für dieses Jahr der Zuschuß des Landes um mehr als Zweidrittel gekürzt worden sei.

Tuberkulose zurückgegangen

Nach Mitteilung des Statistischen Bundesamts in Wiesbaden hat sich die Zahl der Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose 1986 um 1600 oder 9 Prozent gegenüber dem Vorjahr verringert. Insgesamt wurden im Bundesgebiet 1986 aber noch 15 400 Neuerkrankungen bei den Gesundheitsämtern registriert. Die Erkrankungsziffer der ausländischen Bevölkerung lag mit 54 pro 100 000 Einwohnern erheblich über der für die deutsche Bevölkerung (23).

Lebenserwartung weiter angestiegen

Männliche Neugeborene haben heute eine durchschnittliche Lebensdauer von 71,5 Jahren, weibliche leben durchschnittlich 78,1 Jahre lang, wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden mitteilte. Dies bedeute eine Zunahme innerhalb eines Jahres um 0,3 Lebensjahre. Gegenüber den Jahren 1949/51 sei die Lebenserwartung sogar um 6,9 beziehungsweise 9,6 Jahre angestiegen. Frauen hatten damals eine um 3,9 Jahre höhere Lebenserwartung, ein „Vorsprung“, der bis 1978/80 auf 6,7 Jahre anstieg. Seitdem habe sich der Abstand zwischen Männern und Frauen wieder leicht verringert, erklärten die Statistiker.

AiP verkürzt

Die „Arzt-im-Praktikum“-Phase, die ab 1. Juli dieses Jahres für Medizinstudenten Pflicht wird, soll auf ein Jahr verkürzt werden. Dies teilte das Bundesgesundheitsministerium am 19. Januar in Bonn mit. Ursprünglich sollte dieser Teil der Ausbildung 18 Monate, ab 1993 sogar zwei Jahre betragen.

Die Fachkonferenz Medizin in den Vereinigten Deutschen Studentenschaften (VDS) hat in einer Erklärung die Verkürzung des AiP abgelehnt. Statt dessen solle die Bundesregierung den AiP endgültig zurücknehmen und eine grundlegende Reformierung des Medizinstudiums in Angriff nehmen. Es sei den Studierenden nicht zuzumuten, daß sie alle sechs Monate mit neuen abenteuerlichen

Tschernobyl:

Ausschleichend

Nahrungsmittel mit weniger als 10 Becquerel pro Kilo werden als strahlenarm bezeichnet. Nahrungsmittel, die eine Belastung zwischen 10 und 30 Becquerel pro Kilo aufweisen, sind für Schwangere, Stillende und Kleinkinder nicht unbedenklich. Von einem stärkeren Verzehr ist diesen Risikogruppen abzuraten. Nahrungsmittel mit 30 bis 100 Becquerel pro Kilo müssen als stark belastet bezeichnet werden. Für Schwangere, Stillende und Kleinkinder sind sie nicht geeignet, andere Bevölkerungsgruppen sollten den Verzehr dieser Lebensmittel einschränken.

Werte aus Radioaktivitätsmessungen	Gesamt-Cs in Bq/kg
Herkunft	Meßwert / Durchschnitt
Rehfleisch, Polen	409
Wildschwein, Polen	436
Rindfleisch, Norddeutschland	4
Schweinefleisch, Norddeutschland	3
Gouda, Niederlande	<3
Milchzucker, Fa. Edelweiß	<3
Früchtermüsl, Fa. Schneekoppe	
Haltbarkeitsdatum 12/88	34
Clementinen, Sizilien	<3
Birnen, Italien	5
Vollmilch, BRD	<5
Erdnußcreme, Fa. Calvé	<3
Kartoffeln, Türkei	<3
Porree, Türkei	<3
Paprika, Türkei	<3
Wintergemüse, alle Sorten, BRD	<3
Haselnußeis, Fa. Mövenpick	31
Tiefgek. Johannisbeeren,	
Fa. Oerlemanns, Haltb. 9/88	199
Gänsedaunen, Polen	<3

Aktuelle Werte können angefordert werden bei:
Die Verbraucherinitiative, Breite Str. 51, 5300 Bonn 1.

Satzteufel bei der AOK

Den Sprengsatz Nr.1 im Krankenversicherungssystem hat der bayerische AOK-Bundesverband kürzlich gefunden: die Ärzteschwemme, eine neue Spezies aus der Gattung der Porifera, beziehungsweise der Spoggiaria. Die Zuordnung zu letzterer ist wahrscheinlich zutreffend: Die Spongillidae sind im Süßwasser lebende Schwämme. Näheres war der Meldung der AOK-Bayern jedoch nicht zu entnehmen.



Marie Langer gestorben

Die Psychoanalytikerin Marie Langer ist am 22. Dezember im Alter von 77 Jahren an Lungenkrebs gestorben. Marie Langer kämpfte 1936 mit den internationalen Brigaden in Spanien, lebte in Uruguay, Argentinien und Mexiko im Exil. In den letzten Jahren lehrte sie an der Universität von Mexiko-City und beriet die nicaraguanische Regierung beim Aufbau psychiatrischer Tageskliniken, die nach und nach die alten Psychatrien ersetzen sollen.

Foto: dg-Archiv

Gen-tec: Neues Genehmigungsverfahren

Anlagen zum fabrikmäßigen Umgang mit gentechnisch veränderten Mikroorganismen sollen in Zukunft in einem vereinfachten Verwaltungsverfahren ohne öffentliche Beteiligung genehmigt werden. Dies sieht ein vom Bundeskabinett verabschiedeter Entwurf zur Änderung der Vierten Verordnung zur Durchführung des Bundesimmissionsgesetzes vor, der am 18. Januar dem Bundesrat vorgelegt werden soll. Nur wenn erwiesen sei, daß die jeweiligen Mikroorganismen bei Menschen, Tieren und Pflanzen Krankheiten hervorriefen oder die Umwelt gefährdeten, soll nach dem Entwurf des Kabinetts die Öffentlichkeit beteiligt werden. Den Nachweis über die Gefährlichkeit der jeweiligen Mikroorganismen zu führen, ist für betroffene Bürger ohne Einblick in die Genehmigungsunterlagen fast unmöglich, kommentierte das Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“.

Sollte der Entwurf vom Bundesrat verabschiedet werden, wären erhebliche Schwierigkeiten bei der Genehmigung von gentechnischen Produktionsanlagen wie bei der Hoechst AG in Frankfurt beseitigt. Dort hatte es 140 Einsprüche von Bürgern gegen die Genehmigung einer

Östrogen-Gestagen-Verbot gefordert

Die Frauengruppe von „Health Action International“ (HAI) der Niederlande hat das Verbot der Vermarktung von Östrogen-Gestagen-Präparaten zur Behandlung von Menstruationsstörungen gefordert. Diese Mittel seien in nicht-industrialisierten Ländern zur Zeit ohne Verschreibung erhältlich und würden dort neben der Anwendung bei Menstruationsstörungen auch zur Abtreibung oder als Schwangerschaftstest angewandt. Bereits 1981 hatte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen, Östrogen-Gestagen-Präparate nicht als Schwangerschaftstest zu verwenden. Das Mittel sei bei dieser Anwendung unzuverlässig, so HAI-Niederlande, und eine Schädigung des ungeborenen Kindes könne nicht ausgeschlossen werden.

Gegen Menstruationsstörungen solle das Mittel nach Auffassung der Gruppe ebenfalls nicht angewandt werden. Zwar könne Östrogen-Gestagen Blutungen auslösen, die Ursachen der Störung würden jedoch nicht aufgegriffen. Ohne richtige Diagnose könne die Verabreichung die Störung eher verschlimmern.

Unterrichtskräfte: Kein Mangelberuf?

Mit Mehrheitsentscheidung hat sich der Bundestag der Entscheidung des Petitionsausschusses angeschlossen, daß die Unterrichtskraft in der Krankenpflege nicht bundesweit als Mangelberuf anerkannt werden könne. Mit einer entsprechenden Forderung hatte sich die Gewerkschaft ÖTV an den Petitionsausschuß gewandt, um zu erreichen, daß Teilnehmern von Fortbildungen zur Unterrichtskraft generell Unterhaltsgeld nach dem Arbeitsförderungsgesetz (AFG) als Zuschuß ge-

währt wird. Nach der vorliegenden Entscheidung muß nun weiterhin im Einzelfall unter Berücksichtigung zeitlicher und regionaler Aspekte überprüft werden, ob ein Mangelberuf nach der Definition des AFG vorliegt. Dies treffe die Beschäftigten in der Krankenpflege besonders hart, erklärte die ÖTV, da für sie weder staatliche Finanzierungsmöglichkeiten bestünden, noch eine Kostenübernahme für Weiterbildung durch die Krankenhausträger erfolge. Aufgrund der Ergebnisse schon bisher geführter Prozesse in dieser Angelegenheit, so die ÖTV, empfehle sie bei einer Ablehnung der Förderung gegenüber der Arbeitsverwaltung Widerspruch einzulegen und notfalls zu klagen.

Foto: Döhrr



Raucher in der Minderheit

Nach Angaben der Kommission der Europäischen Gemeinschaft sind 63 Prozent der erwachsenen EG-Bürger Nichtraucher, davon 19 Prozent ehemalige Raucher. In der Bundesrepublik, die sich auf der Ländertabelle in der unteren Hälfte bewegt, rauchen immerhin 36 von 100 Personen über 15 Jahren. Jeder sechste raucht täglich mehr als 25 Zigaretten. Den höchsten Anteil von Rauchern an der erwachsenen Bevölkerung haben Dänemark und die Niederlande mit 46 und 44 Prozent, den niedrigsten Irland und Belgien mit 33 und 32 Prozent. In den USA hat die Zahl der Nichtraucher eine neue Rekordhöhe erreicht: Von 1944 bis 1986 schrumpfte ihr Anteil an der erwachsenen Bevölkerung von 41 Prozent auf 26,5 Prozent.

Anlage zur Herstellung von Insulin mit Hilfe genmanipulierter Bakterien gegeben. Die hessischen Behörden wollen frühestens im Februar über die Genehmigung entscheiden. Man warte auf die Stellungnahmen des Unternehmens zu den Einsprüchen, erklärte dazu die Sprecherin des Hessischen Umweltministeriums, Christiane Kohl.

Gesetz gegen Leihmutter-schaft

Noch im Frühjahr 1988 soll nach einem Gesetzesvorhaben des Bundesjustizministeriums die Leihmutter-schaft und das Experimentieren an Embryonen verboten werden. Die Saarländische Gesundheitsministerin, Brunhilde Peter (SPD), hat den Vorschlag von Minister Engelhard in einer Stellungnahme



Brunhilde Peter (SPD), Saarländische Gesundheitsministerin

abgelehnt. Unverantwortlich sei es, so die Ministerin, Leihmutter-schaft zwar generell zu verbieten, in begrenzten Ausnahmefällen jedoch zuzulassen. Sie lehne jede Form der Leihmutter-schaft ab. Ebenso wandle sie sich gegen die mögliche „Verwendung von Embryonen zu Forschungszwecken“, wie es das Vorhaben des Bundesjustizministers vorsehe, denn Forschung an Embryonen sei immer verbrauchende Forschung.

Arzneimittel-zulassung 1986

Im Jahr 1986 sind 764 Medikamente vom Bundesgesundheitsamt neu zugelassen worden. Von diesen enthielten nur 16 neue Wirkstoffe. Dies teilte der Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) mit. Therapeutisch bedeutende Neuerungen seien nur durch zwei dieser Wirkstoffe erbracht worden.

Privatisierung:

Einsichtsfähig?

yn – Das LKH Tiefenbrunn soll privatisiert werden. Es hagelt Proteste.

Im Niedersächsischen Sozialministerium gibt man sich zu-geknöpft. Telefonisch könne man keine Auskunft geben, „da kann man ja bei Adam und Eva anfangen“, man möge eine schriftliche Anfrage einreichen, so äußerte sich die Pressestelle des Ministeriums gegenüber dg. Für Martin Steinberg keine neue Erfahrung: „Zur Zeit sind von dort keine Informationen zu bekommen.“ Martin Steinberg ist Seelsorger am Landeskrankenhaus Tiefenbrunn. Der Grund für die Funkstille aus dem Hause Schnipkoweit: Das Land Niedersachsen will die Klinik privatisieren, wie dg im November berichtete.

Tappten die Beschäftigten über die Absichten des Ministeriums zunächst im Dunkeln, wissen sie mittlerweile mehr. Im Gespräch seien zwei privatwirtschaftliche Träger, Hurler und Marx aus Berlin, berichtet Frau Dr. von Hodenberg, Assistenz-sprecherin in Tiefenbrunn. Nicht einmal eine miese finanzielle Lage kann für diesen Schritt herhalten, wie die Ärztekammer Niedersachsen in einem Schreiben an Minister Schnipkoweit feststellt. „Nach unseren Informationen ist das Krankenhaus unter Berücksichtigung des geltenden Pflegesatzrechtes wirtschaftlich geführt worden und mit angemessenen Pflegesätzen ausgekommen.“ Und Martin Steinberg ergänzt: „Geld verdienen die keins dabei.“ Geplant sei kein Verkauf, sondern ein bloßer Trägerwechsel.

Offensichtlich geht es der Niedersächsischen Landesregierung nur um die Durchsetzung der Privatisierung als politisches Prinzip. Vor dem Landtag erklärte Schnipkoweit, daß nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und unter Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips das Land nicht

zwingend Träger sein müsse. Die Niedersächsische Ärztekammer, sonst Privatisierungs-überlegungen nicht abgeneigt, ist da anderer Ansicht: „Der spezialisierte Versorgungsauftrag kann nur weiterhin vom Land Niedersachsen als Träger sichergestellt werden.“ Die Ärztekammer sehe eine Entwicklung voraus, die bei notwendigerweise profitorientierter privater Trägerschaft den Versorgungsauftrag ändern oder einschränken werde.

Mit dieser Befürchtung steht sie nicht allein. Neben den Beschäftigten des Landeskrankenhauses haben zahlreiche Vertreter der Fachwelt gegen die Pläne der Landesregierung protestiert. Kritikpunkt ist dabei nicht nur die Einschränkung der Versorgungsqualität in der Region. Professor Hoffmann, Sprecher der Konferenz der leitenden Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an den Universitäten der Bundesrepublik Deutschland, befürchtet schwerwiegende Auswirkungen auf die Forschung in diesem Bereich. Es gebe keine private Institution in der Bundesrepublik; erklärte er in seinem Schreiben an den Sozialminister, die auf eine nur annähernde Relevanz in Forschung und Weiterbildung verweisen könne, „und es gibt wenig Hinweise dafür, daß sich eine solche Entwicklung für Institutionen in privater Hand irgendwo abzeichnet.“ Und der Dekan des Fachbereichs Medizin der Georg-August-Universität Göttingen stellt fest: „Ich möchte mit allem Nachdruck darstellen, daß die Privatisierung des Landeskrankenhauses Tiefenbrunn eine erhebliche Beeinträchtigung im negativen Sinne der Studentenausbildung und der Weiterbildung von Ärzten bedeuten würde.“

Darüber hinaus befürchten die Beschäftigten an der Klinik, daß durch die Privatisierung Arbeitsplätze verloren gehen. Daran ändere auch die Zusage eines Vertreters der Landesregierung auf einer Personalversammlung nichts, daß eine Überleitung der zur Zeit Beschäftigten vorgesehen sei, meint dazu die Assistentensprecherin. Außerdem sei nicht gewährleistet, daß nach dem Trägerwechsel Neueinstellungen nach dem BAT vorgenommen würden.

Um ihrem Protest Nachdruck zu verleihen, sind Mitarbeiter aus Tiefenbrunn nach Hannover ins Ministerium gefahren. Mitgenommen hatten sie 4600 Unterschriften, die ihre Forderungen nach Erhalt der Klinik in Landesträgerschaft unterstützen. Ein kleiner Erfolg des öffentlichen Drucks: Man wolle die Pläne noch einmal überdenken, wurde ihnen mitgeteilt. Im Februar sollen sich die Landtagsausschüsse mit der Sache befassen.

„Wir haben Zeit gewonnen“, meint dazu Martin Steinberg, und hofft auf die Einsichtsfähigkeit der Politiker. Sollte die Landesregierung allerdings auf ihren Plänen bestehen, wolle man weiter für öffentlichen Druck sorgen.



Gefahren von Radioaktivität unterschätzt

Die Gefahren von radioaktiver Bestrahlung sind bislang unterschätzt worden. Gesundheitliche Schäden traten schon bei einer deutlich geringeren Belastung als angenommen auf, wie eine kürzlich veröffentlichte Studie an Überlebenden der Atombombenabwürfe in Hiroshima und Nagasaki ergeben hat. Die Studie, die von japanischen und US-amerikanischen Wissenschaftlern erstellt worden ist, weist auf ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko für Leukämie und auf ein um die Hälfte höheres Risiko für andere Krebsarten hin. Eine ausführliche Besprechung der Studie findet sich in dem amerikanischen Wissenschaftsmagazin „Science“ (238, 1649).

Kammerwahl-ergebnisse

Am 18. Dezember 1987 wurde das vorläufige Endergebnis der Wahl zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Bremen/Bremerhaven bekanntgegeben.

Bei den Wahlen erhielt die Liste des Präsidenten der Bremer und der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, nur noch 21 Prozent der Stimmen und damit fünf von 26 Sitzen. Stärkste Gruppierung wurde die Liste 4. Auf ihr hatten erstmals „oppositionelle“ Ärzte aus allen Bereichen des Bremer Gesundheitswesens kandidiert. Sie erreichten mit 685 Stimmen 36 Prozent und erhalten dafür 10 Plätze in der Delegiertenversammlung. Dies ist das bislang beste Ergebnis, das eine oppositionelle Liste in der Bundesrepublik erzielte.

Bei den Wahlen zur Delegiertenversammlung der Hessischen Zahnärztekammer erreichte die „Liste demokratischer Zahnärztinnen und Zahnärzte“ bei ihrer ersten Kandidatur 10,4 Prozent der abgegebenen Stimmen. Damit wurde sie zweitstärkste Fraktion in der Delegiertenversammlung, sie erhielt 5 von 48 Sitzen.

2. 2. Aachen

Diskussion: „Aids – Erreger aus dem Gen-Labor? – Ein wissenschaftliches Streitgespräch“
Kontakt: Initiative „Schützt die demokratischen Rechte“, c/o U. Wennmacher, Oppenhoffallee 45, 5100 Aachen, Tel. (02 41) 50 29 45.

4. – 5. 2. Bremen

Fachkonferenz der Gewerkschaft ÖTV „Pflegerqualität und Personalbedarf“
Kontakt: ÖTV, Bezirk Weser-Ems, Bahnhofplatz 22–28, 2800 Bremen 1.

8. – 12. 2. Essen

Seminar: „Alternative“ Pflege
Kontakt: DBfK, Bildungszentrum Essen, Königgrätzstr. 12, 4300 Essen 1, Tel.: (02 01) 28 55 99.

9. 2. Aachen

Veranstaltung: „Aids – tödliches Virus für die Demokratie“
Kontakt: Initiative „Schützt die demokratischen Rechte“, c/o U. Wennmacher, Oppenhoffallee 45, 5100 Aachen, Tel. (02 41) 50 29 45.

10. 2. Darmstadt

Seminar: „Aids und die sozialen Folgen“
Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung, Elisabethenstift, Stiftstr. 14, 6100 Darmstadt, Tel.: (06 151) 40 33 48.

11. – 13. 2. Osnabrück

Seminar: Zur Situation alter Frauen in der Bundesrepublik
Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück, Tel.: (05 41) 6 08 42 34, 38, 43 – 45.

12. – 14. 2. Unna

Fortbildung zum Thema: Geburtszentren – Standortbestimmung, Austausch und Ansätze für neue Initiativen
Kontakt: Gesellschaft für Geburtsvorbereitung e.V. (GfG), Dellestraße 5, 4000 Düsseldorf 12, Tel. (02 11) 25 26 07.

18. 2. Frankfurt

Kursus: „Pflege im Nationalsozialismus“
Kontakt: Fortbildungszentrum für Berufe in der Altenhilfe (FZBA), Gutleutstraße 169–171, 6000 Frankfurt/Main 1, Tel. (069) 23 50 91/92.

20. 2. Frankfurt

Treffen der gemeinsamen Kampagne gegen die Strukturreform
Kontakt: Interessengemeinschaft Epilepsie Frankfurt e.V., c/o Aaron Epstein, Am Bächelchen 5, 6000 Frankfurt 60, Tel. (06 1 09) 3 56 13.

20. – 24. 2. Köln

Kongreß der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (GwG): „Macht Therapie glücklich?“ – Bewährtes Handeln und neue Herausforderungen in klientenzentrierter Psychotherapie und Beratung
Kontakt: GwG-Geschäftsstelle, Postfach 270 165, 5000 Köln 1, Tel. (02 21) 25 29 17.

21. – 26. 2. Berlin

Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie 1988. Thema: „Psychosoziale Praxis: Widersprüche und Identitäten“
Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (dgvt), Postfach 13 43, 7400 Tübingen, Tel.: (0 70 71) 4 38 01.

22. – 26. 2. Essen

Wochenseminar für Mitarbeiter im Gesundheitswesen: „Türkisch am Krankenbett“
Kontakt: Volkshochschule Essen, z.H. Frau Ziegler, Hollestraße 75, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 88 45 78.

25. – 28. 2. Loccum

Tagung für Ärzte, Seelsorger und Pflegekräfte: Krankheit im Kontext neuer Lebensentwürfe. Anders leben, anders helfen, anders heilen?
Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 8 10.

26. – 27. 2. Münster

Symposium: „Wirkung niedriger Strahlendosen auf den Menschen“
Kontakt: Westfälische Wilhelms-Universität, Institut für Strahlenbiologie, z.H. Frau Westphal, Hittorfstraße 17, 4400 Münster, Tel. (02 51) 83 53 11.

26. – 28. 2. Bad Boll

Psychiatrie-Tagung: „Der psychisch veränderte alte Mensch“. Kontakt: Evangelische Akademie Bad Boll, 7325 Bad Boll, Tel.: (0 71 64) 791.

27. – 28. 2. Tübingen

Mädchen-Informationstage zu den Themen Beruf und Arbeit, Sexualität, Freizeit, Veranstaltungen, Infos, Projektmarkt, Beiträge von Mädchengruppen. **Männer haben keinen Zutritt.**
Kontakt: Initiative zur Mädchenförderung Tübingen, Verein Jugendberufshilfe, Tel.: (0 70 71) 5 27 98.

kleinanzeigen

29. 2.

Iserlohn

Seminar: Sexualität und Tod. Aids als Herausforderung an die Sexualpädagogik
Kontakt: Evangelische Akademie Iserlohn, Berliner Platz 12, 5860 Iserlohn, Tel.: (023 71) 3 52 40, 47.

4. – 6. 3.

Loccum

Tagung: Wasserwirtschaft und Naturhaushalt
Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel.: (057 66) 810.

11. – 13. 3.

Iserlohn

Tagung: Fortpflanzungsmedizin für die Frauen – Frauen für die Fortpflanzungsmedizin?
Kontakt: Evangelische Akademie Iserlohn, Berliner Platz 12, 5860 Iserlohn, Tel.: (023 71) 3 52 40, 47.

11. – 13. 3.

Darmstadt

Seminar: Gesundheitswesen und „Dritte Welt“. Was können wir bieten, was können wir lernen?
Kontakt: Dienste in Übersee, Gerokstr. 17, 7000 Stuttgart 1, Tel.: (07 11) 24 70 81.

14. – 18. 3.

Frankfurt

Seminar: „Pflege und Begleitung Aids-Kranker“
Kontakt: Berufsbildungswerk FZBA, Gutleutstraße 169–171, 6000 Frankfurt/Main 1, Tel. (069) 23 50 91/92.

16. 3.

Frankfurt

Kursus: „Geschichte der Pflege – Beruf oder Berufung?“
Kontakt: Berufsbildungswerk FZBA, Gutleutstraße 169–171, 6000 Frankfurt/Main 1, Tel. (069) 23 50 91/92.

19. 3.

Oldenburg

Ganzjähriger Weiterbildungskurs für Krankenpflegepersonal: „Grundlagen Psychologischer Gesundheitsförderung“
Kontakt: Universität Oldenburg, Postfach 2503, 2900 Oldenburg, Tel. (04 41) 7 98 44 16.

19. – 22. 3.

Bonn

Workshop: Generationen – Das persönliche Leben als Teil der uns allen gemeinsamen Geschichte
Kontakt: Arbeitsgruppe Personenzentrierte Friedensarbeit in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Richard-Wagner-Str. 12, 5000 Köln 1.

23. – 26. 3.

Karlsruhe

5. Internationale Fachausstellung für Rehabilitationshilfen mit Fortbildungskongreß: „Rehab '88“
Kontakt: Interservice Borgmann GmbH, Postfach 748, 4600 Dortmund 1, Tel. (02 31) 12 80 10.

25. – 26. 3.

Bonn

Arbeitstagung „Menschenrechte und Menschenrechtsverletzung in der Psychiatrie“ der DGSP und des Komitees für Grundrechte und Demokratie
Kontakt: Gustav-Stresemann-Institut, Langer-Graben-Weg 67, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 8 10 70.

5. 4.

Frankfurt

Lehrgang: „Leitung einer Station oder Abteilung“ (drei Monate Vollzeitunterricht)
Kontakt: Fortbildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen im Berufsbildungswerk des DGB, Bezirksgeschäftsstelle Südhessen, Gutleutstraße 169–171, 6000 Frankfurt/Main 1, Tel. (069) 23 50 92.

6. – 7. 5.

Konstanz/Bodensee

7. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. Thema: Rückfall und Rückfallprävention
Kontakt: Dr. Hans Watzl, Universität Konstanz, Fachgruppe Psychologie, Postfach 55 60, 7750 Konstanz/Bodensee.

**Preis pro Zeile
(25 Anschläge) 2,50 Mark.**

Einsenden an:

**dg, Kölnstraße 198,
5300 Bonn 1**

Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit e.V. Rottenburg sucht für Therapeutisches Heim (Kinder u. Jugendliche) zum 1. Juni 1988 **KRANKENPFLEGER** mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung und Erfahrungen im Umgang mit psychisch schwerst gestörten Kindern und Jugendlichen.

Aufgaben: Therapeutische Ganztagsbetreuung im Kleinstheim; eigenverantwortliche Einzelbetreuung und Elternarbeit.

Gewünscht wird: Konstante Mitarbeit über mehrere Jahre. Aufgeschlossenheit für psychoanalytisches Denken und Handeln.

Wir bieten: Dreimal wöchentlich psychoanalytische Einzel- und Gruppensupervisionen, BAT-Bezahlung.
Bewerbungen schriftlich bis spätestens 25. 2. 88 an den Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit e.V., Niedernauerstraße 11, 7407 Rottenburg/N.

Praxisgemeinschaft (Innere Medizin, Allgemeinmedizin/ Naturheilverfahren) sucht **Internisten/Internistin oder Allgemeinarzt/Allgemeinarztin**. Tel.: (061 52) 41 03.

Engagierter Chemiker für ABM-Projekt (Umweltschutz – Industrieländer und Dritte Welt) im Großraum Düsseldorf gesucht. BI-Nähe erwünscht. Näheres unter Chiffre 010288, dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1.

Engagierter Mensch mit Umweltschutz-Erfahrung **für Organisation von BI** (Industrieländer/3. Welt) gesucht. Raum Düsseldorf. Ca. DM 2000,- brutto. Bewerbung unter Chiffre 020288 an dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1.

Wir suchen eine/n gesundheitspolitisch interessierte/n Arzthelferin oder -helfer oder Kinderkrankenschwester für Kinderarztpraxis in Gruppenpraxis in Bremen-Nord. Bewerbungen unter Chiffre 030288 an: dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1.

TeamerInnen für Internationale Workcamps gesucht. Für unsere durchschnittlich dreiwöchigen Workcamps in den Sommermonaten 1988 in den Bereichen Ökologie, Frauen, Solidarität, Frieden, Antifaschismus, Soziale Initiativen suchen wir politisch und gruppenpädagogisch interessierte MitarbeiterInnen als TeamerInnen. Wir bezahlen ein Honorar von 200 DM. Die Tätigkeit kann als zehnwöchiges Block-/Pflichtpraktikum für verschiedene Studiengänge anerkannt werden. Zur Vorbereitung auf die Mitarbeit führen wir Vorbereitungsseminare durch: 1. 20. 3.–27. 3. in Ariendorf bei Linz; 2. 17. 4.–22. 4. in Dorweiler bei Koblenz; 3. 10. 5.–15. 5. in Dorweiler bei Koblenz. Anfragen und Anmeldungen bitte an: Service Civil International, Blücherstr. 14, 5300 Bonn 1.

Stelle für Zivildienstarzt, Medizinische Klinik im Raum Südhessen, volle Fortbildungszulassung (130 Betten), gutes Betriebsklima, großzügige Nachtdienstregelung und Beteiligung am Pool, sofort zu besetzen. Kontakt: Ulrike Le-onhart-Braun, Altrheinweg 11, 6086 Riedstadt, Tel. (061 58) 59 59.



Von Nobbys Stammtisch

Strukturreform im Gesundheitswesen

Wie man in den Wald hineinruft, so schallt es heraus: Niemand mag den Vorstellungen zur Strukturreform aus dem Bundesarbeitsministerium etwas abgewinnen. Doch daraus zu schließen, es sei ein richtig „ausgewogenes“ Reformpaket, wäre falsch.

Auf der tiefen gedanklichen Grundlage, daß alle 5000 gerne Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen, hat das Haus Blüm Vorstellungen entwickelt, von denen nichts übrig bleiben wird als Leistungseinschränkungen bei den Versicherten. Wenn Blüm sich durchsetzt, kann er es sogar schaffen, die Gesetzlichen Krankenkassen anzuknacken. Matthias Albrecht hat System in der Sache gefunden

Wenn der 45jährige Reinhold Lengowski, arbeitsloser Metallarbeiter und Vater von zwei Kindern, am Monatsende Kassensturz macht, fängt das Zähneklappern an: Seit drei Jahren ohne Beschäftigung, erhält er zur Zeit Arbeitslosenhilfe von 1250 Mark. Zum Leben zu wenig. Seit Jahren leidet der Dortmunder an einer chronischen Gelenkerkrankung.

„Wir sind entscheidungsfähig, wir klammern nicht aus, wir packen an. Unser Gesundheitssystem gehört zu den besten der Welt. Medizinische Spitzenleistungen, freie Arztwahl, dichte Versorgung. Dabei soll es bleiben. Aber unsere gute, alte Krankenversicherung kann nur erhalten werden, wenn sie reformiert wird. Wer nicht reformiert, der ruiniert“, erklärt Arbeitsminister Norbert Blüm am 3. Dezember in der Tagesschau. Reinhold Lengowski kommentiert: „Zum Kotzen.“ Denn er hat bislang die Vorteile des „besten Gesundheitssystems“

wie kontinuierliche ambulante und stationäre Betreuung, zielgerichtete Rehabilitation seines rheumatischen Leidens und den Schutz des Kranken am Arbeitsplatz nicht kennengelernt. Häufige Krankheiten waren nicht zuletzt der Grund für seine Arbeitslosigkeit.

Zur selben Stunde findet in derselben Stadt in einem Nobelschuppen ein Mittagessen des Regionalkreises Junger Unternehmer statt. Man wollte nicht nur gut speisen, sondern sich auch einen geistigen Nachtschoppen gönnen. Gesundheit ist in Unternehmerkreisen ein Thema – meist unter dem Aspekt der „Lohnnebenkosten“. Für den Gastredner ist alles ganz einfach „Gesund bleiben ist billig. Sie brauchen nur das Rauchen aufzugeben, Alkohol zu meiden, im Straßenverkehr vorsichtig zu sein und sich im Alltag viel zu bewegen“, referiert Professor Hermann Hoffmann, Ärztlicher Direktor des Dortmunder Johannes-Hospitals und Vorsitzender des Verbands der Krankenhaus-Chefärzte, zum Thema „Ko-

stenentwicklung im Gesundheitswesen". Und er fährt fort: „Unser Gesundheitswesen – eine Art Vollkaskoversicherung ohne Risikobeteiligung – führt über kurz oder lang zu einem Kollaps des Systems.“ Bei dieser Prognose muß das soeben Genossene sauer aufstoßen. Doch Hoffmann liefert Natron mit: „Bagatellerkrankungen sollten aus dem System ausgeklammert und vom Patienten selbst getragen werden. Von Schweißfüßen bis zur Ehekrise wird zur Zeit alles von der Solidargemeinschaft getragen, das ist ein unhaltbarer Zustand.“

Über diese klare Diagnose des Experten sind die jungen Unternehmer dann doch erleichtert, und beim abschließenden Dessert ist man sich einig, daß man vom „Anspruchsdenken“ wegkommen müsse. Gemeint ist nicht das Anspruchsdenken der Teilnehmer, sondern das von Reinhold Lengowski zum Beispiel.

Wer solche Ausführungen wie die des Chefs der Chefärzte als Stammtischgerede oder als ideologischen Salat von gestern abtut, verkennet, daß das Stammtischpalaver mittlerweile zur Maxime regierungsamtlicher Sozialpolitik aufgestiegen ist. „Wenn die Solidarität für jedes Angebot in Anspruch genommen wird, degeneriert sie zur Ausbeutung der Bescheidenen und zur Umverteilung von den einfachen Mitbürgern zu den cleveren. Wir wollen weder die Ausbeutung der Bescheidenen noch eine Umverteilung zugunsten der Cleveren“, hatte Arbeitsminister Norbert Blüm zwei halb wahre Halbsätze zu einem ganz wahren Stammtischsatz zusammengebracht.

Wer so weise sein will, braucht Vordenker. Die gibt es nicht nur zu Hauf in Wirtschaftsverbänden und Zeitungen, im Sachverständigenrat der „Fünf Weisen“ und dem der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen. Sie forschen auch an bundesdeutschen Hochschulen. Zwei von ihnen, die Professoren Gitter und Oberender von der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie in Bayreuth und beide Mitglied der Wissenschaftlichen Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“ der Robert-

Bosch-Stiftung, hatten schon im November 1986 zu einer Pressekonferenz geladen. Thema: Entstaatlichung im Gesundheitswesen.

In ihrer „Mängelanalyse“ gingen sie rasch zur Sache: „Aus gesundheits- und sozialpolitischen Gründen wird die individuelle Gesundheitsnachfrage bewußt nicht durch das Preisausschlußprinzip begrenzt. Dadurch wird nicht nur die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen preisenempfindlich und damit eine Freifahrermentalität begünstigt, sondern darüber hinaus besteht für die Versicherten oft ein Anreiz, aufgrund der bezahlten Prämien die Summe der nachgefragten Gesundheitsleistungen zu maximieren.“ Ein „moral hazard“ sei das, ein moralisches Risiko. Aufgrund dieser „Gegebenheiten“ entstehe bei allen Beteiligten ein „Verantwortungsvakuum“, das zu „Rationalitätenfällen“ führe, stellen die Professoren fest, und: „Wegen falscher Anreize entsteht ein Steuerungsdefizit, was sich in einem Circulus virtuosus (Teufelskreis, d. Red.) niederschlägt.“ Also Freifahrer, die zur Maximierung angereizt werden, haben ein erhöhtes Risiko. Dadurch entsteht ein Vakuum, das Fallen stellt, und deshalb fährt der Teufel immer im Kreis, denn die Steuerung hat ja versagt. Herr Verkehrsminister, übernehmen Sie.

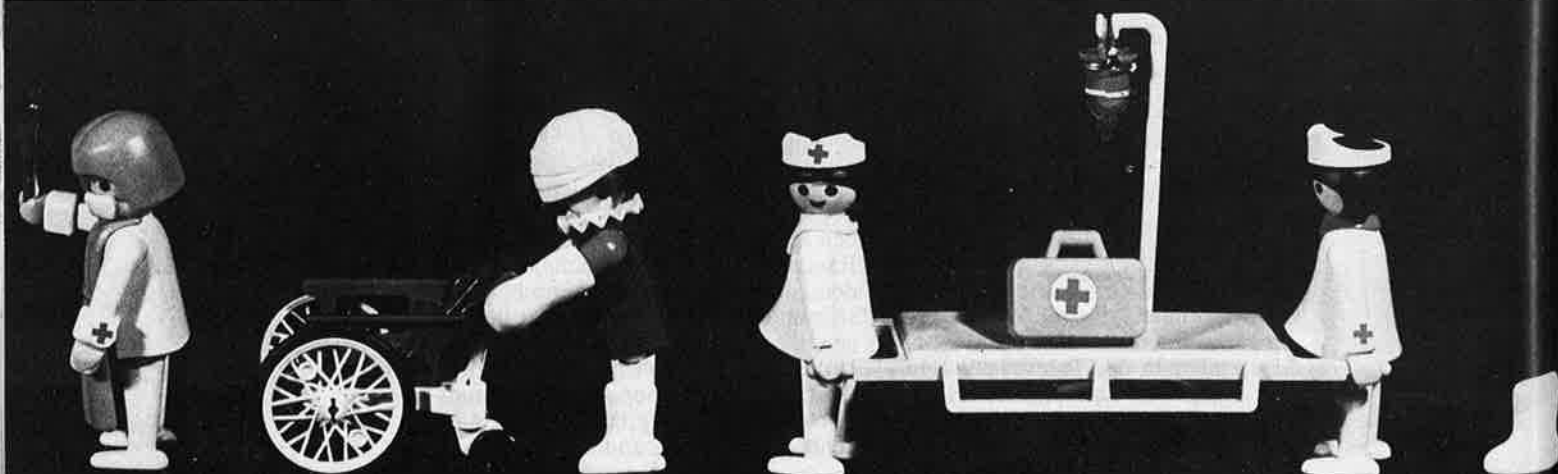
Reinhold Lengowski hat verstanden: „Jetzt weiß ich, warum ich damals so oft zum Arzt gerannt bin und mir hab' Spritzen geben lassen. Da ist wohl meine Nulltarifmentalität mit mir durchgegangen. Ich habe moralisch nicht standgehalten, als meine Gelenkschmerzen immer schlimmer wurden und ich aus der zugigen Produktionshalle nach

mehreren Krankschreibungen versetzt wurde.“ Sein Anspruchsdenken habe auch nicht davor zurückgeschreckt, zwei Operationen an der Hand noch günstig mitzunehmen. Einen Zusammenhang mit steigenden Beitragssätzen habe er nie gesehen, aber jetzt falle es ihm wie Schuppen von den Augen: Voll in die „Rationalitätenfalle“ sei er wegen dieses „moral hazard“ getappt.

Hartmut Reiners hat in seiner Studie „Ordnungspolitik im Gesundheitswesen“ für das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen die Herrschaften mit Hilfe der Urväter der ökonomischen Theorie wie Adam Smith einer ernüchternden Kritik unterzogen. Ihre stets übereinstimmende Forderung nach „Mehr Markt im Gesundheitswesen“, so Reiners, übersehe zwei wesentliche Sachverhalte: „Das Arzt-Patient-Verhältnis ist keine gewöhnliche Produzenten-Konsumenten-Beziehung. Der Konsument hat in der Regel nicht die Möglichkeit, Art, Zeitpunkt und Umfang der in Anspruch zu nehmenden Leistungen selbst zu bestimmen. Krankheit ist ein von den Individuen kaum steuerbares Ereignis, sondern ein allgemeines Lebensrisiko.“ Im Gesundheitswesen fehle die Konsumentensouveränität als eine elementare Voraussetzung für eine funktionierende Marktwirtschaft.

Gleichzeitig zeigt Hartmut Reiners, daß die Null-Tarif-Mentalitäten-Theorie wenig originell ist. Bereits 1982 hatte der konservative Kölner Sozialpolitikprofessor Herder-Dorneich das Beispiel eines Betriebsausflugs bemüht, um die „Rationalitätenfalle“ zu veranschaulichen: Werde der Ausflug durch eine pauschale Umlage finanziert, ver-

Wer das Gerede vom „Anspruchsdenken“ als Salat von gestern abtut, irrt. Stammtischpalaver ist zur Maxime regierungsamtlicher Sozialpolitik aufgestiegen.



Das Blüm-paket

A. Geschätzte Leistungsverkürzungen bei Versicherten

	Summe Mio. Mark
1. Wegfall des Sterbegeldes	1100
2. Zuzahlung beim Zahnersatz (50 Prozent)	2600
3. Einschränkungen Kieferorthopädische Versorgung	270
4. Festbeträge Brillen	700
5. Kontaktlinsen (Aufwand nicht höher als bei Brillen)	75
6. Festbeträge Heilmittel (Massagen)	150
7. Festbeträge Hilfsmittel (Gehhilfen, Rollstuhl)	110
8. Festbeträge Hörgeräte (auf 800 Mark)	170
9. Zuschüsse für Unterbringung und Verpflegung bei Badekuren (50 Prozent)	200
10. Ausschluß unwirtschaftlicher Arzneimittel	300
11. Ausschluß medizinisch nicht notwendiger Heilmittel	25
12. Ausschluß Bagatellhilfsmittel	190
13. Einschränkungen bei Fahrtkosten (Arzt, Krankenhaus, Reha-Klinik)	800
14. Einschränkung Kostenübernahme von Behandlung im Ausland	150
15. Festbeträge bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln	800
16. Übergangsweise Erhöhung der Rezeptgebühr von 2 auf 3 Mark	400

B. Einsparungen bei Apothekern, Pharmaindustrie

1. Umstellung der Kassenrabatte bei den Apotheken	200
2. Umstellung bei den Apothekenpreisen auf Festzuschläge	400
3. 10 prozentige Absenkung der Arzneimittelpreise („Solidarbeitrag“)	1700

C. Einsparungen Krankenhäuser (Bettenabbau, Verweildauerkürzung) (angenommener Einspareffekt ca. 4 Prozent)

1500

D. Mehreinnahmen Krankenversicherung der Rentner

Anpassung des Beitragssatzes der Rentner an den durchschnittlichen Beitragssatz der GKV
(keine Angaben)

E. Einsparungen theoretische Ausbildung und Arbeitsunfälle

1. Streichung theoretische Ausbildungsfinanzierung nach 31. 12. 88	200
2. Unfallversicherung übernimmt Arbeitsunfälle voll	20

F. Angenommener „Struktureffekt“ („Kumulation dynamischer Wirkungen im Bereich ambulante Versorgung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel von ca. 3,5 Prozent)

2000

Quelle: BMAS: Sozialpolitische Informationen v. 8. 12. 1987

halte sich der rational, der doppelt so viel Bier trinke wie die Kollegen. „Jetzt hat er einen großen Nutzen gehabt, die Umlage aber steigt für ihn nur ganz minimal... Wir sehen: Bei Umlagen wird Zurückhaltung im Konsum irrational.“ Na denn, Prost.

Als Bundesarbeitsminister Blüm am 3. Dezember 1987 vor die Presse tritt, um die Ergebnisse des Spitzentreffens von CDU, CSU und FDP zur Strukturreform zu verkünden, lagen schwierige Beratungen hinter ihm. Der Koalitionskommission zur Strukturreform gehörten an: Karl Becker, Arzt und Mittelständler; Norbert Blüm und Rita Sißmuth, Bundesminister; Horst Günther, CDU-Sozialpolitiker; Horst Seehofer, CSU-Sozialpolitiker; Dieter-Julius Cronenberg, sauerländischer Unternehmer, und Dieter Thomae, beide FDP. Rund elf Sitzungen und 80 Stunden Beratung waren erforderlich, um die teilweise schwerwiegenden Differenzen in der Koalition zu bereinigen. Blüms Grundlinie schien klar: „Insgesamt sollen die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung um 14,5 Milliarden Mark gesenkt werden. Die Hälfte dieser Einsparung soll zu einer Beitragssenkung um einen Beitrags-Punkt führen, die andere Hälfte für neue Aufgaben verwendet werden: Unterstützung der häuslichen Pflege, Ausbau der Gesundheitsvorsorge.“

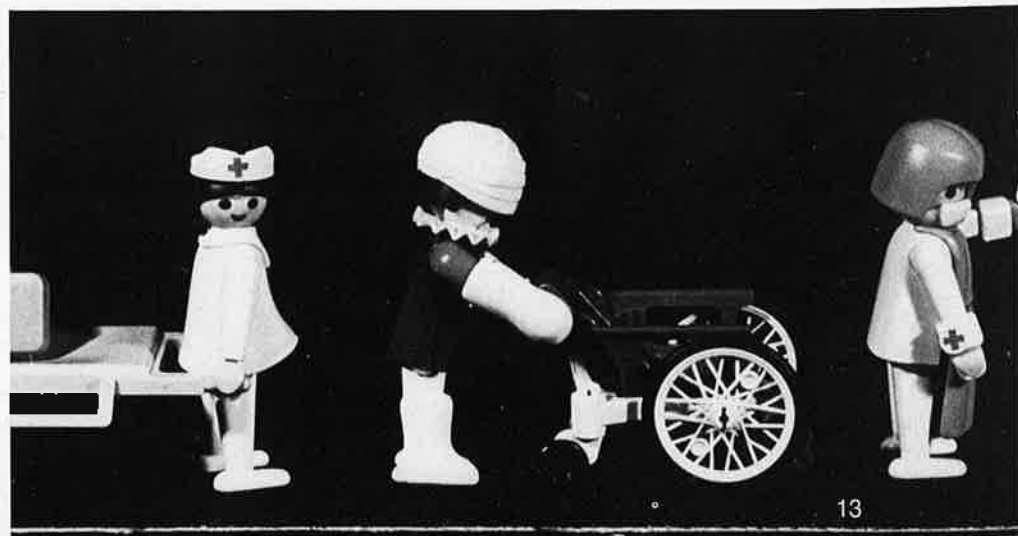
Das Echo auf Nobbys Vorschläge war alles andere als ermutigend: „Halbheiten“ – so lautete der Kommentar der Arbeitgeberverbände. Die Hausmeier der Bundesregierung forderten kurzerhand „Korrekturen“. Sie kritisierten, daß am Sachleistungsprinzip festgehalten werde und die Selbstbeteiligung zu niedrig gehalten sei. „Als einzig positiver Ansatz bleibt die Zurückführung der Kassenleistungen in bestimmten Bereichen auf das medizinisch Notwendige mit Festbeträgen.“ Unverständlich, daß Blüm die Mahnung von Arbeitgeber-Boß Murmann mißachtet hatte, der ultimativ den Übergang vom Sachleistungs- zum Kostenersatzprinzip mit „spürbaren Selbstbeteiligungen“ fordert.

Auch die Kassennärztliche Bundesver-

einigung gab schlechte Haltungsnoten: „Wenig überzeugend“. Drei zentrale Problembereiche sehen die Kassennärzte ungelöst: „Die Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner, der überproportionale Ausgabenzuwachs im Krankenhaus und die Überkapazitäten im Gesundheitswesen.“ Pech, ist man versucht zu rufen. Pech für diejenigen, die jahrelang hartnäckig nach einer Wende in Bonn gerufen hatten.

Beim Kampf gegen die Kostendämpfungspolitik der sozialliberalen Koalition gab es für die Funktionäre der KV noch klare Fronten, denn den Ärzten sollte es ans Portemonnaie. Jetzt wird die Lage schwieriger, und man entdeckt daher noch eine Gruppe von Betroffenen: „sollen wieder einmal Versicherte und Ärzte dafür herhalten.“ Ein Lernerfolg von Mumi? Diesen Eindruck korrigieren der Freie Verband der Zahnärzte und der Hartmannbund in einer gemeinsamen Stellungnahme sofort: „Arzteschaft und Zahnärzteschaft sind darüber enttäuscht, wie sie als Freiberufler und auch als mittelständische Kleinunternehmer politisch gewürdigt werden. Freie Berufe und Mittelstand müssen erleben, daß ihre ordnungspolitische Funktion immer weniger beachtet, ja sogar mißachtet wird.“ So spricht enttäuschte Liebe.

Laut AOK-Bundesverband kommt „hinten“ nicht raus, was man im Hause Blüm verspricht. „Die Schätzungen halten einer ernsthaften Überprüfung nicht stand.“ Der AOK-Bundesverband sieht im Laufe der weiteren Diskussion um das Gesetzgebungsverfahren „die geschätzten Einspareffekte bei den Leistungserbringern dahinschwinden. Die Struktureffekte werden sich nicht einstellen. Was bleibt, sind die Leistungseinschränkungen bei den Versicherten und die neuen Leistungen... Schaut man in die Zukunft, haben die neuen Leistungen jedoch eine expansive Dynamik“, prognostizierte der Vorstandsvorsitzende, Detlef Balzer, vor der Vertreterversammlung in Siegen am 4. Dezember. Daß hauptsächlich die Versicherten für die Strukturreform aufkommen sollen, ist keine böswillige Entstellung. Jeder, der in der Lage ist, Zwei und Zwei zusammenzuzählen, kann es am Finanzierungsvor-



Emmy Becker von der „Frauenselbsthilfe nach Krebs“ schließt sich der Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“ an. Diese Dachorganisation von 53 Verbänden chronisch Kranker und Behinderter protestiert gegen die geplanten neuen Benachteiligungen in der medizinischen und rehabilitativen Versor-

Bei schriftlichem Protest will es die Interessengemeinschaft Epilepsie nicht belassen. „Wir haben uns entschlossen, den Protest gegen diese Pläne in eine gemeinsamen Kampagne zum Ausdruck zu bringen“, erklärt Peter Fischer von der Interessengemeinschaft. Unterstützt werden ihre Aktivitäten durch die Selbsthilfegruppen der Epileptiker aus dem ganzen Bundesgebiet, dem Bundesverband Skoliose, der Deutschen Hämophiliegesellschaft zur Bekämpfung von Blutungskrankheiten und dem Bundesverband Morbus Bechterew. Am 20. Februar will man sich zu einer ersten vorbereitenden Konferenz in Frankfurt treffen. Eingeladen sind auch Vertreter von Gewerkschaften, Kirchen, karitativen Organisationen und Parteien.

Wer sich von der Strukturform Norbert Blüms ein Ende des Wirrwarrs von ungefähr 1200 verschiedenen Krankenkassen – ohne die privaten Krankenversicherungsunternehmen – erhofft hatte, mußte nach den Ankündigungen des Arbeitsministers Hoffnung schöpfen. Am 3. Dezember versprach er noch: „Auch mit der Renovation der Kassennorganisation beginnen wir. Wir schneiden den alten Zopf ab, daß Arbeiter unbedingt pflichtversichert sein müssen. Wir schaffen den Finanzaus-

„Wirksame Instrumente, um aus-
gewogenere Risikostrukturen und Bei-
tragssätze zu gewährleisten“, hatte
auch der AOK-Bundesverband in sei-
nem Positionspapier vom 14. Oktober
1987 gefordert. „Bei einem im wesent-
lichen gleichen Leistungsanspruch aller
Versicherten sowie einem gleichen re-
gionalen Versorgungsangebot sind die
bestehenden Beitragsdifferenzen in der
Region sozialpolitisch nicht zu vertre-
ten.“ Nach Auffassung des AOK-Bun-
desverbands müsse deshalb eine für al-
le Krankenkassen gleiche regionale
Entscheidungsebene eingeführt, glei-
che Bedingungen im Kassenrecht ge-
schaffen sowie ein Kassenarten über-
greifenden Strukturausgleich für sozial
Benachteiligte in Anlehnung der Reg-
lung bei den Rentnern eingerichtet
werden.

In diesen Forderungen wittern die Verbände der Ersatzkassen den Versuch, „für die Ortskrankenkassen als die teuerste Krankenkassenart einen Naturschutzpark“ zu errichten. Die geforderte Regionalisierung der Krankenkassen und der Ausgleich der Risikostrukturen bedeute nichts anderes

Selbsthilfegruppen wollen es nicht beim Protest mit Worten belassen. Geplant ist eine Kampagne gegen die Blümschen Leistungseinschränkungen.



Risiko-Struktur-Analyse der AOK Dortmund

Ohne Finanzausgleich zwischen den Kassen sei eine Beitragsstabilität nicht zu gewährleisten, klagen die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK). Denn keine andere Kasse habe so viele „Risikogruppen“ zu versichern. Doch bislang fehlten die Fakten. Alle Krankenkassen behaupteten, so Wilhelm Vogelsänger, Geschäftsführer der AOK Dortmund, sie hätten Risikoversicherte wie die Ortskrankenkassen auch. Als Argumentationshilfe hat die Dortmunder AOK eine Risiko-Struktur-Analyse ihrer Versicherten erstellt.

Danach sind allein 18 Prozent der Mitglieder arbeitslos, ein Anteil, der noch über der Arbeitslosenquote der Stadt Dortmund, gut 17 Prozent, liegt. Von den ungefähr 37000 Arbeitslosen der Stadt sind allein 11826 bei der AOK versichert. 2,5 Prozent der Mitglieder sind Sozialhilfeempfänger, ein Anteil, der nach Auskunft von Vogelsänger im Jahr 1987 um 50 Prozent gestiegen ist. Die Beiträge für diese Gruppe werden vom Sozialamt bezahlt. Eine gesetzliche Regelung schreibt ihre Mitgliedschaft in der AOK vor. Dies gilt auch für die Gruppe der geistig, körperlich oder seelisch Behinderten nach Paragraph 1,2 SGB.

Überraschend sind an der Analyse weniger die überproportional hohen Aufwendungen für die „Risikogruppen“, sondern vor allem die Konzentration in einer Kasse, die sich aus den Zahlen schließen läßt. Die übrigen am Ort ansässigen Ersatz- und Betriebskrankenkassen haben weder bei den Arbeitslosen noch bei den Sozialhilfeempfängern vergleichbare Belastungen zu tragen. Für die Behauptung, sie hätten ebenso viele Risikoversicherte, sind diese Krankenkassen bislang den Beweis schuldig geblieben. Daß die Veröffentlichung der Analyse zu einer diskriminierenden Diskussion gegenüber bestimmten Gruppen ausgenutzt wird, befürchtet Vogelsänger nicht: „Die Diskussion in dieser Richtung wollen wir nicht noch bereichern.“ Doch auch wenn diese Gefahr besteht, ist die Offenlegung der Versichertenstruktur die einzige Möglichkeit, Klarheit bei der Beurteilung der Belastungen der verschiedenen Krankenkassen zu schaffen.

Aufgrund der wirtschaftlichen Probleme der Region und wegen der geplanten Strukturreform erwartet Wilhelm Vogelsänger eine weitere Verschlechterung der Position der AOK. Abhilfe schaffen kann hier nur der Finanzausgleich innerhalb der AOK und zwischen den verschiedenen Kassenarten.

als die „Anbindung des Gesunden an den Kranken“. Besonders genüsslich wird den Ortskrankenkassen vorgehalten, daß sie es in den eigenen Reihen nicht einmal zu einem bundesweiten Finanzausgleich gebracht haben. Während für die Barmer Ersatzkasse bundesweit der gleiche Tarif gezahlt wird, muß der AOK-Versicherte in Papenburg 16 Prozent, in Dortmund 14,9 Prozent und in Stuttgart 13 Prozent seines Lohns als Beitrag zahlen.

„Mehr Wettbewerb“ möchte die Bundesregierung ebenso wie die wissenschaftlichen Vertreter der Markttheorie zwischen den Kassenarten durchsetzen. Beschränken soll er sich jedoch darauf, daß auch Arbeiter ab einer bestimmten Einkommensgrenze ihre Krankenkasse wählen können. Die Ortskrankenkassen würden dadurch weitere aktive Mitglieder verlieren.

Für Wilhelm Vogelsänger, Geschäftsführer der AOK Dortmund, ist das Verhalten der Politiker, aber auch der Arbeitgeber, völlig unverständlich. Statt Maßnahmen zur Stabilisierung des Beitragssatzes durch einen Finanzausgleich anzustreben, sei man vielen Ungerechtigkeiten und Ungerechtigkeiten zwischen den Kassen noch gar nicht auf der Spur, beklagt sich Vogelsänger. Und dies gelte nicht nur für die völlig unterschiedliche Verteilung von Renten, Arbeitslosen oder Sozialhilfeempfängern auf die Kassen (siehe Kasten).

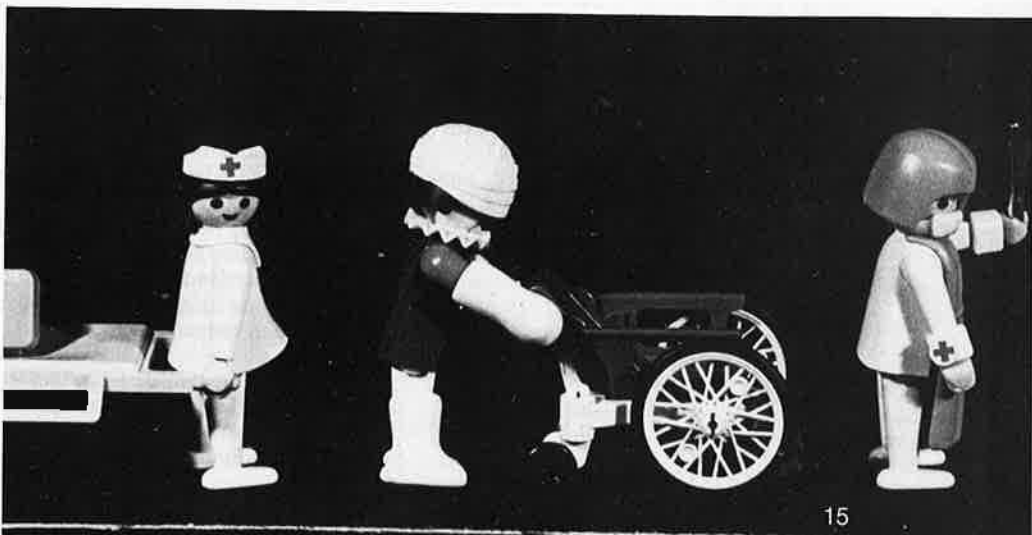
Dazu zählen auch auf den ersten Blick unscheinbare Regelungen wie der Paragraph 520 der Reichsversicherungsordnung (RVO). Ein Beispiel dafür gibt Karl-Heinz Janzen, im Vorstand der IG Metall zuständig für Gesundheitspolitik: „Ein Fabrikarbeiter mit 2400 Mark zahlt bei der für ihn zuständigen AOK bei einem Beitragssatz von 16 Prozent einen monatlichen Beitrag von 192 Mark als Eigenanteil. Seine im Büro der gleichen Firma angestellte Tochter bezahlt bei gleichem Einkommen an ihre Angestellten-Ersatzkasse bei einem Beitragssatz von 11 Prozent nicht etwa ihren hälftigen Anteil von 132 Mark monatlich, sondern nur 72 Mark. Denn der Arbeitgeber steuert aufgrund des Paragraph 520

RVO die Hälfte des Beitrages für die örtliche AOK, also 192 Mark, bei. Seine Tochter spart im Jahr 1440 Mark an Kassenbeiträgen.“ Für Karl-Heinz Janzen ist es deshalb mit etwas mehr Wahlfreiheit für Arbeiter nicht getan. Wahlfreiheit und Finanzausgleich sind für ihn nicht zu trennen.

70000 Angestellte seien in Dortmund auf diese Weise in einer Ersatzkasse versichert, so der dortige AOK-Geschäftsführer Vogelsänger, sie erhielten alle den entsprechenden hälftigen Arbeitgeberanteil des Beitragssatzes der AOK Dortmund. „Wenn diese Differenz der Beiträge zum Beispiel dazu verwandt würde, Risikostrukturen auszugleichen“, meint er gegenüber dg, „hätten wir als AOK damit erheblich weniger Probleme.“

Doch um solche Vorstellungen umzusetzen, müßten vor allem die Gewerkschaften eine einheitliche Linie auch gegenüber den verschiedenen Kassenarten vertreten und nicht das „Gegliederte System der Krankenversicherung als bewährt“ verteidigen. Im Umgang mit den immer dreister vorgebrachten Forderungen von FDP und Arbeitgebervertretern, das Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung ganz oder teilweise aufzugeben, hilft nur Klarheit über den Zustand der Krankenversicherung und die Entwicklung von Alternativen. Die Beitragsrückgewähr, die Blum plant, ist nichts weiter als ein erster Schritt, die gesetzliche Krankenversicherung aufzubrechen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen werden es ihm danken.

Reinhold Lengowski will sich mit seiner Arbeitsloseninitiative an Aktionen gegen die Strukturreform beteiligen. „Früher“, sagt er, „habe ich nicht verstanden, was meine Lohntüte und meine Krankenkassenbeiträge mit meinem Gesundheitszustand zu tun haben. Und mit der großen Politik hatte das für mich gar nichts zu tun. Seit Krupp Rheinhausen platt machen will, sehe ich auch das neu. Unser Kampf für die Erhaltung von Rheinhausen oder Hattingen ist auch wichtig für die Beitragssätze der Kumpels dort und hier am Ort.“ □



British disease – british cure

Krise im britischen Gesundheitswesen

An chronischer Verstopfung leidet die britische Regierung, wenn sie Geld für das Gesundheitswesen abdrücken soll. Es mangelt vor allem an ausgebildetem Krankenpflegepersonal. Das hat fatale Folgen. Jerry Sommer berichtet aus London

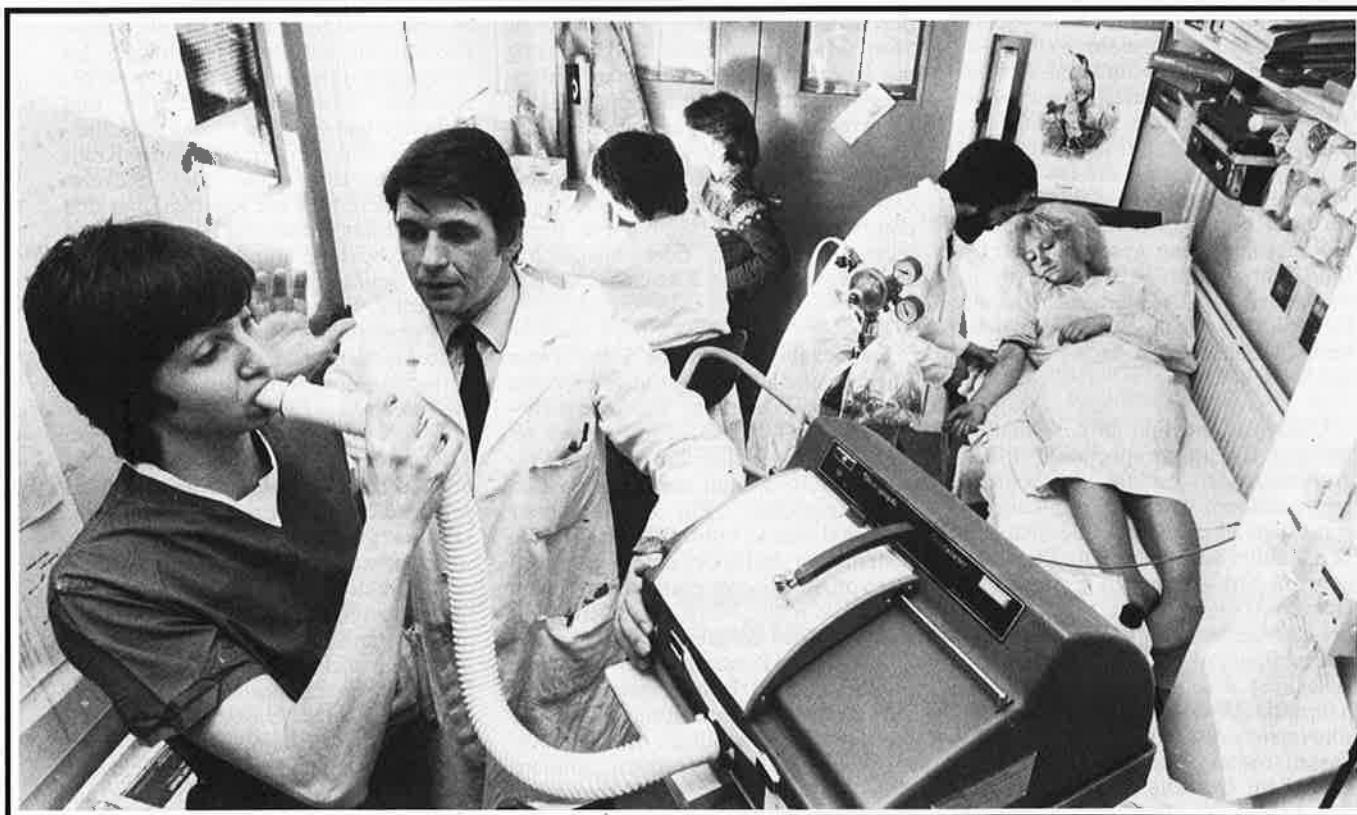


Foto: dpa

Die Allergie-„Zelle“ des Londoner St. Bartholomew's Hospital. Sie wird „Paddy's Market“ genannt, weil sie so sei wie ein schlechter irischer Witz.

Es vergeht kein Abend, an dem das britische Fernsehen in den Nachrichten nicht mit neuen Schreckensmeldungen aus dem Gesundheitswesen aufwartet. Jüngster „Fall“, an dem die ganze Bevölkerung via Mattscheibe und Tageszeitungen Anteil nimmt, ist der des acht Monate alten Matthew Mulhall aus der Provinz Coventry. Seit acht Monaten wartet er auf eine Herzoperation, doch das Kinderkrankenhaus in Birmingham hat diese immer wieder hinausschieben müssen.

Matthews verzweifelte Lage veranlaßte John Hughes, den Labour-Unterhausabgeordneten für Coventry, zu einer außergewöhnlichen Aktion. Bei

der den Parlamentariern vorbehaltenen Messe vor Beginn der diesjährigen Sitzungen des ehrwürdigen britischen Unterhauses unterbrach er mehrmals die Predigt des verdutzten Kaplans durch Zwischenrufe und forderte ihn auf, die Gesundheitspolitik der Regierung Thatcher von seinem Segen auszunehmen. Hughes wurde dafür vom Parlamentspräsidenten mit einem fünftägigen Verbot, das Unterhaus zu betreten, belegt.

Matthew ist kein Einzelfall. Außer ihm warten noch 80 weitere Kinder allein in Birminghams Krankenhaus auf Termine für Herzoperationen. Die Ärzte würden gern mehr Kinder op-

rieren, aber der Mangel an speziell für die Kinderintensivstation ausgebildeten Schwestern läßt das nicht zu.

Ähnlich sieht es in anderen Teilen Großbritanniens aus. In Bristol sind die Ärzte angewiesen, bis zum nächsten April höchstens 90 Herzschrittmacher einzusetzen. Über 40 ursprünglich geplante Operationen müssen verschoben werden, da das Geld dafür fehlt. Insgesamt warten in Großbritannien gegenwärtig ungefähr 750 000 Menschen auf eine Behandlung in Krankenhäusern, zum Teil schon länger als ein Jahr. 50 000 von ihnen gelten als dringende Fälle. In London ist die Warteschlange für Operationen in den letzten fünf Jahren um 22,7 Prozent länger geworden. Zur gleichen Zeit wurden in der Stadt 8000 Krankenhausbetten geschlossen. Im ganzen Land fielen allein im letzten Jahr 3500 Betten den Sparmaßnahmen zum Opfer. Trotzdem erwarten die regionalen Gesundheitsbehörden ein Defizit von über 200 Millionen Mark am Ende des Finanzjahres im April 1988.

Wesentliche Ursache der Misere des Gesundheitswesens ist die chronische Unterfinanzierung durch die Regierung Thatcher. Das nationale Gesundheitswesen, so George Godber, ein ehemaliger Chefarzt, sei „von der Regierung über alle Grenzen hinaus ausgequetscht worden“.

Einst war das britische Gesundheitswesen, dessen Dienste über die Steuern bezahlt werden und für alle Benutzer vollkommen kostenlos sind, ein Aushängeschild Großbritanniens. 1960 gehörte das Land zu den fünf Staaten, die am meisten für ihr Gesundheitswesen ausgaben. Inzwischen ist es hinter den USA, Japan, allen entwickelten Ländern Westeuropas und selbst hinter dem verhältnismäßig armen Irland auf Platz 15 der Rangliste gelandet. Im Unterschied zur Bundesrepublik, wo 8,1 Prozent des Bruttosozialprodukts für das Gesundheitswesen aufgewandt werden, sind es im Vereinigten Königreich nur 5,9 Prozent.

Die Folgen sind mitunter tödlich. Zum ersten Mal seit 16 Jahren stieg jetzt die Rate der Kindersterblichkeit. Während sie in allen anderen europäischen Ländern sank, erhöhte sich in Großbritannien die Anzahl der Kinder, die ihren ersten Geburtstag nicht erleben, von 9,4 im Jahr 1985 auf 9,6 pro Tausend im Jahr 1986.

Trotzdem mag die Regierung nicht von einer Krise des Gesundheitswesens reden. Sie spricht lieber von Problemen, die „Ergebnis der Expansion und des Krankenhausneubaus“ seien. Unermüdlich rechnet Premierministerin

Thatcher Öffentlichkeit und Parlament vor, wie sehr ihre Regierung in den letzten Jahren die Ausgaben für das Gesundheitswesen ausgeweitet habe. Angesichts der offensichtlichen Mißstände klingt das wenig überzeugend.

Anfang Dezember letzten Jahres mischten sich das erste Mal seit Bestehen des nationalen Gesundheitswesens die Präsidenten der drei führenden Ärzdebünde mit einer gemeinsamen Erklärung in die öffentliche Debatte ein. Sie forderten die Regierung auf, mehr Geld zu bewilligen, da das Krankenhauswesen „kurz vor dem Kollaps“ stünde. Entgegen der Erwartung vieler und gegen ihre Gewohnheit gab Thatcher binnen einer Woche nach. Die Regierung bewilligte 300 Millionen Mark zusätzlich für das laufende Haushaltsjahr – nach Meinung der regionalen Gesundheitsbehörden allerdings nicht genug, um einen weiteren Bettenabbau zu verhindern.

Das kranke Gesundheitswesen blieb auch im neuen Jahr in den Schlagzeilen. Zum ersten Mal in der britischen Geschichte streikten, zum Beispiel am 7. Januar, Krankenschwestern in einem Hospital in Manchester für 24 Stunden. Sie protestierten damit gegen Pläne der Regierung, die Überstundenzuschläge für Nacht- und Wochenendschichten zu kürzen. Einigen Krankenschwestern drohten dadurch Lohnneibußen bis zu 500 Mark im Monat. Im Durchschnitt verdienen Krankenschwestern monatlich brutto 1900 Mark. Ein 13. Monatsgehalt oder Urlaubsgeld erhalten sie ebensowenig wie die übrigen Lohnabhängigen in Großbritannien.

Die Sympathie der Öffentlichkeit lag eindeutig auf der Seite der streikenden Schwestern. Bekannt ist, daß ihre Unterbezahlung dazu führt, daß jährlich 30 000 ihren Arbeitsplatz im nationalen Gesundheitswesen aufgeben. 25 bis 40 Prozent aller Arbeitsplätze für Krankenschwestern sind deshalb gegenwärtig unbesetzt. Die Folgen sind durch die Massenmedien genügend bekanntgemacht worden: Schlechtere Behandlung in den Krankenhäusern, längere Wartelisten.

Erneut gab die Thatcher-Regierung nach. Nur eine Woche nach dem Warnstreik zog sie ihre bisherigen Vorschläge zur Bezahlung der Überstunden zurück. Doch bis jetzt hat sie sich nicht in der Lage gesehen, ein schlüssiges Konzept für die Überwindung der Krise des Gesundheitswesens vorzulegen. In einem Ende letzten Jahres vorgelegten „Weißbuch“ sprach sie sich für mehr Wettbewerb zur Steigerung der Effektivität der Krankenhäuser aus. Diese sollten ihre Einnahmen durch Verpach-

tung von Blumen- und anderen Läden auf dem Krankenhausbereich sowie durch den Verkauf von Diensten an Privatkliniken erhöhen und sogar Gewinne erzielen dürfen. Das Finanzproblem dürfte aber damit kaum zu bewältigen sein.

Die vorgesehene Einführung von Gebühren für Augentests und Zahnuntersuchungen ohne Behandlung zeigt ebenfalls, in welche Richtung die Regierung denkt: Die Bevölkerung soll zur Kasse gebeten, das kostenlose, über Steuern finanzierte Gesundheitswesen soll durchlöchert werden. Zwar hat Premierministerin Thatcher bisher eine Privatisierung abgelehnt, doch innerhalb der Konservativen gewinnen diejenigen, die dies befürworten, an Einfluß. Debattiert wird in der Regierung unter anderem über die Einführung von hotelähnlichen Essens- und Übernachtungsgebühren für Krankenhausaufenthalte, die bis zu 75 Mark pro Nacht betragen sollen. Nach einer Umfrage unterstützen 63 Prozent der 135 befragten konservativen Parlamentarier diesen Vorschlag. Die stellvertretende Gesundheitsministerin, Edwina Currie, sprach sich dafür aus, daß alle, die über ein Bruttojahreseinkommen von über 52 000 Mark verfügen, für ihre Gesundheit – zusätzlich zu den Steuern – zahlen sollen. Und der ehemalige Sozialminister und Tory-Hinterbänkler Richard Boysen plädierte für die generelle Auflösung des staatlichen Gesundheitswesens zugunsten privater Krankenversicherungen.

Demgegenüber zeigen Umfragen, daß 86 Prozent der Bevölkerung der Meinung sind, daß mehr Geld aus staatlichen Mitteln für das Gesundheitswesen aufgewandt werden solle, notfalls auch auf Kosten der von den Tories angekündigten Steuersenkung. Wie die Regierung ihre auf Privatisierung abzielenden Vorschläge zu einem Konzept zusammenfassen und der Öffentlichkeit schmackhaft machen kann, scheint sie im Augenblick selbst noch nicht zu wissen. Vorerst möchte sie jedenfalls – das zeigen ihre überraschenden Zugeständnisse – den Brand, den sie mit der Unterfinanzierung des Gesundheitswesens eigenhändig gelegt hat, möglichst klein halten. Ob ihr das auf Dauer angesichts der Dringlichkeit der Probleme und der inzwischen sensibilisierten Öffentlichkeit gelingt, ist fraglich.

In ihrer Neujahrsansprache pries Margret Thatcher, daß das einstmals wegen der „britischen Krankheit“, gemeint war die Streikhäufigkeit, berüchtigte Großbritannien nun ob seiner „britischen Kur“ bewundert werde. Im wörtlichen Sinn kann sie das nicht gemeint haben. □

**Jerry Sommer
ist Journalist
und arbeitet in
London**

Atomversuch im Ländle

Ein delikates Projekt haben sich Wissenschaftler der Universität Tübingen ausgedacht: Sie wollen radioaktiv belasteten Klärschlamm in einem Naturschutzgebiet ausbringen, um das Verhalten der Tschernobyl-Nuklide in freier Natur zu studieren

Ende Juli letzten Jahres tagte im Stuttgarter Wissenschaftsministerium ein Krisenstab. Es ging, laut Protokoll, „um eventuelle Erkenntnislücken und um Forschungsbedarf auf dem Gebiet der Radioökologie“. Tschernobyl hatte nicht nur die Politiker, sondern auch die Wissenschaftler überfordert. Deshalb waren an der Bestandsaufnahme auch Vertreter der baden-württembergischen Universitäten beteiligt. Ergebnis der Runde: 2,2 Millionen Mark für noch konkret zu fassende radioökologische Projekte. Eine halbe Million sicherte sich damals der Tübinger Chemiker Dr. Reinecke für eine neue Ausstattung seines Isotopenlabors.

Gut ein Jahr später, im November 1987, erfuhr die Bevölkerung der schwäbischen Gemeinde Breitenholz, wie die neue Meßstrecke in Reineckes Institut genutzt werden soll: In der Nähe des Ortes, in einem tausend Quadratmeter großen Waldstück im Naturpark Schönbuch, will ein Forscherteam radioaktiven Klärschlamm ausbringen. Die Wanderung der Nuklide im Boden, die Aufnahme von Bodenorganismen und der Eintrag ins Sicker- und Grundwasser sollen dann in Reineckes Labor ausgewertet werden.

Überrascht waren die Wissenschaftler, als sich in der Umgebung des Testgeländes Widerstand regte. Die Breitenholzer Bevölkerung lehnte das Projekt ab. Der Bürgermeister von Amerbuch, Hugo Dieter, alarmierte das Kuratorium des Naturparks: Der Schönbuch sei zu schützen und zu fördern, nicht zu schädigen. Mit 50000 Becquerel pro Quadratmeter wollen die Forscher arbeiten – einer Belastung, wie sie in den am stärksten vom Tschernobyl-Fallout betroffenen Gebieten Baden-Württembergs und Bayerns aufgetreten ist. Darunter, so Reinecke, gehe wegen der Nachweisgrenze nichts.

Radioökologen des Heidelberger Instituts für Energie- und Umweltfor-

schung (IFEU) zweifeln aber auch am vorgegebenen Zweck der Versuche: Zuverlässige Meßergebnisse seien aufgrund der besonderen Bindung der Nuklide im Klärschlamm erst nach vielen Jahren zu erwarten und ließen sich wegen der spezifischen Standortverhältnisse im Schönbuch nicht verallgemeinern. Die entscheidenden Parameter für das Verhalten radioaktiver Stoffe seien ohnehin bekannt. Scharf kritisiert wird auch die ganze Richtung des „Versuchungsprojekts“. Der einzige Zweck, den die Forschungsergebnisse haben könnten, ist nach Auffassung der Böhlinger Grünen „die bessere Verwaltung der nächsten Katastrophe“. Öffentliche Gelder wollen sie lieber für den Ausstieg aus der Atomtechnologie und für die Förderung regenerativer Energiequellen verwendet sehen.

Erbost über den Widerstand meinte der am Projekt beteiligte Geologe Professor Einsle: „Wenn die Leute keine Vorsorgeuntersuchungen haben wollen, wenn die glauben, daß so etwas bei den vielen Atomkraftwerken in den benachbarten Ländern nicht mehr passiert: Gut, dann sollen sie ihren Willen haben.“

Aufgegeben haben die Tübinger Wissenschaftler aber noch nicht: Im Frühjahr wollen sie sich mit einer Informationskampagne an die betroffene Bevölkerung wenden. Bis dahin, so Reinecke, werde man sich den schärfsten Kritikern in Einzelgesprächen widmen. Kopfzerbrechen macht ihm aber auch ein bürokratisches Hindernis: Bei der Vorbereitung des Projekts hatten die Wissenschaftler überschätzt, daß für die vorgesehene „Dünger Menge“ (über hundert Kilogramm pro Quadratmeter) eine Ausnahmegenehmigung nach der Klärschlammverordnung notwendig ist. Damit muß sich demnächst das Tübinger Landratsamt befassen. Auf eine Entscheidung in ihrem Sinne hoffen aber auch die Gegner des Projekts.

Thomas Hallet

Thomas Hallet
ist Redakteur
beim Studentenmagazin
„frontal“



Foto: Linde (4)

Inhalt dg 1/87 bis 12/87

Aids

- 4/87 2 Besserwisser
Kommentar von Norbert Andersch zum Aids-Konzept Essener Mediziner
- 5/87 2 „Höhlenmänner“ adé?
Kommentar von Ursula Daalman zur geforderten Änderung des Sexualverhaltens durch Aids
- 5/87 34 Knapp
Kommentar von Rolf Rosenbrock zur Aids-Diskussion
- 6/87 8 Körperverletzung
Kasten zum Umgang mit Aids in Krankenhäusern
- 6/87 18 Kampfstoff HIV
Theorien zur Entstehung von Aids
- 6/87 26 Aids im Krankenhaus
Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte
- 6/87 30 Zellterrorismus
Aids und Gewalt. Eine Polemik von Hans Jäger
- 7-8/87 24 „Nicht drangsalierten“
Aidsarbeit im Kölner Gesundheitsamt
- 7-8/87 46 Schreckensmeldungen
Aids in Afrika
- 9/87 16 Dschungelkampf
dg-Gespräch mit Heike Wilms-Kegel, Die Grünen
- 10/87 23 Angst vor Aids?
Aids-Prophylaxe im Krankenhaus
- 11/87 28 „Ich habe ihm Pappgeschirr gegeben“
Krankenpflege und Aids
- 11/87 33 Gummi drum!
Aids-Workshop in der SPD-Baracke

Aktuelle Gesundheitspolitik

- 1/87 6 Konzentrierte Aktion:
Erfolgreicher Schlag ins Wasser
Kasten zur Strukturreform der GKV
- 1/87 10 Zu den Akten?
Der öffentliche Gesundheitsdienst
- 1/87 12 „Die Kinder kommen einfach so“
Gespräch mit Annette Schwarzenau, Gesundheitsstadträtin in Berlin-Charlottenburg, über den ÖGD
- 1/87 30 Weiter so?
von Hartmut Reiners
- 2/87 22 Stellungnahme der VDS-Fachtagung Medizin zur 5. Approbationsordnung
- 2/87 24 Kontrovers
Gibt es eine „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen?
- 2/87 28 Kostendämpfung – alternativ gesehen
- 2/87 30 Sparschweine
Neuregelung der Bereitschaftsdienste in Münster
- 3/21 30 IV. Gesundheitstag in Kassel
Diskussionsforum über Gesundheits- und Sozialpolitik
- 3/87 23 Von einem, der auszog, das Fürchten zu lehren
Qualitätskontrolle medizinischer Leistungen

- 3/87 24 Konturen im Nebel
Forderungen der Kassenverbände zur Strukturreform
- 3/87 32 Bilder einer Ausstellung
dg Kunstwettbewerb
- 4/87 2 Besserwisser
Kommentar von Norbert Andersch zum Aids-Konzept Essener Mediziner
- 4/87 19 Vorbeugende Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen
Konzepte und Strategien der wissenschaftlichen und politischen Diskussion
- 4/87 26 Linke Mythen statt rechter Legenden
Anmerkungen zur Kontroverse über die „Kostenexplosion“
- 5/87 16 „Ruhe vor dem Sturm“
Vorbereitung des Gesundheitstags in Kassel
- 5/87 31 Wühltisch
Das Sachverständigengutachten für die Konzentrierte Aktion
- 6/87 8 Körperverletzung
Kasten zum Umgang mit Aids in Krankenhäusern
- 6/87 35 Auf den Zahn gefühlt
Vorschläge des „Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen“
- 7-8/87 12 Mickey-Mouse-Krankenhouse
Amerikanisierung im Gesundheitswesen
- 7-8/87 20 Guter Nachgeschmack
Gesundheitstag in Kassel
- 7-8/87 24 „Nicht drangsalierten“
Aidsarbeit im Kölner Gesundheitsamt
- 7-8/87 28 Privatisierung im Gesundheitswesen
Von Volker Wanek
- 9/87 2 Strukturmix
Kommentar von Peter Kirch zur Strukturreform
- 9/87 16 Dschungelkampf
dg-Gespräch mit Heike Wilms-Kegel, Die Grünen
- 9/87 23 Fehlergutachten
In Duisburg sollen Betten abgebaut werden
- 10/87 19 Für eine soziale und demokratische Strukturreform im Gesundheitswesen
Stellungnahme der DKP
- 10/87 20 Krankenhausfinanzierungsgesetz, Kostendämpfung und Auswirkungen der Krankenhauspolitik
Von David Klemperer
- 10/87 26 „Guter Einstieg“
Neues zur Amerikanisierung des Gesundheitswesens
- 10/87 34 Arbeit und Gesundheit
Dynamische Konzepte nur von Konservativen?
- 11/87 19 Pflegebedürftigkeit in der Bundesrepublik
Daten zur Gesundheits- und Sozialpolitik

- 11/87 21 Was bringt die neue Gebührenordnung für Ärzte?
Eine Kritik von Heinz-Harald Abholz
- 12/87 2 Notstandsprogramm
Kommentar von Ingeborg Simon zur Strukturreform im Gesundheitswesen
- 12/87 7 Generalüberholung
Kasten zum Programm der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände zur Strukturreform
- 12/87 42 Lösungsrausch
Bettenabbau in NRW

Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

- 2/87 6 Immer bereit?
Kasten zu Tarifregelungen für den Bereitschaftsdienst
- 2/87 30 Sparschweine
Neuregelung der Bereitschaftsdienste in Münster
- 5/87 24 Gewerkschaft im Zugzwang
dg-Interview mit Wilfried Kühle
- 5/87 26 Zwiespältig
Manuelle Dokumentationssysteme
- 5/87 28 Kindisch?
Stellenbesetzung in Heidelberg gefordert
- 6/87 13 Krankenpflege: Ein Rentnerjob?
- 6/87 15 Paradiesisch
Zusammenarbeit von Krankenpflegepersonal und Ärzten
- 7-8/87 7 Rolle rückwärts
Urteil des Bundesarbeitsgerichts zum Bereitschaftsdienst
- 7-8/87 8 Dumm?
Kasten über Vorgänge in der Psychiatrischen Landeslinik Riedstadt
- 7-8/87 36 Hemdsärmelig
Datenschutzgesetz in NRW
- 9/87 23 Fehlergutachten
In Duisburg sollen Betten abgebaut werden
- 10/87 23 Angst vor Aids?
Aids-Prophylaxe im Krankenhaus
- 10/87 32 Wisch-Wasch
Bilder aus einer Krankenhauswäscherei

Arbeitsmedizin

- 1/87 17 „Erst nach dem dritten Toten“
Todesfälle bei Sandoz
- 3/87 6 Alles halb so wild
Kasten zum Symposium „Allergien im Beruf“
- 4/87 18 Massengeschehen
WSI-Tagung „Arbeit darf nicht krank machen“
- 4/87 19 Vorbeugende Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen
Konzepte und Strategien der wissenschaftlichen und politischen Diskussion
- 6/87 27 Handlungsbedarf
Tagung „Arbeit darf nicht krank machen“
- 10/87 18 Schicksal?
Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu Berufskrankheiten

- 10/87 34 Arbeit und Gesundheit
Dynamische Konzepte nur von
Konservativen?

Ausbildung

- 2/87 22 Stellungnahme der VDS-Fachta-
gung Medizin zur 5. Approbations-
ordnung
3/87 30 Akzeptabel und unbefriedigend
Tarifergebnisse zum Arzt im Prak-
tikum
6/87 7 Billigärzte
Kasten zum AiP-Tarifvertrag
7-8/87 34 Teufel im Detail
Studentenprotest in Frankreich
9/87 6 Medizin und Mensch
Kasten zum VDS-Studienreform-
Kongreß
9/87 15 Kuckucksei
Marburger Bund und AiP
11/87 32 Resigniert?
Die neuen Medizinstudenten

Datenschutz

- 5/87 26 Zwiespältig
Manuelle Dokumentationssysteme
7-8/87 36 Hemdsärmelig
Datenschutzgesetz in NRW

Demokratie

- 5/87 34 Knapp
Kommentar von Rolf Rosenbrock
zur Aids-Diskussion
6/87 8 Körperverletzung
Kasten zum Umgang mit Aids in
Krankenhäusern
11/87 23 Schleudersitz
Betriebsärztin von der LVA gekün-
digt
11/87 26 Opfer des Staates
Systematische Folter an Kindern in
Südafrika
11/87 34 Fliegenpatsche Landgericht
Bayer AG prozessiert gegen Bayer
Coordination

Ernährung

- 1/87 34 Pommes mit Mayo
Betrachtungen über die Fast-Food-
Gastronomie
1/87 5 Nachgemessen
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
2/87 5 Nachgemessen
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
3/87 7 Lecker Becquerel
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
4/87 5 Bleibende Werte
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
5/87 5 „Alpenmädels“ oder „Bubi“
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
6/87 5 Strahlend
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
7-8/87 5 Strahler '87
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
9/87 7 Weiter strahlend
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln

- 10/87 5 Lecker Becquerel
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
11/87 7 Strahler '87
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
12/87 5 Frohes Fest
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln

Ethik

- 2/87 16 Nukleare Versuchskaninchen
Strahlenexperimente an US-Bür-
gern
5/87 18 Zehn Franken pro Gramm
Handel mit „Curettageabfall“
5/87 19 Ethische Grundlagen psychosozia-
len Tuns
Von Professor Achim Thom
5/87 21 Erklärung von Hawaii/II
Ethische Grundsätze in der Psych-
iatrie
6/87 30 Zellterrorismus
Aids und Gewalt. Eine Polemik von
Hans Jäger
6/87 32 Medizin – Macht – Mythos
6/87 38 Mord von Staats wegen
Todesstrafe in den USA
7-8/87 10 Fremdbestimmt
Kasten zur Reproduktionstechno-
logie
7-8/87 24 Kein neues Sterilisationsgesetz
Appell des Arbeitskreises zur Aufar-
beitung der Geschichte der „Eutha-
nasie“
7-8/87 48 Haltung überdenken
Methadon in der Drogentherapie
9/87 6 Medizin und Mensch
Kasten zum VDS-Studienreform-
Kongreß
9/87 18 Weiterentwicklung durch Me-
thadon?
Drogensymposium in NRW
9/87 19 Sterbehilfe – Tötung auf wessen
Verlangen?
Von Michael Wunder
9/87 28 Zum Kotzen
Pharmakonzern gewinnt Arbeitsge-
richtsprozeß
9/87 33 Kein gutes Ende
Anhörung zur Wiedergutmachung
10/87 16 Drahtseilakt
Hirnlose Kinder als lebende Nieren-
spender benutzt
11/87 2 Ordnungswidrig?
Kommentar von Ulli Raupp zur ge-
planten Eröffnung eines Büros zur
Vermittlung von Leihmüttern
11/87 10 Teufelswerk?
Neue Fertilisationstechniken und
Ethik
12/87 40 Im Dienste der Wissenschaft
Malaria-Versuche in Dachau

Frauen

- 1/87 32 Vater plus Unterleib
Aufklärungsbücher heute
2/87 2 Ein neuer Berufsverband?
Kommentar von Sabine Drube
3/87 26 Gentec: Chance genutzt,
Chance veran?
3/87 34 Lebensfäden
Die Ärztin Else Kienle
5/87 2 „Höhlenmänner“ adé?
Kommentar von Ursula Daalman

- 5/87 7 Stinknormale Männer
Kasten zum Kongreß „Gewalt ge-
gen Frauen“
6/87 10 Mädchen für alles?
Krankenschwestern: Mädchen für
alles?
6/87 36 „Fotografiere doch keine alte Frau!“
7-8/87 10 Fremdbestimmt
Kasten zur Reproduktionstechno-
logie
7-8/87 42 Der Hexenhammer
Vernichtung volkskundlicher Heil-
kunst
10/87 6 Risiko
Kasten zu Perinatalzentren in NRW
10/87 32 Wisch-Wasch
Bilder aus einer Krankenhauswä-
scherei
11/87 10 Teufelswerk?
Neue Fertilisationstechniken

Frieden

- 1/87 24 Erfinderische Zwerge
B-Waffenforschung in Hannover?
1/87 36 IPPNW-Kongreß auf Kuba
2/87 2 Ein neuer Berufsverband?
Kommentar von Sabine Drube zum
Arbeitskreis „Krankenpflege gegen
Krieg“
3/87 18 Pilotprogramm
Wer hat Fortbildung in Katastro-
phenmedizin finanziert?
4/87 28 Stationen in Afrika
5/87 10 Florence Nightingale im Hindu-
kusch
Das Deutsche Afghanistan-Komitee
5/87 29 Kriegskunst und Kostengunst
Die Rahmenrichtlinien für die Ge-
samtverteidigung
6/87 19 Krankenpflege gegen Krieg
Grundlagenpapier
6/87 19 Zivilschutz und Katastrophenschutz
in der Bundesrepublik
6/87 40 „Katastrophenpläne offenlegen“
Tagung „Zivilschutz für Euro-
shima?“
7-8/87 26 Notizen einer Teilnehmerin
Der 7. IPPNW-Weltkongreß in
Moskau
9/87 28 Zum Kotzen
Pharmakonzern gewinnt Arbeitsge-
richtsprozeß
9/87 32 „... immer neue Aufgaben“
IPPNW-Kongreß in Essen
10/87 10 DAVID oder GOLIATH
Wo steht die Friedensbewegung im
Gesundheitswesen?
12/87 31 Ruhig, besonnen, interessiert
7. Kongreß der IPPNW

Gentechnologie

- 1/87 24 Erfinderische Zwerge
B-Waffenforschung in Hannover?
3/87 26 Gentec: Chance genutzt, Chance
veran?
Abschlußbericht der Enquete-Kom-
mission „Gentechnologie“
7-8/87 10 Fremdbestimmt
Kasten zur Reproduktionstechno-
logie
11/87 10 Teufelswerk
Neue Fertilisationstechniken

Gewerkschaft

- 3/87 30 Akzeptabel und unbefriedigend
Tarifergebnisse zum Arzt im Prak-
tikum

- 4/87 16 „Nicht alles kaputt machen“
Gespräch mit Alfred Schmidt und
Erich Standfest vom DGB-Bundes-
vorstand
- 4/87 18 Massengeschehen
WSI-Tagung „Arbeit darf nicht krank
machen“
- 4/87 36 Einsteiger
Psychiatriekonferenz der ÖTV
- 5/87 24 Gewerkschaft im Zugzwang
dg-Interview mit Wilfried Kühle
- 6/87 27 Handlungsbedarf
Tagung „Arbeit darf nicht krank ma-
chen“
- 9/87 2 Strukturmix
Kommentar von Peter Kirch zur
Strukturreform
- 11/87 30 Nix als Arbeit
Kundgebung zur 35-Stunden-
Woche
- 12/87 2 Notstandsprogramm
Kommentar von Ingeborg Simon
zur Strukturreform im Gesundheits-
wesen

Historisches

- 2/87 28 Kostendämpfung – alternativ ge-
sehen
- 3/87 34 Lebensfäden
Die Ärztin Else Kientle
- 4/87 23 Memoiren eines älteren Herrn
„Euthanasie“-Prozeß in Frankfurt
- 4/87 34 Der Fall Gottfried Benn
Politiker, Dichter, Arzt
- 6/87 2 Vilmar's Interview
Kommentar von Walter Wutke zur
„Vergangenheitsbewältigung“ von
K. Vilmar im Deutschen Ärzteblatt
- 7-8/87 24 Kein neues Sterilisationsgesetz
Appell des Arbeitskreises zur Aufar-
beitung der Geschichte der „Eutha-
nasie“
- 7-8/87 38 Kein Schlußstrich
Zum Frankfurter „Euthanasie“-
Prozeß
- 7-8/87 42 Der Hexenhammer
Vernichtung volkskundlicher Heil-
kunst
- 9/87 19 Sterbehilfe – Tötung auf wessen
Verlangen?
Von Michael Wunder
- 9/87 24 Reise wider das Vergessen
- 9/87 33 Kein gutes Ende
Anhörung zur Wiedergutmachung
- 12/87 40 Im Dienste der Wissenschaft
Malaria-Versuche in Dachau

Internationales

- 1/87 28 Es ist ein Wahnsinn
Gespräch mit der nicaraguanischen
Krankenschwester Zoraida Torrez
Chavarria
- 1/87 36 IPPNW-Kongreß auf Kuba
- 2/87 18 „Manchmal weiß ich nicht, wie die
das schaffen“
Gespräch mit Klaas Jakobs
- 3/87 10 Gesundheit oder Apartheid
Medizinische Versorgung in Süd-
afrika
- 4/87 6 Weißkittel und Kraineger
Kasten zum Zahnärztekongreß in
Südafrika
- 4/87 7 Rettet die Palästinenser
Kasten zur Situation in den Flücht-
lingslagern

- 4/87 13 ... andere Faktoren fehlen“
Mißbildungen bei türkischen Kin-
dern nach Tschernobyl
- 4/87 24 „Möge die Geschichte von unserem
Tod berichten“
Appell aus dem Palästinenserlager
Schatila
- 4/87 28 Stationen in Afrika
- 5/87 10 Florence Nightingale im Hindu-
kusch
Das Deutsche Afghanistan-Komitee
- 6/87 16 „Niemand isoliert“
dg-Gespräch mit Jorge Lopez
Suazo
- 6/87 38 Mord von Staats wegen
Todesstrafe in den USA
- 7-8/87 12 Mickey-Mouse-Krankenhouse
Amerikanisierung im Gesundheits-
wesen
- 7-8/87 26 Notizen einer Teilnehmerin
Der 7. IPPNW-Weltkongreß in
Moskau
- 7-8/87 34 Teufel im Detail
Studentenprotest in Frankreich
- 7-8/87 46 Schreckensmeldungen
Aids in Afrika
- 9/87 26 „Aber wir kommen vorwärts“
dg-Gespräch mit dem palästinensi-
schen Arzt M. Jadallah
- 10/87 28 „Die beste Kur ist ein anständiges
Begräbnis“
Gesundheitspolitik unter Corazon
Aquino
- 11/87 26 Opfer des Staates
Systematische Folter an Kindern in
Südafrika
- 12/87 6 Aufruf zur Gründung eines Vereins
Ärztinnen und Ärzte gegen Apart-
heid
- 12/87 14 „Eine Welt von Abhängigkeiten“
dg-Gespräch mit Dr. Zafullah
Chowdurhy
- 12/87 16 „Eine weitere Havarie ist schier un-
tragbar“
dg-Interview mit Professor Valeri
Legassow, Leiter der Tschernobyl-
Untersuchungskommission
- 12/87 32 „Sie haben nichts gesehen“
dg-Gespräch mit Ärzten aus Süd-
afrika

Krankenpflege

- 1/87 28 „Es ist ein Wahnsinn“
Gespräch mit der nicaraguanischen
Krankenschwester Zoraida Torrez
Chavarria
- 2/87 2 Ein neuer Berufsverband?
Kommentar von Sabine Drube zum
Arbeitskreis „Krankenpflege gegen
Krieg“
- 2/87 18 „Manchmal weiß ich nicht, wie die
das schaffen“
Gespräch mit Klaas Jakobs
- 5/87 26 Zwiespältig
Manuelle Dokumentationssysteme
- 5/87 28 Kindisch?
Stellenbesetzung in Heidelberg ge-
fordert
- 6/87 10 Krankenschwestern: Mädchen für
alles?
- 6/87 13 Krankenpflege: Ein Rentnerjob?
- 6/87 15 Paradiesisch
Zusammenarbeit von Krankenpfle-
gepersonal und Ärzten
- 6/87 19 Krankenpflege gegen Krieg
Grundlagenpapier

- 7-8/87 39 „Wir müssen uns alles erkämpfen“
Thomas – ein Fall für individuelle
Schwerstbehindertenbetreuung
- 7-8/87 40 Kinder brauchen Zeit
Fotos von der Kinderchirurgie
- 11/87 19 Pflegebedürftigkeit in der Bundes-
republik
Daten zur Gesundheits- und Sozial-
politik
- 11/87 24 Schattendasein
Sozialstationen im Test
- 11/87 28 „Ich habe ihm Pappgeschirr ge-
geben“
Krankenpflege und Aids

Kultur

- 1/87 27 Grimmige Märchen
Cartoons von Heinz Langer
- 3/87 32 Bilder einer Ausstellung
dg-Kunstwettbewerb
- 4/87 34 Der Fall Gottfried Benn
Politiker, Dichter, Arzt
- 10/87 24 Krankheit als Chance?
Der Bildhauer Rainer Hagl
- 10/87 32 Wisch-Wasch
Bilder aus einer Krankenhauswä-
scherei

Patientenversorgung

- 1/87 2 Abtaß-Handel
Kommentar v. U. Menges zur Spen-
densammelaktion des „Stern“ für
krebskranke Kinder
- 1/87 12 „Die Kinder kommen einfach so“
Gespräch mit Annette Schwarze-
nau, Gesundheitsstadträtin in Ber-
lin-Charlottenburg, über den ÖGD
- 1/87 18 Sieben Siegel
Türkisch am Krankenbett
- 5/87 23 Braune Brühe in Bad Breisig
Arsenhaltiges Wasser im Ther-
malbad
- 6/87 26 Aids im Krankenhaus
Empfehlungen für Ärztinnen und
Ärzte
- 6/87 36 „Fotografiere doch keine alte Frau“
- 7-8/87 2 Sommerloch
Kommentar von Helmut Copak zur
gesundheitlichen Betreuung von
Ausländern
- 7-8/87 8 Dumm?
Kasten über Vorgänge in der Psych-
iatrischen Landesklm Riedstadt
- 7-8/87 32 Handtuchabstand vorgeschrieben
Vom Mythos der Selbsthilfe
- 7-8/87 39 „Wir müssen uns alles erkämpfen“
Thomas – ein Fall für individuelle
Schwerstbehindertenbetreuung
- 7-8/87 40 Kinder brauchen Zeit
Fotos von der Kinderchirurgie
- 7-8/87 48 Haltung überdenken
Methadon in der Drogentherapie
- 9/87 18 Weiterentwicklung durch Me-
thadon?
- 9/87 23 Drogensymposium in NRW
Fehlertutachten
In Duisburg sollen Betten abgebaut
werden
- 9/87 34 Krankheit als Botschaft
Jean Carpentier und die École de
Dispersé de Santé
- 10/87 2 Frischzellen in den Müll
Kommentar von Felix Richter-Hebel
zum Verbot der Frischzellen durch
das BGA

- 10/87 6 Risiko
Kasten zu Perinatalzentren in NRW
- 10/87 30 Schmerz, laß nach
5. internationaler Schmerzkongreß
- 11/87 24 Schattendasein
Sozialstationen im Test
- 12/87 36 Endstation
Alltag auf einer psychiatrischen Station
- 12/87 38 „Wir geben ihnen Sicherheit“
Kölner Caritas betreut Folteropfer

Pharma

- 1/87 17 „Erst nach dem dritten Toten“
Todesfälle bei Sandoz
- 2/87 27 Alival und kein Ende
Von Ulrich Moebius
- 2/87 34 Allen wohl, keinem weh
- 5/87 8 Nachrichten von morgen
Das „thomae telex“
- 5/87 32 Medikante: Gebrauch und Mißbrauch
- 7-8/87 45 Am „Puls der Zeit“
Ärztefortbildung per Video
- 7-8/87 49 Mit Speck fängt man Mäuse
Pharmageschenke für Ärzte
- 9/87 28 Zum Kotzen
Pharmakonzern gewinnt Arbeitsgerichtsprozeß
- 9/87 30 „... dann sind wir auf einem ungu-
ten Wege“
Bayer-Hauptversammlung
- 11/87 34 Fliegenpatsche Landgericht
Bayer AG prozessiert gegen Bayer-
Coordination
- 12/87 10 Viele, viele bunte Smarties
Pharmapolitik – Lernen von der
Dritten Welt?
- 12/87 14 „Eine Welt von Abhängigkeiten“
dg-Gespräch mit Dr. Zafrullah
Chowdurly

Psychiatrie

- 4/87 36 Einsteiger
Psychiatriekonferenz der ÖTV
- 5/87 19 Ethische Grundlagen psychosozia-
len Tuns
Von Professor Achim Thom
- 5/87 21 Erklärung von Hawaii/II
Ethische Grundsätze in der
Psychiatrie
- 7-8/87 8 Dumm?
Kasten über Vorgänge in der Psych-
iatrischen Landesklinik Riedstadt
- 12/87 36 Endstation
Alltag auf einer psychiatrischen Sta-
tion

Satire

- 1/87 27 Grimmige Märchen
Cartoons von Heinz Langer
- 2/87 28 Kostendämpfung – alternativ ge-
sehen
- 4/87 30 Die Waldsterbenlüge
- 7-8/87 50 „Zerflattern wie Blüten im Winde“
Radfahren und Geburtenrückgang

Sexualität

- 1/87 32 Vater plus Unterleib
Aufklärungsbücher heute
- 2/87 32 Das gemeine Lied der Liebe
Von Volkmars Sigusch
- 5/87 2 „Höhlenmänner“ adé?
Kommentar von Ursula Daalman

zur geforderten Änderung des Se-
xualverhaltens durch Aids

Sucht

- 7-8/87 48 Haltung überdenken
Methadon in der Drogentherapie
- 9/87 18 Weiterentwicklung durch Me-
thadon?
Drogensymposium in NRW

Standespolitik

- 1/87 7 Bayern: Aufsteiger
Kasten zu den Wahlerfolgen der op-
positionellen Ärztelisten
- 2/87 10 Wer nicht wagt, der nicht gewinnt
Wirtschaftskriminalität von Ärzten
- 3/87 2 Neuland
Kommentar von Udo Schagen zum
Ergebnis der Kammerwahlen in
Berlin (West)
- 3/87 18 Pilotprogramm
Wer hat Fortbildung in Katastro-
phenmedizin finanziert?
- 3/87 19 Die Wahlerfolge oppositioneller Ärz-
telisten
- 3/87 28 Ursachen, Folgen, Perspektiven
Ideen produzieren
- 4/87 6 Gespräch mit Rieke Alten
- 4/87 6 Weißkittel und Kralneger
Kasten zum Zahnärztekongreß in
Südafrika
- 6/87 2 Vilmar's Interview
Kommentar von Walter Wuttke zur
„Vergangenheitsbewältigung“ von
K. Vilmar im Deutschen Ärzteblatt
- 7-8/87 45 Am „Puls der Zeit“
Ärztefortbildung per Video
- 9/87 10 40 Jahre – und ein bißchen leise
Der Marburger Bund
- 9/87 15 Kuckucksei
Marburger Bund und AIP
- 9/87 22 Verzahnung ambulanter und statio-
närer Versorgung
Auszug aus dem gesundheitspoliti-
schen Programm des Marburger
Bundes
- 11/87 8 Trick 17?
Kasten zu den bevorstehenden Ärz-
tekammerwahlen in Bremen
- 12/87 34 Subjekt der Veränderung
Jahreshauptversammlung des
VdÄÄ

Umwelt

- 1/87 17 „Erst nach dem dritten Toten“
Todesfälle bei Sandoz
- 1/87 23 No milk today
Erstes Bundestreffen der Initiativen
nach Tschernobyl
- 1/87 5 Nachgemessen
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
- 2/87 5 Nachgemessen
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
- 2/87 7 Schwarzer Tag
Kasten zum verlorenen Prozeß um
Holzschutzmittel
- 3/87 6 Alles halb so wild
Kasten zum Symposium „Allergien
im Beruf“
- 3/87 7 Lecker Bequerel
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln

- 3/87 16 Es liegt was in der Luft
Blutbildveränderungen bei Kindern
in Dortmund-Scharnhorst
- 3/87 29 Der tägliche Smog
Luftverschmutzung und Atemwegs-
erkrankungen
- 3/87 32 Bilder einer Ausstellung
dg-Kunstwettbewerb
- 4/87 5 Bleibende Werte
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
- 4/87 10 Strahlende Zukunft
Gesundheitsrisiko Niedrigdosis-
strahlung
- 4/87 13 „... andere Faktoren fehlen“
Mißbildungen bei türkischen Kin-
dern nach Tschernobyl
- 4/87 30 Die Waldsterbenlüge
- 4/87 32 Nicht jeder darf, der kann
Auseinandersetzungen um das
Buch „Die Gesundheit der Nation“
- 4/87 32 „Das Gesamtbild bleibt negativ“
dg-Gespräch mit Egmont R. Koch
- 5/87 5 „Alpenmädels“ oder „Bubi“
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
- 5/87 23 Braune Brühe in Bad Breisig
Arsenhaltiges Wasser im Ther-
malbad
- 6/87 5 Strahlend
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
- 6/87 28 „Machen auf goodwill“
Blutbildveränderung bei Dortmun-
der Kindern
- 7-8/87 5 Strahler '87
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
- 9/87 7 Weiter strahlend
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
- 9/87 8 Zusammenhänge
Kasten zur Fachtagung Umweltme-
dizin des BUND
- 10/87 5 Lecker Bequerel
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
- 11/87 7 Strahler '87
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
- 11/87 18 Dicke Luft
Wissenschaftliche Stellungnahme
zu Blutbildveränderungen in Dort-
mund Scharnhorst
- 12/87 5 Frohes Fest
Kasten zur radioaktiven Belastung
von Lebensmitteln
- 12/87 16 „Eine weitere Havarie ist schier un-
tragbar“
dg-Interview mit Professor Valeri
Legassow, Leiter der Tschernobyl-
Untersuchungskommission

Verschiedenes

- 2/87 19 Inhalt dg 1/86 bis 12/86
- 3/87 8 Kein Dach über'm Kopf
Kasten zur UNO-Studie über Ob-
dachlosigkeit
- 3/87 21 IV. Gesundheitstag in Kassel
Diskussionsforum über Gesund-
heits- und Sozialpolitik
- 5/87 16 „Ruhe vor dem Sturm“
Vorbereitung des Gesundheitstags
in Kassel
- 7-8/87 20 Guter Nachgeschmack
Gesundheitstag in Kassel

Die Versorgung Pflegebedürftiger

kp – Mit den Zukunftsaussichten der Versorgung Pflegebedürftiger setzen wir die Daten zur Gesundheits- und Sozialpolitik aus dg 1/88 fort.

Zukunftsaussichten: Schrumpfende private Pflegekapazitäten bei weiter wachsendem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit

Auf das künftig allein aus der absehbaren demographischen Entwicklung resultierende Wachstum des Ausmaßes an Pflegebedürftigkeit wurde bereits hingewiesen (siehe „Daten zur Gesundheits- und Sozialpolitik“, in: dg 11/1987). Aber das ist nur die eine Seite des Problems. Die andere besteht darin, daß zugleich die häuslichen familiär-verwandtschaftlichen Hilfeleistungspotentiale weiter schrumpfen werden (vgl. Deppe/Priester 1987). Nur einige Trendaussagen hierzu mögen diese Entwicklungen illustrieren:

– Die Zahl und der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung wird in den nächsten Jahrzehnten, besonders nach dem Jahr 2000, deutlich ansteigen, während die jüngeren Jahrgänge quantitativ und anteilmäßig schrumpfen werden. Immer mehr Ältere werden immer weniger jüngeren Menschen gegenüberstehen. Standen im Jahr 1890 einem 75jährigen in Deutschland noch 79 Einwohner im Alter unter 75 Jahren gegenüber, so betrug dieses Verhältnis 1950 bereits 1:35, 1970 1:25 und 1985 1:13,4; im Jahr 2000 wird es 1:12,5 betragen (vgl. Rückert 1987, S. 25). Damit sinken schon rein rechnerisch die formalen Chancen älterer Menschen, soziale Beziehungen zur jüngeren Generation zu entwickeln oder gar im Falle der Pflegebedürftigkeit auf Familienmitglieder zurückgreifen zu können.

– Die Zahl der Einpersonenhaushalte ist auf ein gegenwärtiges Niveau von rund 30 Prozent aller Haushalte (1982) langfristig angewachsen; die durchschnittliche Größe der Privathaushalte sank in den letzten hundert Jahren fast um die Hälfte (1880: 4,6 Personen pro Privathaushalt; 1975: 2,6 Personen). Dies ist auch im Zusammenhang mit der Heiratshäufigkeit und der durchschnittlichen Kinderzahl pro Ehe zu sehen. Beide weisen rückläufige Tendenzen auf: Die Heiratshäufigkeit sinkt bei gleichzeitig steigenden Trennungs- und Scheidungsraten und deutlichem Anstieg der Zahl alleinerziehender Elternteile; die Geburtenhäufigkeit sinkt ebenfalls, die durchschnittliche Kinderzahl ist auf 1,5 Kinder je Ehe zurückgegangen, und 20 Prozent der Ehen bleiben kinderlos (vgl. Bäcker 1986, S. 208). Derzeit sind keine Trends erkennbar, die darauf hinweisen würden, daß sich diese Entwicklung mittelfristig wesentlich verändern könnte.

– Zudem ist nicht zu übersehen, daß soziale, persönliche und insbesondere räumliche Distanzen zwischen den Familiengenerationen u.a. aufgrund der in den letzten Jahrzehnten gewachsenen beruflichen und räumlichen Mobilität in der Bundesrepublik, von anderen Problemen zwischen Familiengenerationen abgesehen, zugenommen haben. Dies deutet eher auf in geringem Maße vorhandene familiäre Hilfspotentiale hin als gemeinhin angenommen wird.

– Erwähnt werden muß schließlich noch der Anstieg der Erwerbsbeteiligung von Frauen und Müttern, die sich als langfristiger Trend gegen alle Widrigkeiten des Arbeitsmarktes und der Sozialpolitik stabilisiert hat. Nicht zuletzt ist diese Entwicklung auch Ausdruck veränderter Wertvorstellungen und Lebenspläne von Frauen, und zwar

durch alle Generationen. Ein verändertes Erwerbsverhalten der Frauen muß sich langfristig negativ auf die Entwicklung familiär-verwandtschaftlicher Hilfspotentiale auswirken – es sei denn, innerfamiliäre Rollenstrukturen veränderten sich gravierend, was auf kurze Sicht jedoch kaum zu erwarten ist.

– Die tendenzielle Aufweichung familiär-verwandtschaftlicher Bindungen wird zwar begleitet von neuen Formen des Zusammenlebens (etwa Wohngemeinschaften und Partnerschaften) und dem Wirken von Selbsthilfegruppen, was auf eine tendenzielle Ausweitung von Hilfeleistungspotentialen im Bereich primärer Netzwerke verweisen könnte. Aber abgesehen davon, daß der verbindliche Charakter der neuen Lebensform eher geringer ausgeprägt sein dürfte als die traditionellen familiären Bindungen und (etwa im Falle von Wohngemeinschaften) oftmals nur episodischen Charakter hat, muß der Stellenwert von Selbsthilfegruppen und ehrenamtlicher Elemente im Bereich sozialer Dienstleistungen im Hinblick auf die Bewältigung des Pflegeproblems als Massenphänomen stark relativiert werden – von qualitativen Aspekten der Erbringung sozialer Dienstleistungen einmal ganz abgesehen.

– Auch die vielfach zukünftig erwartete Ausweitung arbeits- bzw. erwerbsfreier Lebenszeit (z.B. durch Arbeitszeitverkürzung) dürfte auf die Erhöhung von Pflegepotentialen nur beschränkte Auswirkungen haben. Sie wird bisherigen Erfahrungen mit der Arbeitszeitverkürzung zufolge sich nur langsam realisieren lassen, und sie wird kurzfristig – auch wegen des geringen Tempos der Arbeitszeitverkürzung – eher noch in starkem Maße zur Behebung empirisch festgestellter individueller „Zeitnot“ und der Befriedigung elementarer Reproduktionsnotwendigkeiten dienen müssen, als daß sie das Ausmaß wirklich frei verfügbarer Zeit merklich erhöhen könnte. Zudem erscheint es zumindest fragwürdig, ob Pflege- oder Hilfeleistungen als „Freizeitfähigkeit“ gegenüber anderen Lebensansprüchen Priorität auch tatsächlich eingeräumt werden würde und sollte.

Zusammenfassend betrachtet weisen weder die gegenwärtige, sichtbaren Trends noch die Zukunftsprognosen insgesamt auf eine merkliche Verringerung des Problemdrucks im Bereich des „Pflegenotstands“ hin. Es muß vielmehr sogar vermutet werden, daß sich die scherenförmige Entwicklung von Angebot und Bedarf an pflegerisch-betreuerischen Dienstleistungen, zumindest was häuslich-familiär/verwandtschaftlich erbrachte Leistungen angeht, fortsetzen wird. Allein schon wegen der derzeit sichtbaren Defizite kann zumindest kurzfristig nicht damit gerechnet werden, daß der professionelle ambulante und stationäre Pflegesektor diese Entwicklung im „ehrenamtlichen“ Bereich wird ausgleichen können.

Die gegenwärtige Gesundheits- und Sozialpolitik ist auf diese bereits seit längerem absehbaren Probleme nur unzureichend eingestellt. Notwendige Weichenstellungen wie der planmäßige Auf- und Ausbau einer ambulanten, teilstationären und stationären Pflege-Infrastruktur (einschließlich der Ausbildung entsprechend qualifizierten Fachpersonals) sowie die finanzielle Absicherung des Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit stecken noch in den Anfängen oder wurden noch gar nicht ernsthaft in Angriff genommen.

Korrektur: Im letzten Heft ist uns bei Tabelle 3 leider ein Satzfehler durchgegangen, 536 und nicht 1536 Heime für Behinderte gab es 1970. Die Steigerung betrug bis 1984 +101,7 Prozent.



„Verschiedene dieser jüngeren Damen und Herren erheben in superdemokratischen Fachblättern, die sie als Gegenposition zu unserer Berufs- und Standespresse aufbauen, recht schneidige Vorwürfe, ...“

So die Standespresse über uns.

- Die einzige kritische Zeitschrift in der Zahnmedizin.
- Erscheint viermal pro Jahr.
- Jahresabo: 30 DM
- Kostenloses Probeheft bei:

Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e.V.
Kölnstr. 198

5300 Bonn 1

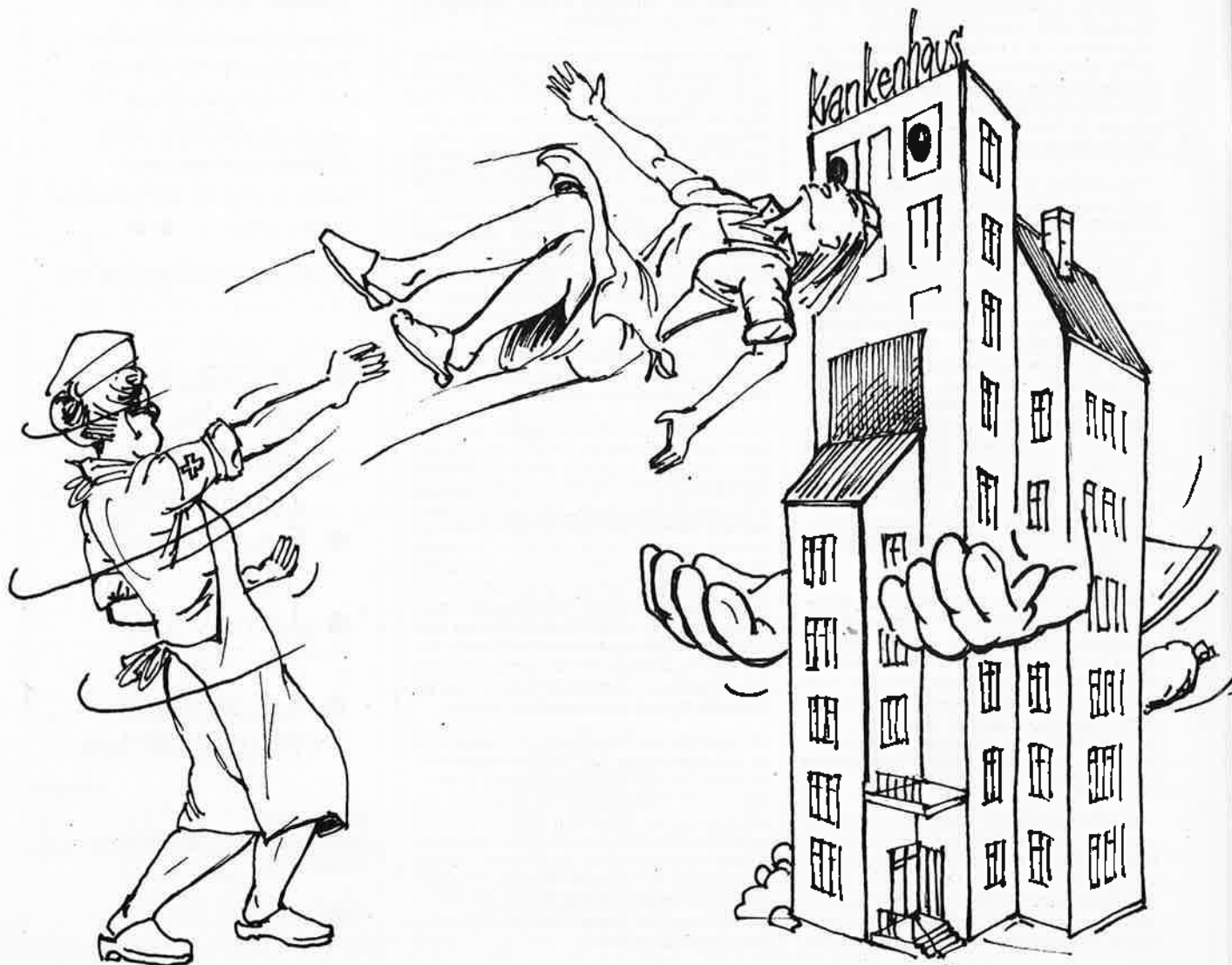
's war immer so, 's war immer so

Krankenschwestern durch DRK-Verträge benachteiligt

**yn - Gleiche Arbeit, weniger
Geld und weniger Rechte.
Für Rotkreuzschwestern an den
Universitätskliniken in Bonn und
Essen hat das Tradition. Das
Land Nordrhein-Westfalen läßt
sich die Traditionspflege einiges
kosten**

Jedem Hilfe zu leisten, der ihrer bedarf, ein „so hoher Anspruch ist nur aus dem Prinzip der Freiwilligkeit und Selbstverantwortung erfüllbar, schenkt aber gerade darin höchste menschliche Erfüllung und Selbstverwirklichung“. Salbungsvolle Worte, die Dr. Josef Rohrer, ehemaliger Leiter der Presseabteilung des Bayerischen Roten Kreuzes, in seinem Aufsatz „Schwester im Roten Kreuz“ findet. Einer echten Rotkreuzschwester sei auch ein gewisser Stolz zu eigen, „geboren und gewachsen aus der Demut, dem Willen und der Kraft zu dienen“. Das Traktat stammt nicht aus der „guten alten Zeit“, es wird im Juni 1985 von der Generaloberrin der Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz, Lieselotte Krammer, an ihre Mitglieder verschickt.

Die Zeiten, wo soziale Dienste mit einem „Vergelt's Gott“ entlohnt wurden, sind vorbei. „Freiwilligkeit des einmal gewählten Berufes, Opferbereitschaft und Einsatzfreude verdienen aber auch ihren angemessenen Lohn. Der krisenfeste Beruf einer Schwester im Roten Kreuz findet heute eine der Verantwortung entsprechende Vergütung, soziale Sicherung und eine im Alter feste Bleibe in der großen Schwesterngemeinschaft“, heißt es dazu in Rohrers Aufsatz.



Angelika Meier* ist Mitglied dieser „großen Schwesterngemeinschaft“ und arbeitet im Rahmen eines Gestellungsvertrages (siehe Kasten) des Landes Nordrhein-Westfalen mit der Schwesternschaft Bonn des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) an den Medizinischen Einrichtungen der Universität Bonn. 1985 erhält sie von der Schwesternschaft, eingruppiert nach KR IV Stufe 4, eine Grundvergütung von 1745,63 Mark. Der Satz nach der BAT-Vergütungstabelle: 1781,26 Mark. Und die Sache hat noch einen Pferdefuß. Die Beiträge für Renten-, Arbeitslosen- und Zusatzversicherung und die damit erworbenen Ansprüche orientieren sich am „sozialversicherungspflichtigen Brutto“. Das heißt, die Rentenansprüche von Angelika Meier sind geringer, als wenn sie Landesbeschäftigte wäre.

Das DRK behält die von der BAT-Grundvergütung gekürzten zwei Prozent als Mitgliedsbeitrag ein. Rolf Wüst, Mitglied des Abteilungsvorstands Gesundheitswesen/Krankenhäuser des ÖTV-Bezirks NRW I, hält dagegen: „Wenn es sich um monatliche Beiträge handelt, wieso erfolgt der Abzug dann auch vom Weihnachtsgeld?“ Das ist nicht die einzige Ungereimtheit. Verena Berger*, Rotkreuzschwester: „Wir zahlen jeden Monat acht Mark als Mitgliedsbeitrag an das DRK, zusätzlich zwei Mark als Spende. Darüber erhalten wir eine Spendenquittung für das Finanzamt. Die zwei Prozent Abzug vom BAT-Tarif tauchen in unserer Gehaltsabrechnung überhaupt nicht auf.“ In einigen Schwesternschaften scheint darüber hinaus eine zusätzliche Spendenpflicht für die Mitglieder zu bestehen. Lieselotte Krammer in ihrem Schreiben an die Mitglieder der Schwesternschaft München des Bayerischen Roten Kreuzes: „Zugunsten der Katastrophenhilfe verzichten künftig die aktiven Schwestern auf die kleine Aufmerksamkeit der Schwesternschaft und ggf. der Arbeitsfelder zum Weihnachtsfest. Des weiteren wurde wieder beschlossen, von der Weihnachtzuwendung bei den aktiven Schwestern und

pensionierten Schwestern jeweils 10,- DM und bei Schülerinnen nach der Probezeit 5,- DM einzubehalten, um im Katastrophenfall schnell Hilfe bringen zu können.“

Die Nachteile für Frauen, die als Gestaltungspersonal arbeiten, gehen über diese materiellen Einbußen hinaus. Für sie haben wesentliche Bestimmungen des Arbeits- und Sozialrechts keine Gültigkeit. Denn sie sind bloß Vereinsmitglieder, nicht aber Arbeitnehmer, trotz überwiegender Gleichstellung mit dem freien Pflegepersonal bei Vergütung, Einsatzort, Urlaub, Sozial- und Rentenversicherung. Diese Auffassung wurde durch die Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts vom 20. Februar 1986 bestätigt. Für eine Krankenschwester, die als DRK-Mitglied in einem Gestellungsverhältnis arbeitet, gilt Artikel 4 der Schwesternordnung, in der es heißt: „Die Schwester übt ihren Beruf als Mitglied und im Auftrage der Schwesternschaft aus; zwischen der Schwester und dem Träger des Arbeitsfeldes bestehen keine arbeits- oder dienstvertraglichen Beziehungen. Die beruflichen Interessen der Schwester werden ausschließlich von ihrer Schwesternschaft und dem Verband der Schwesternschaften vom Roten Kreuz e.V. vertreten.“

Angelika Meier hat danach keine Möglichkeiten, ihre Interessen durch den Personalrat wahrnehmen zu lassen. Außerdem würden ihr Dienst- und Beschäftigungszeiten in einer DRK-Schwernerschaft beim Wechsel zu einem öffentlichen Arbeitgeber nicht anerkannt. Sie finge in der Einstufung wieder beim ersten Berufsjahr an. Aufgrund des Gestellungsvertrages würde Angelika Meier ein Austritt aus der Schwesternschaft wenig helfen, sie wäre arbeitslos, denn ein Vertrag besteht nur zwischen dem Land und der Schwesternschaft.

Die Krankenhausträger, Länder wie Kommunen, die mit DRK-Schwernerschaften Gestellungsverträge abschließen,

müssen sich den Vorwurf gefallen lassen, gegen Artikel 3 des Grundgesetzes zu verstoßen: „Frauen und Männer sind gleichberechtigt.“ Denn die männlichen Pflegekräfte sind im Fall der Universitätskliniken Bonn und Essen Beschäftigte des Landes. Für sie trifft keine der Benachteiligungen zu, die für Krankenschwestern mit Gestellungsvertrag gelten.

Auf eine kleine Anfrage der SPD-Abgeordneten Marie-Luise Morawietz und Brigitte Speth zur „Frauenbenachteiligung an Uni-Kliniken des Landes Nordrhein-Westfalen“ an die Landesregierung antwortet am 4. August 1986 der Minister für Wissenschaft und Forschung, der für die Medizinischen Einrichtungen des Landes zuständig ist, daß in den angesprochenen Fällen dieses Ziel noch nicht erreicht sei. Die Einstellung der weiblichen Pflegekräfte in den Landesdienst sei nur nach Kündigung der Gestellungsverträge möglich. „Für einen solchen Fall wurde von Hochschulsseite darauf hingewiesen, daß bei dem auch weiter bestehenden Mangel an examinierten, qualifizierten und vor allem erfahrenen Pflegekräften es der DRK-Schwernerschaft ohne weiteres möglich sei, mit anderen Häusern Gestellungsverträge abzuschließen. Im Falle einer Kündigung der Verträge käme es daher zu einem Abzug der Krankenschwestern.“

Eine Vorstellung, die an der Realität vorbeigeht, meint zumindest das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in einem internen Vermerk: „Vorrangig sollten die o. a. Hochschulen des Landes die dargestellte Problematik lösen, wobei nach Ansicht des Unterzeichners eine Gefährdung der Krankenversorgung nicht zu befürchten ist, fast alle betroffenen Schwestern vielmehr wegen der für sie daraus resultierenden Vorteile das Angebot zum Abschluß eines Arbeitsvertrages annehmen würden.“ Und Verena Berger bestätigt: „Ich komme viel mit Kolleginnen zusammen, und sie klagen über den Gestellungsvertrag. Aber sie sind darauf angewiesen, in der Schwesternschaft zu sein, um an der Uniklinik arbeiten zu können. Für eine Beschäftigung beim Land fehlen ausgewiesene Stellen. Ich glaube, über 80 Prozent würden sofort eine solche Stelle übernehmen.“

Den gleichen Tenor haben auch die Aussagen von Kommunen, die bestehende Gestellungsverträge gekündigt haben. Auf Anfrage der SPD-Fraktion der Stadt Krefeld, wo ebenfalls ein Gestellungsvertrag mit dem DRK besteht, wurde von den Städten Braunschweig, Duisburg und Kiel mitgeteilt, es habe keine Probleme nach Kündigung des Vertrags gegeben. Bürgermeisterin Leyla Onur aus Braunschweig in ihrem Schreiben: „... und würden aufgrund unserer Erfahrungen nie wieder einen Gestellungsvertrag abschließen.“

Abgelehnt werden die Gestellungsverträge auch von der Parlamentari-

Was ist ein Gestellungsvertrag?

Gestellungsverträge sind vertragliche Vereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und konfessionellen oder freigemeinnützigen Schwesternschaften wie die Schwesternschaften des DRK. Diese stellen ganz oder teilweise die erforderlichen weiblichen Arbeitskräfte. Der Träger zahlt dafür an die Schwesternschaften ein pauschaliertes Entgelt. Es handelt sich dabei nicht um eine Arbeitnehmerüberlassung nach Paragraph 1 Absatz 1 des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes. Denn den Schwestern fehlt nach Auffassung des Bundesarbeitsgerichts der Arbeitnehmerstatus, den Schwesternschaften nach ihrer Satzung der erwerbswirtschaftliche Zweck.

* Namen von der Redaktion geändert



schen Staatssekretärin für die Gleichstellung von Mann und Frau, Ilse Rüdiger-Melcher. Arbeitsvertraglich seien sie nicht zu rechtfertigen, erklärte sie gegenüber dg. Ihr Ziel sei es, daß die Schwestern zumindest wählen können, ob sie als Bedienstete des Landes oder für das DRK tätig werden. Darauf habe sie unmißverständlich hingewiesen, und „die Wissenschaftsministerin hat dafür offene Ohren“.

Doch getan hat sich bislang wenig – außer „Gesprächen“. Frau Olms von der Presseabteilung des Ministeriums gegenüber dg: „Wann eine Einigung erzielt werden kann, ist noch nicht klar.“ Die Begründung für die lange Verhandlungsdauer hat auch einen ziemlich langen Bart: Bei Kündigung des Gestellungsvertrags könne das DRK die Schwestern abziehen, und deshalb sei dann die Patientenversorgung gefährdet. Die Neueinrichtung von Stellen an den Kliniken spiele in diesem Zusammenhang jedenfalls eine untergeordnete Rolle, erklärte Olms auf Nachfrage.

Ob dem so ist, erscheint zumindest zweifelhaft. Denn die Kosten für Gestellungsverträge sind Sachkosten. In einem Artikel des „Sozial- und Gesundheitsreport“ der ÖTV stellt Norbert Badziong, Mitglied des Hauptvorstandes der Gewerkschaft, fest: „Gestellungsverträge entlasten somit unabhängig von ihrem Gesamtvolumen den Personalhaushalt des Trägers.“ Dies wirkt sich bei Pflegesatzverhandlungen natürlich auch für das Land Nordrhein-Westfalen positiv aus, denn Streitpunkte sind dabei meist die Personalkosten.

Draufzahlen muß das Land trotzdem: Nach dem Vertrag für die medizinischen Einrichtungen in Bonn erhält die dortige DRK-Schwesternschaft nach Paragraph 6 Absatz 1 für Krankenschwestern generell ein Gestellungsgeld von 45655 Mark im Jahr 1985. Wie Rolf Wüst für eine demnächst erscheinende Dokumentation der Gewerkschaft ÖTV errechnete, hat das DRK nur bei Krankenschwestern, deren Vergütungsgruppe über V/5 liegt, finanzielle Verluste zu tragen: in der Gruppe V/5 120 Mark. Bei allen anderen zahlt das Land zu: Bei einer ledigen Krankenschwester, KR IV/4 liegt die Differenz bei 6245 Mark. Und bei einer Krankenpflegehelferin nach dreijähriger Bewährung, Vergütungsgruppe KR III/4, beträgt der Unterschied 8092 Mark. Selbstredend, daß die Schwestern selbst davon keinen Pfennig sehen.

Rolf Wüst drängt sich die Vermutung auf, „daß das Land – aus welchen Gründen auch immer – für Gestellungspersonal trotz der angespannten Haushaltslage ohne Not für das Gestellungspersonal mehr zu zahlen bereit ist als nach den Umständen erforderlich.“ Gegen Sparmaßnahmen, aus denen den Beschäftigten Vorteile erwachsen, hat Rolf Wüst nichts einzuwenden. □

Die Hebammenschülerin Sabine Pabel wurde im vergangenen Jahr zu einer Geldstrafe wegen Nötigung verurteilt, weil sie an einer Blockade des US-Militärgefeldes in Mutlangen teilgenommen hat. Sie wollte nicht mehr über den Widerspruch zwischen ihrem Beruf und der ständigen Militarisierung des Alltags hinwegsehen. Für dg sprachen mit ihr Ernst Albers und Ellen Schemnikau vom Hamburger Arbeitskreis „Geschichte der Krankenpflege“

Nötigung

Gespräch mit Sabine Pabel

dg: Sabine, gegen Sie läuft ein Verfahren wegen Nötigung, weil Sie wiederholt an Blockaden des Pershing-II-Stationierungsortes Mutlangen beteiligt waren. Wieso haben Sie daran teilgenommen?

Pabel: Also, das ist eine längere Geschichte. Es fing damit an, daß mein Vater, der Journalist ist, viele Berichte in Kriegsgebieten gemacht hat, oft in Vietnam war. Daher habe ich von klein auf den Krieg auf Bildern gesehen. Das alles immer mitzubekommen, hat mich geprägt. Nach der Schule war ich lange im Ausland, hauptsächlich in Asien, und konnte deshalb die Probleme in der Bundesrepublik, die Militarisierung und Aufrüstung, ganz gut von mir fernhalten. Als ich dann zurückgekommen bin, kam das böse Erwachen. Tiefleger über dem Kopf, Manöver, man ist ja jeden Tag damit konfrontiert. Zum Beispiel werde ich in meiner jetzigen Wohnung in Marburg, wo sehr viele Amerikaner stationiert sind, ganz oft morgens um sechs Uhr geweckt, weil Panzerkolonnen am Haus vorbeifahren. Ich kann einfach nicht mehr weggucken, ich kann das nicht mehr ignorieren. Das war der nächste Punkt, der dazu geführt hat, daß ich Widerstand leisten wollte.

Dann habe ich die Ausbildung als Hebamme angefangen, und da hat sich das noch zugespitzt, weil ich in der Arbeit gemerkt habe, daß ich eine Verantwortung habe, nicht nur für mich selbst. Hebamme ist so ein hoffnungsvoller Beruf, und in diesem Widerspruch kann ich einfach nicht leben. Ich müßte also entweder weggehen, woran ich oft gedacht habe und was ich vielleicht noch einmal machen werde, aber jetzt bin ich hier in der Bundesrepublik, und solange ich hier bin, werde ich mit diesem Widerspruch leben müs-

sen. Deswegen habe ich nach einer Form des Widerstands gesucht, der für mich akzeptabel ist. Mutlangen ist für mich die Spitze des Eisbergs, weil da die Pershing II stationiert sind. Ich habe dann von der Blockade erfahren, hatte Urlaub und bin dorthin gefahren, zunächst ganz allein, ohne eine Gruppe, und habe einfach geguckt, was da passiert. Für mich war klar, daß ich, wenn ich an der Blockade teilnehmen würde, mich auch festnehmen lassen würde.

dg: Hatten Sie vorher überhaupt schon Kontakt zu einer Friedensgruppe?

Pabel: Nein, ich war in keiner Friedensgruppe, ich habe mich eher für mich selbst damit beschäftigt. Also, ich bin dann nach Mutlangen gefahren, und es war ziemlich kalt. Als um 14 Uhr die Polizei kam, um uns abzuräumen, war ich ganz froh. Bis Mitternacht hätte ich da nicht mehr sitzen wollen. Vier Monate später kam der Strafbefehl. Ich habe Widerspruch eingelegt, und es kam zur Verhandlung. Ich habe mich sehr gewundert, daß keine Zeugen geladen worden waren, obwohl sie im Strafbefehl als Beweismittel aufgeführt wurden, aber der Richter hat einfach gemeint, daß das nicht nötig wäre, daß ich meine Schuld gleich eingestehen würde und er deshalb die Zeugen nicht laden bräuchte. Da war ich allerdings anderer Meinung, und die Verhandlung wurde nach zehn Minuten abgebrochen und auf zwei Wochen später verlegt. Also mußte ich die 700 Kilometer noch einmal fahren. Bei diesem Termin ist es aber immer noch nicht zur Verurteilung gekommen, weil meine Anwältin noch weitere Beweisanträge gestellt hat. Also kam es zu einem dritten Termin und dann auch zur Verurteilung. Das Urteil ist aber nicht rechtskräftig, da ich Widerspruch





Foto: Heilmann

cingelegt habe. Ich warte jetzt auf die nächste Instanz am Landesgericht Ellwangen.

dg: Hatten Sie zur Zeit Ihres Verfahrens bereits Unterstützung aus Ihrem Hebammenkurs?

Pabel: Ja, teilweise. Die Reaktionen, auch unter meinen Freunden, waren sehr gemischt: „Mach dir doch nicht den ganzen Ärger, das bringt doch sowieso nichts.“ Auf der anderen Seite gab es auch Unterstützung. Viele sagten: „Das finde ich toll, daß du das machst. Eigentlich würde ich so etwas auch gern machen, aber ich habe mich bisher nicht getraut.“ Als ich zum zweiten Mal verhaftet wurde, bei der Seniorenblockade, als gerade Pershing-II-Manöver waren, kamen schon eindeutige Reaktionen: „Jetzt übertreibst du aber. Du hast doch deine Meinung schon kundgetan. Wenn du so weitermachst, dann können wir dich bald nur noch im Knast besuchen.“ Teilweise waren die Reaktionen sehr negativ.

dg: Wie hat Ihr Arbeitgeber nach Ihrer zweiten Verhaftung reagiert?

Pabel: Ich habe darauf bestanden, daß mein Arbeitgeber es erfahren sollte. Ich fände es etwas schizophren, wenn ich einerseits irgendwo hinfahre und blockiere, um auf etwas aufmerksam zu machen, und auf der anderen Seite versuchen würde, es an meinem Arbeitsplatz zu verheimlichen. Der Sonderurlaub für die Verhandlung wurde offiziell bei der Verwaltung beantragt, ich habe den Strafbefehl und die Ladung fotokopiert und beigelegt, damit er zu meinen Akten kommt. Ich wollte, daß mich jeder darauf ansprechen könnte. Ich habe mich ja nicht schuldig zu fühlen.



Ich wollte, daß mein Arbeitgeber es erfährt. Ich habe mich ja nicht schuldig gefühlt.

dg: Wie kam es dazu, daß Sie sich dachten, das kann jeder wissen, ich stehe dazu?

Pabel: Einmal habe ich bei der Prozeßvorbereitung Kontakt zu der Presschütte in Mutlangen aufgenommen und von dort viel Unterstützung und Information bekommen. Andererseits wollte ich für mich klarer formulieren, warum ich das eigentlich mache. Ich habe einfach ein bißchen von der Angst verloren, und das kam durch die Provokationen meiner Freunde und Bekannten nach der Verhaftung, die mich für ver-

rückt erklärten und warnten, daß ich jetzt vorbestraft sei und nie mehr eine Arbeit bekäme. Diese Kriminalisierung war mir vorher überhaupt nicht bewußt, aber ich habe jetzt keine Angst mehr davor, weil ich weiß, daß es richtig ist. Es ist ein Versuch. Ob ich damit etwas erreiche, das ist eine ganz andere Frage. Es ist ein Versuch, und mehr kann ich nicht machen, als diesen Versuch zu unternehmen.

dg: Hatten Sie oft das Gefühl der Entmutigung, daß das alles nichts bringt, daß sich doch nichts ändert?

Pabel: Doch, klar, das habe ich manchmal immer noch. Es wird ja nie so sein, daß ich ein unmittelbares Erfolgserlebnis haben werde. Aber wenn Leute, die mich kennen, denken: „Na, die ist ja gar nicht so spinnett, die macht ihre Arbeit, das ist ein ganz normaler Mensch, nicht so eine Verrückte, die von einer Demonstration auf die andere geht“, dann ist das doch schon etwas.

dg: Wie sehen Sie denn die jetzt unterschriebenen Abrüstungsverträge?

Pabel: Erst einmal finde ich es sehr erfreulich, daß Verhandlungen überhaupt zustande gekommen sind, aber ich bin auch skeptisch, denn gleichzeitig werden andere Projekte mit gleicher Schnelligkeit weitergebaut, wie in Haselbach zum Beispiel. Glauben tu ich auch erst daran, wenn ich sehe, daß die Pershing weg sind. Es sind ja auch nur drei Prozent der ganzen Atomwaffen. Täuschen lassen darf man sich nicht. Was ich aber ganz wichtig finde, ist, daß man nicht über diesen ganzen bedrohlichen Dingen den Optimismus und die Lebenslust verliert und total resigniert und frustriert in der Ecke sitzt.

Ernst Albers, Krankenpfleger, und Ellen Schernikau, Unterrichtskraft beim Berufsbildungswerk des DGB Hamburg, arbeiten beim Arbeitskreis „Geschichte der Krankenpflege“ in Hamburg

Medizin mit nichts

Ein Bericht aus Vietnam

80 Millionen Mark Wiederaufbauhilfe hatte 1973 Kanzler Willy Brandt den Vietnamesen versprochen. Davon kam kein Pfennig an. Die Hilfsaktion Vietnam versprach Hilfe und schickte bis heute Güter im Wert von 85 Millionen. Wolfgang Hühn berichtet von seiner letzten Reise

April 1987: Sybille Weber, Geschäftsführerin der Hilfsaktion Vietnam und ich fliegen zu einer schon lange überfälligen Arbeitsreise nach Ho-Chi-Minh-Stadt, Da Nang und Hanoi. Wir wollen unsere Planung für die Klinik für Akut-Verbrannte und Nachsorge von Napalm-Opfern abschließen, unser Ultraschall-Projekt vorantreiben, und dann wollen wir neue Aufgaben für die zukünftige Solidaritätsarbeit erarbeiten. Dreieinhalb Wochen in ungewohnter subtropischer Hitze und Feuchtigkeit liegen vor uns.

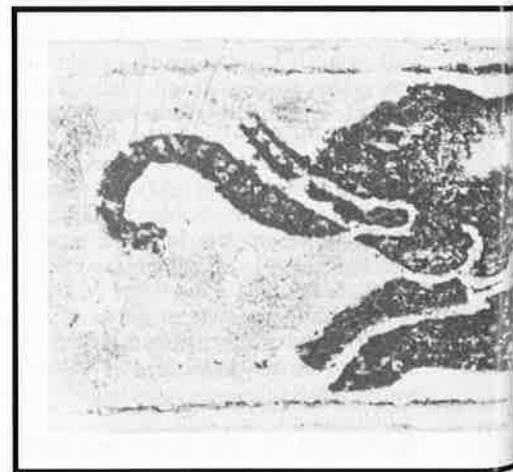
Mehr als eine Woche arbeiten wir in der Cho-Ray-Klinik in Ho-Chi-Minh-Stadt, die Schwerpunktfunktionen für den ganzen Süden Vietnams hat. Seine 1000 Betten sind ständig mit bis zu 1500 Patienten belegt. Zwei oder drei Patienten in einem Bett gehören zum gewohnten Anblick. Da hier hochqualifizierte Ärzte und Pflegepersonal arbeiten, hat das Gesundheitsministerium diese Klinik ausgesucht für unser Projekt „Klinik für Akutverbrannte und Nachsorge von Napalm-Opfern“. Schon eineinhalb Jahre zuvor habe ich hier die ersten Planungsgespräche geführt. Zwei Ärzte und ein Krankenpfleger dieser Klinik sind seit fast einem Jahr zur verbrennungsmedizinischen Fachausbildung in Ludwigshafen und werden im Juli 1987 nach Hause zurückkehren. In dieser Zeit haben auch wir viel über Verbrennungsmedizin gelernt.

Unsere ursprünglichen Pläne müssen erweitert werden. Eine Spezialklinik für die vielen Verbrennungspatienten, die tagtäglich etwa durch Verpuffungen von Benzinkochern, Explosionen von Blindgängern, Arbeitsunfälle neu anfallen, braucht Unmengen an Infusionslösungen. Für Hunderttausende von Marken wird jährlich Blutplasma benötigt. Wir können diese Summen nicht über Jahre hinweg aufbringen, und Vietnam hat keine Devisen zum Kauf. Also: Die Klinikapothekende muß Infusionen selber herstellen. Die Blutbank muß genügend Plasma produzieren. Bei der Besichtigung vor Ort wird deutlich, wie sehr die Lösung eines Problems gleich drei neue hervorbringt. Das 1000-Betten-Krankenhaus hat eine 25-Liter-Glasflasche mit Ablaufhahn, aus dem die Infusionsflaschen gefüllt werden. Die Durchflußgeschwindigkeit dieses Hahnes begrenzt die Produktion: Maximal 100 Liter am Tag. 600 Liter werden mindestens gebraucht.

Weitere Engpässe werden deutlich: Die Wasseraufbereitungsanlage ist zu klein, die Autoklaven stammen noch aus der Franzosenzeit und sind zum großen Teil nur noch Schrott. In der feuchten Hitze bei spärlichem Licht hocken etwa ein Dutzend Frauen neben großen Bottichen und reinigen die gebrauchten Flaschen von Hand. Tausende von Flaschen und Gummistopfen müssen dringend neu angeschafft werden.

Darüber hinaus, so erfahren wir, gibt es trotz dieses Mangels an Infusionen noch einen durch mystische Vorstellungen der Bevölkerung ausgelösten Mehrbedarf. Die Menschen auf dem Land betrachten eine Infusion an sich als allmächtiges Heilmittel gegen „Krankheit“. Skrupellose Schwarzmarkthändler nutzen diesen Glauben schamlos aus. Wenn bei den Fischern im Mekong-Delta ein Kind am Dengué-Fieber erkrankt, tauschen die Eltern sogar ihr Fischerboot, um mit der solcherart erstandenen Infusion ihr Kind zu „heilen“, wie man und erzählt. Die Familien verlieren so ihre Einkommensquelle. Die ergaunerten Boote wurden von kriminellen Banden genutzt, um gegen harte Münze die Boat-People aufs Meer zu schiffen. Die stellvertretende Oberbürgermeisterin, Do Duy Lien, berichtet, daß dies tatsächlich Einzelfälle seien. Hinausgelockt werden sie durch die genauen Positionsmeldungen der dort kreuzenden Schiffe, die CIA-Sender von Guam aus nach Vietnam ausstrahlen. Große Politik also, auf die wir in der Apotheke stoßen.

Auch die Blutbank wirft eine Vielzahl neuer Probleme auf. Natürlich kann man Blutplasma selbst herstellen. Das Können und die Einsatzbereitschaft der Fachleute sind – wie in allen anderen Abteilungen auch – bewunderungswürdig. Allein die Tatsache, daß sie angesichts der unendlichen Probleme nicht in Lethargie verfallen, ist kaum nachvollziehbar. Aber die vorhandenen Kapazitäten, insbesondere



die schweren Zentrifugen, reichen nicht. Kühlschränke fehlen. Und vor allem ist die Untersuchungstechnik auf Hepatitis B, die in Südostasien extrem verbreitet ist, mangelhaft. 10 Prozent falsch negative Ergebnisse ergaben Kontrolluntersuchungen mit der Elisa-Technik. Jeder Akut-Verbrannte bekommt mindestens zehnmal Plasma transfundiert – jeder Patient „unserer“ Klinik würde damit die Pest gegen die Cholera eintauschen. Elisa-Test-Kits müssen von uns also langfristig geliefert werden.

Allmählich werden unsere Nachfragen treffender. Wer sind eigentlich die

Blutspender? Bei der in der Bevölkerung verbreiteten mystischen Abneigung gegen Blut kommen nur die Ärmsten der Armen. Motivieren kann man sie nur durch Zusatznahrung, denn mangelernährt sind sie schon. Woher aber Zusatznahrung nehmen, wenn die Ernährungslage der Patienten wegen der Überbelegung der Klinik ohnehin schon sehr angespannt ist. Wir werden Eiweiß-Konzentrate liefern, die sich schon in Kampuchea bewährt haben. Gegen geringe Mehrkosten bekommen wir sie in wiederverwendbaren Blechdosen verpackt, mit vietnamesisch beschrifteten Werbeaufklebern, damit auch die Nachbarn zum Blutspenden motiviert werden, wenn sie bei „Frau Phong von nebenan“ eine solche Blechdose als Vorratsbehälter sehen.

Die Arbeiterinnen in der Zentralwäscherei können für 1500 Patienten nur noch von Hand waschen – alle Maschinen sind über 40 Jahre alt und nur noch irreparabler Schrott. In der Wäschekammer gibt es gerade zwei alte Nähmaschinen und ein einziges Bügel-eisen.

Das Gesundheitsministerium in Hanoi hat die Hilfsaktion Vietnam dringend gebeten, hochauflösende Ultraschallgeräte nach und nach in allen medizinischen Zentren des Landes einzuführen. Sie werden nicht zuletzt deshalb gebraucht, um die entsetzlichen Mißbildungen von Feten zu erkennen, mit denen Frauen tagtäglich aus den dioxinversuchten Gebieten kommen.

geführt werden. Nach jedem neuen Seminar sollen den neu ausgebildeten Ärzten Ultraschallgeräte an ihren Kliniken zur Verfügung gestellt werden. Hanoi, Hué und Da Nang heißen die nächsten Stufen. Parallel dazu müssen Techniker in Wartung und Reparatur der Geräte qualifiziert werden. Die Arbeit der Hilfsaktion Vietnam ist schon längst über die reine Beschaffung von Verbrauchsgütern anhand medizinischer Bedarfslisten hinaus. Wir brauchen in Zukunft mehr Fachleute, die Vietnam mit Rat und Tat zur Seite stehen.

Eine Fahrt durch mehrere Krankenhäuser schließt die Planung unseres Ultraschallprojektes ab. Wir versuchen, an der größten Not vorbeizuschauen, wir wollen nur vor Ort klären, welche Kliniken die nächsten Sonographiegeräte erhalten sollen. Aber der Anblick des Mangels, der Not der Patienten und der Sysiphos-Arbeit der Ärzte und Schwestern läßt sich nicht verdrängen. In jeder Klinik steckt man uns Bedarfslisten zu. Es fällt unendlich schwer, jede konkrete Zusage zu verweigern – aber wir können nicht Hoffnungen wecken, ohne die Finanzierbarkeit vorher zu prüfen. Hilfe kostet Geld. Wir brauchen mehr Spenden.

Das Ausmaß der Probleme in der Großstadt ist schon erschütternd. Was aber wird uns erst in Da Nang oder gar auf dem Land erwarten? Unser Besuch in Da Nang gilt dem ehemaligen Malteser-Krankenhaus, das die Bundesregierung 1974/75 in der Nachfolge des La-

schraubern zum Einsatz kam. Mit diesem Vorwissen ausgerüstet erstaunt es uns nicht zu hören, daß ein großer Teil der Klinik seinerzeit ausschließlich als Militär-Lazarett für US- und Thieu-Offiziere genutzt wurde.

Das Malteserkreuz finden wir noch an allen Gebäudeteilen. Aber eine Hilfe aus der Bundesrepublik hat dieses Krankenhaus seit der Befreiung noch nie erhalten. Ganze Gebäudeteile sind völlig unbrauchbar geworden. Die Stahlbetonkonstruktionen sind durch die hohe Luftfeuchtigkeit rostzerfressen, Geld für eine Sanierung fehlt.

Drei Abteilungen der ehemaligen Malteserklinik sind dem Provinzkrankenhaus angeschlossen, einer 850-Betten-Klinik. Eine davon ist die Intensiv-Abteilung. Sie hat buchstäblich nichts mehr, was diesen Namen rechtfertigt. Die Überwachungs- und Beatmungsgeräte sind sämtlich irreparabel defekt, es mangelt sogar an Infusionsständern. Die Klimageräte sind alle ausgefallen.

Wir bewundern immer wieder die Unermüdlichkeit der vietnamesischen Ärzte, die unter solchen Bedingungen arbeiten. Ich wäre mit meinen 13 Jahren Berufserfahrung völlig nutzlos, denn ich habe nicht gelernt, mit nichts Medizin zu machen. Immerhin: Die OP-Lampen, die nicht mehr zu reparieren sind, können wir ersetzen. Inzwischen sind mehrere Tonnen unterschiedlicher Hilfsgüter nach Da Nang abgegangen.



Elefant am Steinsockel der Dau-Paugode, 16. Jahrhundert

Die ersten zwei Geräte wurden 1986 von uns geliefert. Dr. Meckler aus Offenbach hat ein Grundseminar mit rund 25 Ärzten in Ho-Chi-Minh-Stadt durchgeführt. Sein Lehrbuch wurde ins Vietnamesische übersetzt. Eine Ultraschallgesellschaft wurde in Vietnam gegründet, deren Vorsitzender, Dr. Phan Tan Hai, bereits ein weiteres Seminar durchgeführt hat.

Gemeinsam mit dem Leiter des Gesundheitswesens in Ho-Chi-Minh-Stadt und Dr. Hai entwickeln wir ein Konzept. Schrittweise sollen weitere Grundseminare und Aufbau-seminare unter Verantwortung von Dr. Meckler durch-

geleitet werden. Nach jedem neuen Seminar sollen den neu ausgebildeten Ärzten Ultraschallgeräte an ihren Kliniken zur Verfügung gestellt werden. Hanoi, Hué und Da Nang heißen die nächsten Stufen. Parallel dazu müssen Techniker in Wartung und Reparatur der Geräte qualifiziert werden. Die Arbeit der Hilfsaktion Vietnam ist schon längst über die reine Beschaffung von Verbrauchsgütern anhand medizinischer Bedarfslisten hinaus. Wir brauchen in Zukunft mehr Fachleute, die Vietnam mit Rat und Tat zur Seite stehen.

Am Ende unserer Reise müssen wir feststellen, daß die Arbeit der Hilfsaktion Vietnam 22 Jahre nach ihrer Gründung, 12 Jahre nach Ende des amerikanischen Vietnam-Krieges dringender ist als je zuvor. Für 85 Millionen Mark Hilfsgüter haben wir in dieser Zeit organisieren können. Vietnam könnte ein Vielfaches davon brauchen, doch das Land und das Leiden seiner Menschen sind bei vielen in Vergessenheit geraten.

Wolfgang Hühn

Dieser Ausgabe von dg ist eine Beilage der Hilfsaktion Vietnam beigelegt. Wir bitten die Leser um freundliche Beachtung.

Wolfgang Hühn
ist praktischer
Arzt und Vor-
standsmitglied
der Hilfsaktion
Vietnam.

Den „Onkel“ abwehren

Wie kann Mißhandlung von Kindern verhütet werden?



In Studien aus dem englischsprachigen Raum wird die Zahl derjenigen, die als Kinder sexuell mißbraucht und mißhandelt worden sind, mit rund 20 Prozent der Gesamtbevölkerung angegeben. In den USA wurde 1978 ein Projekt begründet, das sich speziell der Prävention des sexuellen Kindesmißbrauchs widmet – mit großem Erfolg. Ein ähnliches Projekt soll nun – bisher in Vereinsträgerschaft – auch bei uns begonnen werden.

dg-Redakteur Ulli Raupp sprach mit einer der Initiatorinnen, der Psychologin Elisabeth Fey aus Bielefeld

dg: Gibt es überhaupt genaue Daten über Kindesmißhandlung bei uns?

Fey: In der Bundesrepublik gibt es bisher noch keine verlässlichen Fallzahlen. Es gibt Statistiken, die sicherlich der Realität sehr nahe kommen. Dies sind Zahlen aus dem Bundeskriminalamt, die jedoch nur auf den angezeigten Fällen beruhen. Das sind durchschnittlich 12.500 Fälle von sexueller Kindesmißhandlung pro Jahr.

dg: Wie hoch wird unter Experten die Dunkelziffer geschätzt?

Fey: Hier Aussagen zu treffen ist sehr schwierig. Herr Bauermann, der beim BKA diese Untersuchungen durchführt, hat auch keine Ausführungen gemacht. Andere, die sich hiermit befaßt haben, rechnen auf einen angezeigten Fall 30 bis 50 nicht angezeigte Fälle. Wir kämen dann auf circa 350.000 bis 600.000 Fälle in der Bundesrepublik jährlich.

dg: Haben solche Zahlenangaben auch schon einmal öffentlich Resonanz gefunden?

Fey: Ja, das Familienministerium hat vor kurzem ein Modellprojekt in Berlin finanziell unterstützt, das sich um diesen Problemkreis formiert hat. In sei-

ner Presserklärung hierzu hat das Bundesministerium selbst die Zahl von jährlich 300.000 Fällen sexuellen Kindesmißbrauchs in der Bundesrepublik genannt.

dg: Was tut denn die Bundesregierung? Unternimmt sie wirklich etwas, um die-



Foto: Döhn, Mebes

sem horrenden Problem beizukommen?

Fey: Also, naja. Es gab einmal von den Grünen im Bundestag 1985 eine Anfrage zu diesem Thema, die nach einer unglaublich langen Bearbeitungszeit durch die Regierung außerordentlich mager und dürftig beantwortet wurde. Da wird im Grunde nur anerkannt, daß das Problem existiert. Es werden keinerlei Interventionsstrategien entworfen, wie zum Beispiel die Finanzierung eines Notruf-Telefons. Der ganze Bereich der Prävention und Aufklärung wird sträflich vernachlässigt: Es gibt höchstens ein paar Broschüren von der Kriminalpolizei, die aber vom Informationsgehalt mangelhaft und teilweise falsch sind.

dg: Aus diesem Grund, denke ich, haben Sie den „Verein zur Prävention von sexuellem Mißbrauch an Mädchen und Jungen“ gegründet?

Fey: Dieser Verein hat als oberstes Ziel, zuerst eine breite Öffentlichkeit zu erreichen. Das heißt: Aufklärung zum Problemkreis sexueller Gewalt an Mädchen und Jungen. Wir müssen erreichen, daß über diese Probleme überall ernsthaft geredet werden kann, sonst sind alle weiteren Maßnahmen erfolglos. Wir wollen einerseits speziellen Fachkreisen, die mit Kindern viel Kontakt haben, Informationen anbieten, andererseits natürlich auch Eltern. Wir wollen an Elternabenden über die Information hinaus vermitteln, wie Eltern ihren Kindern die entsprechende Aufklärung mitgeben können. Das fängt an bei den „richtigen Worten“, mit

Der „Sicherheitsschrei“ soll Opfern in Notsituationen helfen, Aufmerksamkeit zu erregen, aber auch, sich stark zu fühlen. Die erhobene Faust fällt herunter und drückt auf den Solar Plexus. Dadurch kommt der Schrei aus dem Bauch und nicht nur aus der Kehle. Er wird tiefer und kräftiger. Das Foto entstand im Juli 1987 auf einem Training für Frauen in Bielefeld.

denen man es den Kindern erklärt. Wir wollen vermitteln, wie Erziehung zur Sexualität, zur sexuellen Selbstbestimmung aussehen kann. Die Mädchen und Jungen müssen tatsächlich ihre Rechte kennen, müssen wissen, wann sie eingeschränkt werden und was sie dann dagegen unternehmen können.

dg: Nun leitet die Präventionsstrategie ihres Vereines eine ganz andere ‚Wende‘ ein: Die Rechte der Machtlosen, hier der Kinder, sollen nicht durch Gebote und Verbote eingeschränkt, sondern sogar erweitert werden. Bisher bestand ja die Aufklärung in diesem Bereich nur aus Sätzen, die mit „du darfst nicht...“ begannen.

Fey: Sehr richtig. Es herrscht ein Machtungleichgewicht zwischen Erwachsenen und Kindern und zwischen Männern und Frauen – zwischen Männern und Mädchen dann im Extrem. Deshalb wollen wir auch nicht die Kinder weiter einschränken, genausowenig wie wir in erster Linie versuchen, die Erwachsenen zu bekehren. Wir möchten zuallererst die Schwächeren so stärken, daß sie sich ihrer Möglichkeiten bewußt sind und sie auch nutzen können. Es hat sich ja bei bisherigen Untersuchungen erwiesen, daß das stille, pflegeleichte Kind das ‚ideale Opfer‘ ist. Deshalb wollen wir uns auch an die Kinder direkt wenden. Wir wollen – zum Beispiel in Schulen – das Thema mit den Kindern in Rollenspielen erarbeiten. Die Kinder sollen dabei vorgeführt bekommen, welche Situationen entstehen können, welche Gefühle geweckt werden, sollen das nachfühlen und äußern können und dann aber auch im Rollenspiel aktiv einüben, wie sie ‚nein‘ sagen können. Aktiv lernen, sich gegen eine unerwünschte Berührung von einem ‚Onkel‘ zu wehren, wegzugehen, Hilfe zu holen und sich über ihre Erfahrungen mitzuteilen.

dg: In den USA, wo diese Präventionsstrategie schon länger vom ‚child assault prevention project‘ – kurz capp – durchgeführt wird, ist die Zahl der Fallmeldungen sprunghaft gestiegen, wo das Projekt gestartet worden ist. Sie schreiben in ihren Vereinszielen, daß erst die Interventionseinrichtungen aufgebaut sein müssen, ehe man das Projekt hier starten könne. In unserer Republik hat es aber noch nie Geld gegeben, ehe nicht der hinterletzte Bürger das Kind mit eigenen Augen im Brunnenschacht hat liegen sehen.

Fey: Das muß ein zweigleisiges Vorgehen sein. Die Fortbildung an Universitäten und Schulen muß beginnen, die Gelder für den Ausbau der Interventionseinrichtungen müssen gefordert und bewilligt werden, und parallel dazu muß die Prävention stattfinden. Wenn es eine qualitativ hochwertige Präventionsstrategie ist, und darauf arbeiten wir hin, werden Kinder auch wirklich geschützt vor der Einschränkung ihrer Rechte. Dem hätten sie sich sonst nicht entgegenstellen können. Das ist ja nun auch der oberste Zweck.

dg: Sind denn solche Programme schon bei uns gestartet worden?

Fey: Nein, noch nicht. Die Ideen, die dazu existieren, sind sehr ‚amerikanisch‘ und müssen noch unseren Kulturvorstellungen angepaßt werden. Der zweite Aspekt: Wenn Kinder ermuntert werden, sich mitzuteilen, ist völlig willkürlich, was passiert. In USA besteht dann eine Meldepflicht. Hier wären Lehrer und Erzieher völlig überfordert, mit der zu erwartenden Flut von Mitteilungen umzugehen. Der Ausbau der Kapazitäten zur Intervention müßte schon noch ein Stück mehr gefördert sein. Das ist zwar keine primäre Prävention mehr, aber doch sicher meist Vorbeugung vor weiterem sexuellem Mißbrauch. Wir halten es im Augenblick noch nicht für verantwortbar, das Programm in größerem Umfang zu starten. Es werden allerdings jetzt schon Lehrerinnen und Lehrer, Schulpsychologen – also Fachpersonal – geschult. Ich habe selbst viele Elternabende veranstaltet, das läuft schon an vielen Stellen. Die ersten Schritte sind getan.

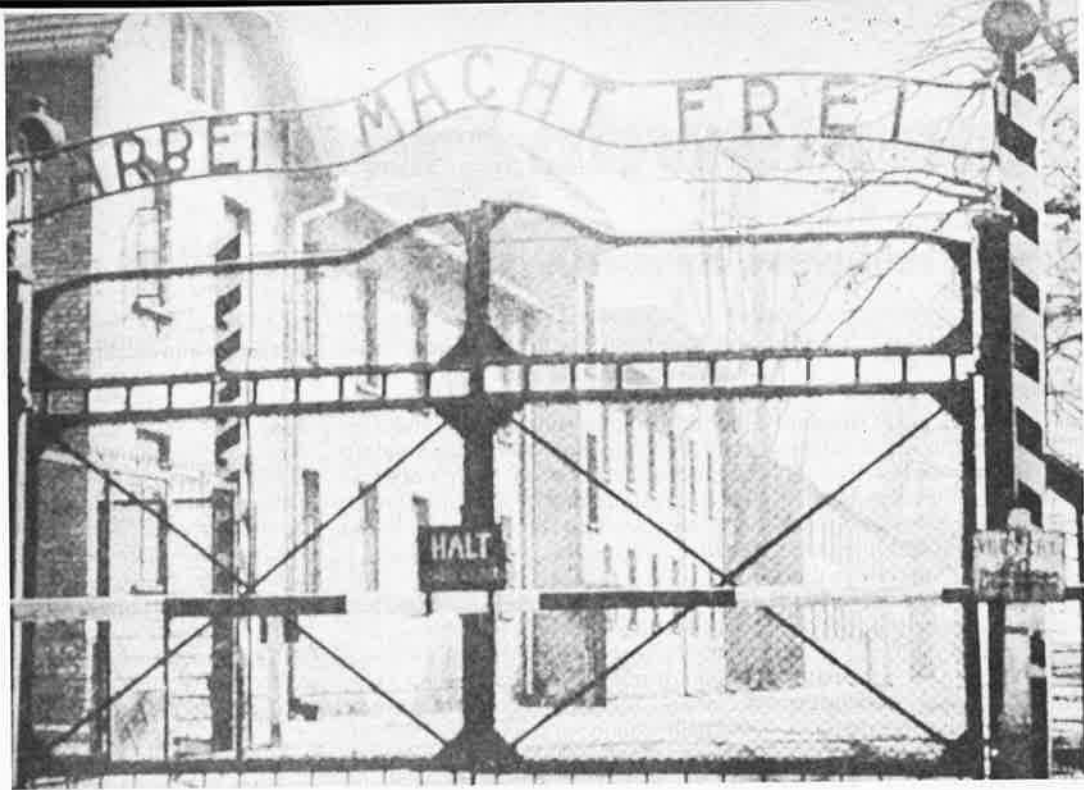
dg: Was denken Sie, wann Sie soweit sein werden, solche Programme den Schulen, auch den Kindern anzubieten?

Fey: Ich denke, wir werden an einigen Orten, hier in Bielefeld und Gütersloh, in Berlin und in Hamburg mit Pilotprojekten anfangen. Die müssen erst einmal finanziert werden. Das wird sicherlich noch ein Jahr dauern. Diese Pilotprojekte werden wissenschaftlich begleitet. Danach, in etwa zwei bis drei Jahren, werden wir weitere Arbeit an anderen Schulen leisten können. Also mindestens noch vier Jahre, aber das sind Schätzungen. Zwischenzeitlich wird natürlich viel laufen über Theatergruppen beispielsweise, die in die Schulen gehen.

dg: Arbeiten Sie mit Einrichtungen zusammen, wie etwa dem Kinderschutzbund oder den ärztlichen Beratungsstellen gegen Kindesmißhandlung?

Fey: Wir haben da noch relativ wenig Kontakt. Mit dem Kinderschutzbund auf lokaler Ebene schon, da hier einige Gruppen sehr engagiert zu diesem Thema arbeiten. Im Februar 1988 wird die Landesarbeitsgemeinschaft des Kinderschutzbundes sich auch speziell zu unserem Programm informieren. Besonders produktive Kontakte zum Gesamtverband existieren leider nicht.

Kontakt und Anfragen bitte an:
Elisabeth Fey (Dipl.-Psych.), Obermörtwall 14,
4800 Bielefeld 1, Tel.: (0521) 66291.



Tor des Stammlagers Auschwitz. Die IG Farben, für die Herbst 1944 über 10 000 Häftlinge arbeiteten, errichtete in unmittelbarer Nähe ein Werk zur synthetischen Herstellung von Gummi und Benzin. Die durchschnittliche Überlebensdauer der zur Arbeit ausgewählten Häftlinge betrug im Lager Auschwitz drei bis sechs Monate.

Geheimbezirke?

Zur engen Zusammenarbeit von SS und Betriebsärzten

Die Verbrechen der Mediziner im Nationalsozialismus hätten sich unter Ausschluß der Öffentlichkeit abgespielt, behauptet Karsten Vilmar, der Präsident der Bundesärztekammer. Hat wirklich kaum jemand etwas gewußt? Gine Elsner zeigt, wie eng die Zusammenarbeit zwischen SS und Betriebsärzten war

„Die Vergangenheitsbewältigung darf nicht kollektiv die Ärzte diffamieren“, hieß es vor einem Jahr im Deutschen Ärzteblatt. „Man sollte doch nicht vergessen“, sagte der Interviewte Karsten Vilmar, „daß gegenüber der Gesamtzahl der in Deutschland tätigen Ärzte die Anzahl der an Medizinverbrechen unmittelbar Beteiligten mit höchstens 400 relativ klein war.“ Die meisten dieser Verbrechen hätten sich zudem unter Ausschluß der Öffentlichkeit abgespielt: „Innerhalb der von der Außenwelt ohnehin abgeriegelten Lager bildeten sie noch einmal einen Geheimbezirk, zu dem nur Peiniger und Gepeinigten Zutritt hatten.“

Zu viele Hinweise gibt es jedoch dafür, daß die Grauel der SS-Ärzte in den Konzentrationslagern nach außen drangen. KZ-Häftlinge wurden als Arbeitskräfte herangezogen und arbeiteten in vielen Betrieben. Dort gab es

Betriebsärzte, zu deren Aufgaben die regelmäßigen Betriebsbegleitungen gehörten. Aber nicht nur KZ-Häftlinge wurden durch Arbeit vernichtet. Das Programm der ‚Vernichtung durch Arbeit‘ bezog auch die Zwangsarbeiter mit ein. Und deren Behandlung oblag den Betriebsärzten. Sie waren also auch Lagerärzte.

„Die nationalsozialistische Forderung geht vom Menschen aus, sie gibt ihm den Arbeitsplatz, den er ohne Gefahren für seine Gesundheit ausfüllen kann“, hieß es. Im Jahre 1936 hatte der spätere Stellvertretende Reichsarztelführer, Fritz Bartels, die Errichtung eines einheitlichen Betriebsärztewesens angekündigt, das in „engster Zusammenarbeit mit der gewerblichen Wirtschaft“ zu sehen sei.

Die Betriebsärzte sollten grundsätzlich von den Betrieben angestellt werden, und sie seien dem Betriebsführer gegenüber verantwortlich. „Aber die Arbeit müsse nach Richtlinien geschehen, die zentral herausgegeben werden.“ Diese Richtlinien erschienen 1940, bearbeitet vom ‚Amt Gesundheit und Volksschutz der Deutschen Arbeitsfront‘. „Die gesundheitliche Betreuung und damit die Sorge um die Erhaltung der Arbeitskraft aller Schaffenden ist eine der vornehmsten sozialistischen Aufgaben“, schrieb Robert Ley, Führer der „Deutschen Arbeitsfront“ (DAF), im Vorwort.

Es gehörte zunächst *nicht* zu den

Aufgaben der Betriebsärzte, kassenärztlich zu behandeln. Ambulant tätig wurden die Betriebsärzte erst später. Ende 1942 und Anfang 1943 wurde zwischen der DAF, dem Amt ‚Gesundheit und Volksschutz‘ und der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands geregelt, unter welchen Bedingungen Betriebsärzte an der ambulanten Versorgung teilnehmen konnten. Insbesondere wurde eine solche Regelung notwendig zur Versorgung der Zwangsarbeiter in den Lagern.

„Nach allem, was man gesehen und bei den verschiedensten Gelegenheiten gehört hat, scheint mir die Auffassung am richtigsten, daß der Russe, zumindest die russische Landbevölkerung (denn die Industriearbeiter sind mit den Werken evakuiert worden), wenn sie einmal dem Einfluß der Juden und Kommissare entzogen sind, wie große Kinder zu bewerten sind.“ So aus einem internen Memorandum der IG Farben über die Behandlung von ‚Ostarbeitern‘.

Die Arbeits- und Lebensbedingungen der sowjetischen Fremdarbeiter waren noch schlechter als die der polnischen. Ihre Behandlung ist als Umsetzung des rassistischen Prinzips der Unterteilung in ‚Herrenmenschen‘ und ‚Untermenschen‘ anzusehen. In den sogenannten Ostarbeitererlassen, die das Reichssicherheits-Hauptamt (RSHA) im Februar 1942 erlassen hatte, wurden die Grundsätze für die Beschäftigung und Behandlung der sowje-

tischen Fremdarbeiter festgelegt: Unterbringung in geschlossenen Wohnlagern, umzäunt, nach Geschlechtern getrennt, Verbot von Freizügigkeit und Verbot, das Lager zu verlassen, keine Arbeitsschutzrechte und keine Bezahlung von Überstunden und Sonn- und Feiertagsarbeit.

Sowjetische Frauen wurden mit Männerarbeit beschäftigt. „Ausländische Arbeiterinnen, die noch ausgesprochene Frauenarbeit verrichten, müssen umgesetzt werden, da insbesondere Ostarbeiterinnen Männerarbeit gewohnt sind“, hieß es. Oder: „Weibliche Ostarbeiter sollen aus den leichten Arbeiten herausgenommen werden, um männliche Handwerker zu ersetzen.“ Als „Belohnung für besondere Arbeiten oder besonders gute Führung erhielten sie Krepppapier, was die Russenfrauen sehr lieben“.

Zuständig für die ärztliche Versorgung auch der sowjetischen Arbeitnehmer war die Kassenärztliche Vereinigung; aus einer Verfügung des Reichsarbeitsministers vom März 1941 über die Krankenversorgung von zivilen russischen Arbeitskräften geht die unzureichende Grundlage für diese ärztliche Versorgung hervor: „Die ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei und Heilmitteln wird in ausschließlicher Zuständigkeit von der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschland gewährt. Die Unternehmer ... zahlen für die Deckung der entstehenden Kosten an die zuständige Krankenkasse für jeden bei ihnen beschäftigten russischen Arbeitnehmer monatlich 4,- RM. Die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands erhält für jeden von ihr betreuten Arbeiter monatlich 2,- RM.“

Im Juni 1943 erging ein Erlass des RSHA, nach dem die Kinder von Polinnen und Russinnen in besonderen „Ausländer-Pflegestätten“ untergebracht werden sollten. „Gutrassige“ Kinder sollten von „schlechttrassigen“ getrennt werden, wobei vor allem die Kinder von russischen Frauen als „schlechttrassig“ galten. Diese Kinderheime wurden oftmals von den Betriebs- und Lagerärzten versorgt. Ein Großteil der Kinder ging darin wegen unzureichender hygienischer Bedingungen zugrunde.

Der Betriebsarzt des IG Farben-Werks Anorgana in Gendorf, Dr. Hartung, war neben seiner betriebsärztlichen Tätigkeit auch für die Versorgung eines Kinderheims für neugeborene Kinder von Polinnen und „Ostarbeiterinnen“ zuständig. „In Anbetracht der steigenden Zahl von Entbindungen von Ostarbeiterinnen und Polinnen bestand für die Kreisleitung der NSDAP die dringende Notwendigkeit, diese Kinder aus den deutschen Haushaltungen herauszunehmen, die Mütter in einem Heim entbinden zu lassen und die Kinder nach der Geburt in diesem Heim zu belassen“, heißt es in einem Schreiben

der NSDAP-Kreisleitung Mühldorf vom März 1944.

Im IG Farben-Werk Leverkusen gab es eine Kinderkrippe im Lager Buschweg, in der die Säuglinge und Kleinkinder der Ausländerinnen untergebracht waren. „Die Einrichtung dieser Kinderkrippe war gut und ausreichend“, gab Dr. Peter Wolff, der leitende Betriebsarzt, im Nürnberger IG Farben-Prozeß zu Protokoll. „Man muß berücksichtigen, daß bei den Ausländerinnen auch gar nichts an Windeln und Wäsche usw. zur Verfügung stand und alles aus dem Nichts geschaffen werden mußte. Auch die Beschaffung der notwendigen Säuglingsmilch und zusätzlichen Breikost verursachte anfangs verständliche Schwierigkeiten. Es ist daher kein Wunder, daß, besonders auch in den heißen Monaten, Säuglinge, die nicht gestillt wurden, gefährdeter waren und an Ernährungsstörungen oder Darminfektionen zugrunde gingen.“

Vom Frühjahr 1943 an wurden die Möglichkeiten der Abtreibung bei schwangeren Polinnen und „Ostarbeiterinnen“ ausgeweitet. In Leverkusen habe man sich in dieser Frage absolut zurückhaltend verhalten, sagte Peter Wolff. „Deutsche Ärzte haben keine Schwangerschaftsunterbrechungen bei Ausländerinnen ausgeführt. Es wurde lediglich das Hilfskrankenhaus für Ausländer auf Verlangen der Behörde zur Verfügung gestellt. Die Schwangerschaftsunterbrechung bei Ausländerinnen wurde nur auf freiwilligen Antrag der Schwangeren hin und nur nach Genehmigung durch die zuständige Ärztekammer von einem russischen Arzt in Leverkusen vorgenommen.“

Kein Betrieb hat so viele KZ-Häftlinge beschäftigt wie die IG Farben. Im Herbst 1944 arbeiteten mehr als 10 000 KZ-Häftlinge für die IG, die meisten in dem Werk Auschwitz.

Für die KZ-Häftlinge waren grundsätzlich die SS-Ärzte zuständig und nicht die Betriebsärzte. Aber Überschneidungen in den Kompetenzen gab es – zumindest in Auschwitz – bei Arbeitsunfällen. „Die Entsendung des Werksarztes und des Krankenwagens zur Unfallstelle war unabhängig von der Zugehörigkeit des Betroffenen“, sagte Ulrich Peschel, nebenamtlicher Betriebsarzt im Werk Auschwitz von 1941 bis 1944, vor dem amerikanischen Militärgericht in Nürnberg aus. „Es ist gegen das Verbot der SS auch vorgekommen, daß der IG-Krankenwagen Häftlinge von der Unfallstelle über die Ambulanz, die erste Hilfe leistete, zum Lager Monowitz gebracht hat ...“ Von Mißhandlungen der Häftlinge sei ihm aber nie etwas zu Ohren gekommen.

Auch andere, die das Werk besichtigten, sahen nichts – so der Leiter der Ärztekammer. Ulrich Peschel berichtete in Nürnberg von einer „netten Begebenheit, die ich mit dem Leiter der Ärztekammer und dem Gauamtsleiter

der DAF erlebte, als ersterer fragte, warum die Gesundheits- und Verpflegungsverhältnisse so sehr viel besser sind als in anderen von ihm besichtigten Werken“.

Während also in Auschwitz offenbar die Kompetenzen zwischen den verschiedenen Arztgruppen – Betriebsarzt, Lagerarzt, SS-Arzt – grundsätzlich verschieden waren, gab es in anderen IG-Werken stärkere Überschneidungen. So im Werk Anorgana in Gendorf.

Der dortige Betriebsarzt, Dr. Hartung, war auch zuständig für die KZ-Häftlinge, die im Werk arbeiteten. In einer Aktennotiz vom November 1943 ist die ärztliche Versorgung der KZ-Häftlinge geregelt; der Betriebsarzt übernimmt danach die Vertretung des KZ-Arztes, das ist ein Dr. Wolter, der der erste Lagerarzt des Konzentrationslagers in Dachau ist. Das Teil-Lager in Gendorf ist eine Dependence des Konzentrationslagers Dachau. Dr. Hartung übernimmt hier für Dr. Wolter die ärztliche Versorgung der KZ-Häftlinge.

Im einzelnen regelt die Aktennotiz das folgende:

1. Besprechung zwischen Hauptsturmführer Dr. Wolter, Lagerarzt KL Dachau, und Dr. Hartung.
2. Die ärztliche Versorgung des KL-Teilagers Gendorf wird nach vertraglicher Regelung Dr. Hartung übernehmen.
3. Da 1. Lagerarzt SS Hauptsturmführer Wolter der zuständige Amtsarzt für die KZ-Häftlinge ist, ist Dr. Hartung sein Stellvertreter.
4. (...)
5. Bei Operationen mit langanhaltender Versorgung, Brüche, Sterilisation, Leistenbrüche usw. erst Verständigung des SS-Hauptsturmführers Dr. Wolter.
6. Offene TBC oder Häftlinge, die krankheitshalber Mehrbelastung bedeuten als nützliche Arbeitskraft, nach Verständigung von Dr. Wolter zurückzuführen.

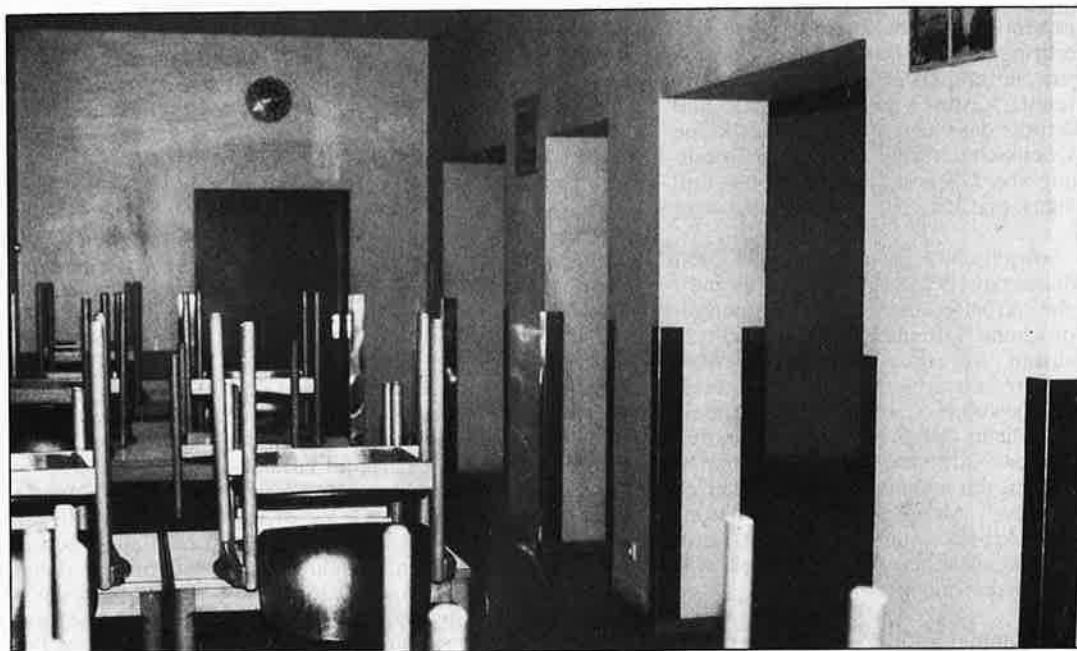
Die Anorgana beutete die KZ-Häftlinge rücksichtslos aus. Zwischen der Anorgana und dem KZ Dachau wurde vereinbart, daß die Sonntage als Ruhetage akzeptiert wurden – selbst wenn das Werk die Häftlinge arbeiten ließ. Das Werk brauchte dann für die Sonntagsarbeit keine Unkosten an das KZ abzuführen. Auch das sah Dr. Hartung mit an. Als Vertreter des KZ-Arztes nahm er offensichtlich auch Sterilisationen vor – zumindest ist dies aus der Aktennotiz so zu schließen. Er war somit eingebunden in die rassenbiologische Diskriminierung. Weder er noch andere Betriebsärzte wurden aber für ihr Tun zur Rechenschaft gezogen.

Gine Elsner

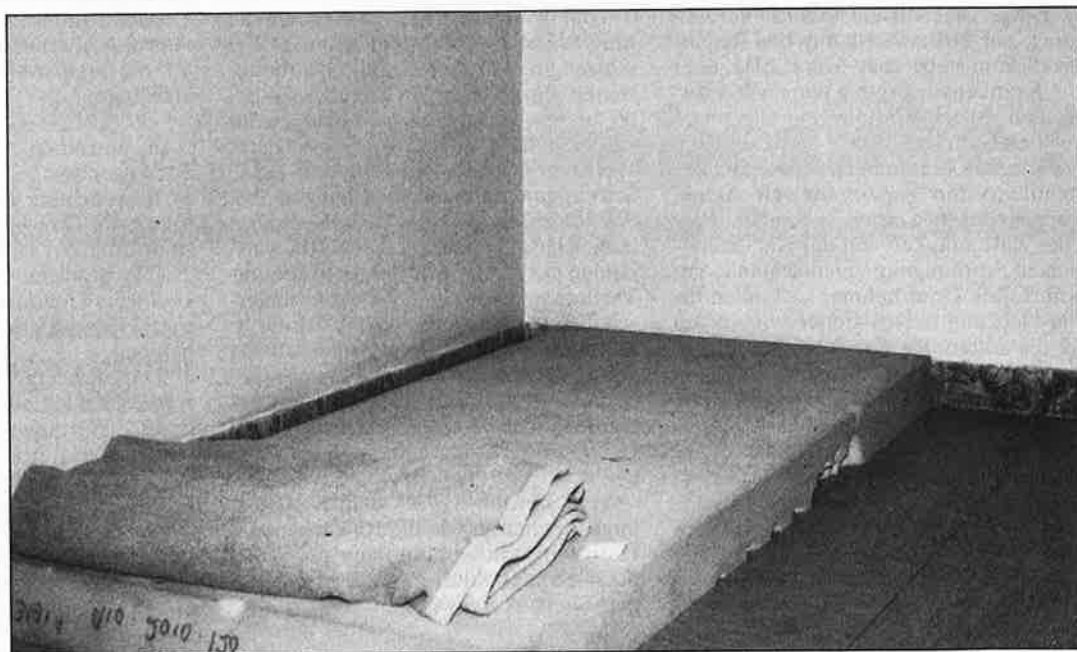
Eine Fassung des Artikels mit Anmerkungsapparat und Literaturliste kann gegen Einsendung von drei Mark (in Briefmarken) bei der Redaktion bezogen werden.

Gine Elsner ist Professorin für Arbeitsmedizin in Bremen

Der Flur zwischen dem Treppenhaus und den Stationszimmern wird als Tagesraum für unsere 32 Patienten genutzt. Hinter den Pfeilern ist noch eine Fernsehecke und ein Raum mit drei Tischen



Nur selten muß ein Patient mit Gewalt in die Zelle gebracht werden. Öfter fragt einer, ob er noch drin bleiben darf, weil er nur hier Ruhe hat



Rollstuhlfahrer müssen wahre Akrobaten sein, wenn sie sich hinlegen wollen. Auch das Bett in der Ecke wird genutzt



In den ersten beiden Teilen seines Berichts beschrieb der Krankenpfleger Michael Probstak die Patienten und das Personal, die Räumlichkeiten und Beschäftigungen, die Ärzte und die „Therapie“ auf der Station, auf der er ein Jahr gearbeitet hat.

Sexualität

Gespräche mit Patienten über Sexualität kommen von Zeit zu Zeit vor. Ich wurde schon öfter gefragt, ob ich eine Freundin habe und wie sie denn im Bett wäre, ob ich fremd ginge oder öfter in den Puff. Also Gespräche, wie man sie von „Männertreffs“ in irgendwelchen Kneipen kennt. Die Patienten erzählen über ihr Sexualleben vor ihren „neuen Leben“ oder auch über eine frühere Freundin, die sie zum „Wahnsinn“ trieb. Der Grund, warum sie jetzt hier seien. Eine richtige Freundin hat keiner der Leute, die bei uns wohnen. Bei vielen weiß ich nicht einmal, ob sie noch sexuelle Bedürfnisse haben. Deswegen spiegelt dieser Bericht auch nicht die Situation im großen und ganzen, sondern nur einzelne Patienten oder einzelne Gruppen wider.

Im Dienstzimmer liegen öfter Zeitschriften wie „Neue Revue“ oder „Freizeit Revue“. Diese werden nach nackten Frauen, meist schweigend, durchgeblättert, und man merkt, daß es schon lange her sein muß, als sie das letzte Mal Zärtlichkeiten mit einer Frau ausgetauscht haben. Im Tagesraum werden viele selbstgedichtete Lieder gesungen, die von Frauen, und was sie mit ihnen gerne alles machen würden, handeln.

In der Hauptsache befriedigen sich die Leute selbst. Einige haben kein sehr ausgeprägtes Schamgefühl, so daß sie es nicht nur im Bett, sondern auch im Tagesraum oder auf dem Flur tun. Obwohl darunter bestimmt einige sind, die bevorzugt da, wo das weibliche Pflegepersonal es sieht, onanieren. Einmal stellte sich ein Patient onanierend vor die Ärztin und sagte ihr: „Ich will Dir jetzt ein Kind machen!“ Die Ärztin kehrte ihm den Rücken zu, schüttelte verständnislos den Kopf und sagte mir, daß ich ihn bitte wegschicken solle.

Andere versuchen, beim Onanieren unbeobachtet zu bleiben, was bei unserer Station jedoch einige Schwierigkeiten bereitet. Wenn wir sie dabei sehen, schrecken sie sichtlich zusammen. Vom Personal versuchen wir dies, so gut es geht, zu ignorieren.

Einer der Patienten onaniert ziemlich oft. So oft, daß sich seine Mitpatienten daran stören und ihn weg schicken. So irrt er vom Tagesraum zum Klo, vom Klo ins Bett, vom Bett in den Flur, und immer wird er von irgendjemanden fortgejagt. Wenn er sich vor die Küche stellt, wo wir gerade frühstücken oder Kniffel spielen, schicken wir ihn fort. Er findet also nur selten seine Ruhe. Untereinander tauschen

die Patienten auch Zärtlichkeiten aus. Sie liegen dann zusammen in einem Bett und streicheln sich oder machen Analverkehr. Ich glaube, daß sie nachts noch am ehesten ihre Ruhe dafür haben. Eine engere Freundschaft zwischen zwei Patienten ist nicht zu erkennen. Ich glaube, daß keiner einen bestimmten Partner hat.

Anzumerken wäre noch, daß bei „Schizophrenen Reaktionen“ oft gesagt wird: „Der hat mir mein Kind geklaut“ oder „Wenn der mir nicht sofort meine Geburt wiedergibt, schlag' ich ihn tot“. Ob dies etwas mit unausgelebter Sexualität zu tun hat, weiß ich nicht. Ich könnte es mir auf jeden Fall vorstellen. Ernsthafte Gespräche über Sexualität der Patienten werden weder vom Personal allein noch mit den Patienten geführt. Wie hilflos ich dem ganzen Problem ausgeliefert bin, möchte ich an einem kurzen Gespräch erläutern.

Ich bin im Dienstzimmer und richte gerade die Blutabnahme für den nächsten Tag. Da kommen zwei Patienten herein. Einer setzt sich auf den freien Stuhl, der andere steht angelehnt am Schreibtisch. Ich mache meine Arbeit weiter.

G. zu N.: „Na, kommst du gerade vom Wichsen?“ N. schweigt, schaut ihn nur an. G. leicht erregt: „Vom Wichsen wird man dumm.“ Schaut mich an und sagt: „Die haben doch hier nur eins im Sinn, immer nur wichsen, wichsen, wichsen. Die sind doch alle bekloppt hier!“ N. zeigt immer noch keine Reaktion. G. zu N.: „Du mußt mal richtig eine Frau poppen“, schaut mich an, „ist doch wahr, Michael, oder?“ Ich weiß nicht, was ich sagen soll.

G. fährt fort: „Mich regt das auf. Draußen, der D., ist ja ständig dran. Da kann man ja nicht mehr hinsehen. Der packt seine Genußwurzel ja überall aus, egal wo. Ja, seht ihr das denn nicht? Ist euch das egal? Noch nicht einmal beim Fernsehen bleibt einem dieser Anblick erspart. Egal, wo der ist, der ist doch immer dran, auf dem Klo, im Gang, im Tagesraum. Und wenn ich im Bett meine Ruhe haben will, höre ich sein Bett quietschen. Ich werd' hier noch wahnsinnig! Was soll ich denn machen?“ Schaut mich dabei fragend an, und ich weiß immer noch nicht, was ich sagen soll.

Mir gehen seine Probleme durch den Kopf. Kein Arzt, kein Psychologe, keine Kollegen, mit denen ich solche Probleme besprechen könnte, und ich habe doch selbst keine Ahnung, fühle mich einfach überfordert. Nach einer Weile durchbreche ich das Schweigen und frage ihn: „Onanierst du denn nicht? Hast du keine Probleme mit deiner Sexualität?“ G. darauf: „Doch. Und dann diese Truxal-Tropfen, die steigern die Potenz ja noch. Wenn ich so im Bett liege, hasse ich meine Potenz. Ich wünschte, ich wäre impotent.“ Er steigert sich

Endstation

Alltag in der Psychiatrie Teil III

„Ich möchte betonen, daß dies ein Bericht von einer einzigen Station ist, und zwar von einer, die im Haus verrufen ist. Das Pflegepersonal von den anderen Abteilungen fragt sich oft wie man dort arbeiten kann. Sie wird intern als „Endstation“ bezeichnet. Die Situation bei uns ist mit der auf anderen Stationen nicht zu vergleichen. Jedoch bin ich überzeugt davon, daß es solche Stationen auch in anderen psychiatrischen Kliniken gibt. Ich möchte betonen, daß ich die Dinge wahrheitsgemäß geschildert und nicht übertrieben habe.“

immer mehr hinein und zittert innerlich wie auch äußerlich.

G. weiter: „Ich kann mir dabei nicht einmal mehr eine Frau vorstellen.“ Er fängt an zu weinen und fragt, ob ich ihm eine Neurocil-Tablette geben könne. Ich versuche, es ihm auszureden, worauf er mich anschreit: „Dann besorg du mir doch eine Frau! Du mußt ja nicht ständig hier drin bleiben. Ihr habt ja alle gut reden.“ Nach einigen Minuten Pause: „Jetzt gib mir endlich die Neurocil, oder mußt ich vorher alles kurz und klein hauen?“ Ich gehe zum Medikamentenschrank, gebe ihm seine Tablette und trage in die Kurve ein: „Wegen starker Erregungszustände eine Tablette Neurocil 50 gegeben.“ G. bedankt sich bei mir und geht aus dem Dienstzimmer. □

Michael Probstak ist Krankenpfleger und hat bis vor kurzem am Krefelder Alexianer Krankenhaus gearbeitet

Hartmut Reiners, Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Bonn 1987, WIdO – Materialien 30, 284 Seiten, 10 Mark

Mein Aktenordner über die Beiträge verschiedener Interessengruppen zur Strukturreform im Gesundheitswesen platzt mittlerweile aus den Nähten. Wer die Diskussion nach dem St.-Florians-Prinzip kennt, möglichst die anderen Beteiligten zu schröpfen und die eigene Position unbelehrt zu lassen, erwartet bei einem 300-Seiten-Wälzer des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen nicht unbedingt einen neu-

maßnahmen im Gesundheitswesen werden ebenso wie die nur angeblich effektive Selbstbeteiligung, aber auch die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen und die sogenannte Kostenexplosion einer kritischen Würdigung unterzogen.

Breit dargestellt wird die Situation der allgemeinen Ortskrankenkassen, ihre ungünstige Mitglieder- und Beitragsstruktur und eine Entwicklung, die die sozial Schwachen bei ohnehin ständiger Benachteiligung in der Benutzung des Gesundheitssystems zusätzlich noch mit proportional vermehrten Kosten belastet.

Zusammenschlusses der Kassen und ihrer Verwaltungseinheiten, wäre es Wert, einmal unter wissenschaftlichen Aspekten untersucht zu werden; selbst wenn man sich dabei die Rüffel der eigenen Verbandsfunktionäre und die Prügel unterschiedlichster Interessenten im Gesundheitsbereich einhandeln müßte. So weist der Beitrag von Reiners zwar die Unfähigkeit der Marktregulierung nach, marschiert aber um die eigenen Alternativen wie die Katze um den heißen Brei. Dies wirkt bei allen positiven Aspekten der Ausführungen letztlich wenig überzeugend.

Kritisch anzumerken ist, daß die berechnete Furcht des Autors vor einer weiteren marktwirtschaftlichen Aufweichung unseres Gesundheitswesens die jetzige Versorgungssituation zum Teil doch recht rosig erscheinen läßt. Daß es zu den humanitären Traditionen unserer Gesellschaft gehört, jedem Kranken und von Krankheit Bedrohten medizinische Behandlung und Betreuung ohne Ansinn der Person zu gewähren, stimmt weder für die Gegenwart und schon gar nicht für die Vergangenheit.

Die Behauptung, daß in keinem der westlichen Industrieländer die Krankenversorgung allein der Privatinitiative überlassen bleibt, blendet darüber hinaus 40 Millionen nicht krankenversicherte US-Amerikaner einfach aus. Die Auswirkungen diagnoseabhängiger Fallpauschalen werden im wesentlichen nur auf die Organisation des Gesundheits- und Krankenhaussektors, nicht aber auf die medizinischen Auswirkungen hin überprüft. Dies alles soll die insgesamt lesenswerte Abhandlung jedoch in ihrem Wert nicht mindern.

Lobend sei hervorgehoben, daß die Ergebnisse der Untersuchung am Schluß des Bandes thesenhaft zusammengefaßt werden. Ein umfangreiches Literaturverzeichnis und, bei derartigen Arbeiten eigentlich ungewöhnlich, ein ausführliches Sachregister machen die Arbeit von Hartmut Reiners zu einem zweckmäßigen Gebrauchsartikel, der von jedem genutzt werden sollte, der ernsthaft über eine bislang leider nicht in Aussicht stehende Strukturreform des Gesund-

heitswesens mitdiskutieren will. Der Preis von 10 Mark ist ungewöhnlich niedrig, er liegt in der guten Tradition des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen, seine Arbeiten kostenlos oder zu günstigen Bezugsmöglichkeiten anzubieten. Das dem Band beigelegte Verzeichnis der übrigen WIdO-Veröffentlichungen läßt gesundheitspolitisch Interessierte sicher weitere lesenswerte Arbeiten des Instituts finden. Bezugssadresse aller Veröffentlichungen des WIdO ist: Postfach 20 03 44 in 5300 Bonn 2.

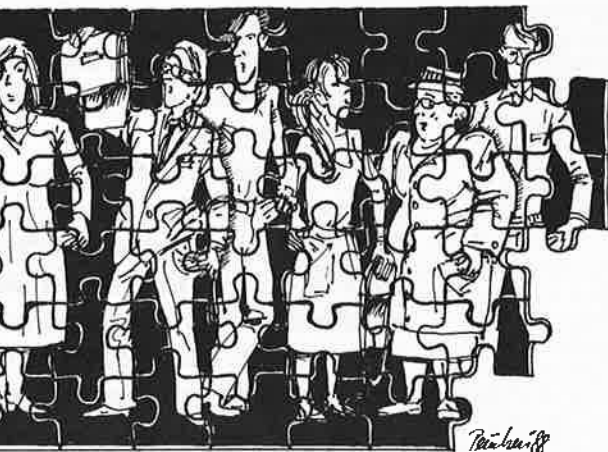
na

Heiner Keupp, Psychosoziale Praxis im gesellschaftlichen Umbruch, Sieben Essays, Bonn 1986, Psychiatrie-Verlag, 222 Seiten, 24,80 Mark

Einen weiteren Bogen spannt Heiner Keupp mit seinen sieben Essays über die Landschaft psychosozialen Forschens und Arbeitens in den achtziger Jahren. Komplexe theoretische Analysen und kritische Bestandsaufnahmen psychosozialer Arbeitsfelder sind in diesem Buch zusammengebunden. Die Lektüre zwingt zum ständigen Wechsel der Perspektive. Dies fordert ein großes Maß an Konzentration und Ausdauer. Der Autor fordert aber auch einen radikalen Umbau der herrschenden Strukturen psychosozialer Praxis, er bleibt nicht bei der Analyse stehen.

Als Rahmen seiner Arbeit gibt H. Keupp die aktuellen gesellschaftlichen Auswirkungen nach Beendigung der sozialliberalen Reformpolitik an. In der politischen Analyse lehnt er sich an den von Habermas eingeführten Begriff der „neuen Übersichtlichkeit“ an. Er sieht auch in der psychosozialen Landschaft ein Nebeneinander von Demontage und neuen vielversprechenden Ansätzen. Letzteres vor allem im reichlich sprießenden Selbsthilfebereich.

Keupp rechnet uns vor, daß im Rahmen der strukturellen Krise der modernen Industriegesellschaft bis zu einem Drittel der erwerbstätigen Bevölkerung von zeitweiliger oder langfristiger Arbeitslosigkeit betroffen gewesen. Psychosoziale Praxis in der Gemeinde muß also vor allem diesem Teil der Bevölke-



en Beitrag zur Debatte. Dies ist allerdings ein Irrtum, auch wenn der Titel „Ordnungspolitik im Gesundheitswesen“ den geneigten Lesern in ihrer Bedeutung erst einmal erklärt werden muß. Es geht nämlich um die Art und Weise der Steuerung volkswirtschaftlicher Ressourcen im Gesundheitssektor.

Die Abhandlung, die auch interessierten Laien verständlich ist, bringt dabei noch einmal alle Argumente, die die jetzige Situation des Gesundheitswesens beleuchten. Im Vordergrund stehen verständlicherweise die Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung, über die der weitaus größte Anteil aller Gesundheitsausgaben finanziert wird. Übersichtliche statistische Materialien beschreiben die bundesdeutsche Gesundheitsversorgung in ihrer Entwicklung, aber auch das fortbestehende soziale Gefälle in diesem Land und dessen gesundheitliche Folgen. Die sogenannten Kostendämpfungs-

Lobenswert ist, daß der Autor Hartmut Reiners sich die Mühe macht, alle derzeit gängigen Reformmodelle der gesetzlichen Krankenversicherung auf ihre Effektivität und Realisierbarkeit hin abzuklopfen. Das Ergebnis ist insbesondere hinsichtlich der sogenannten „marktwirtschaftlichen Varianten“ aufschlußreich: Punkt für Punkt wird nachgewiesen, daß die Rezepte der sogenannten Marktstrategen selbst bei Detailproblemen des Gesundheitswesens nicht geeignet sind, die derzeitigen Probleme effektiv zu lösen. Etwas bedauerlich dabei ist, daß die offensichtlich vom Autor favorisierten Veränderungskonzepte der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne eines sozialen Krankenversicherungssystems mit einheitlichem Leistungsniveau nicht, der Krisensituation der GKV entsprechend, radikal genug durchgedacht werden. Der Gedanke einer Einheitsversicherung, auch unter der Maßgabe eines organisatorischen

rung bei der Gegenwehr gegen die Abschiebung in die soziale Aussichtslosigkeit helfen. Keupp fordert das Recht auf Arbeit für jeden. Dies könne mittels drastischer Arbeitszeitverkürzungen politisch erkämpft werden.

Auf den Zustand der politischen Landschaft der Bundesrepublik und die Verfassung der fortschrittlichen Kräfte, die ja nur alle zusammen eine derartige Wende erstreiten könnten, wie etwa Parteien, Gewerkschaften und Verbände, geht er in diesem Zusammenhang nicht ein. Sein Forderungskatalog ist an den gesundheitspolitischen Vorstellungen grüner Politik orientiert.

Ich finde es sympathisch, daß er seine eigenen verwirrenden Erfahrungen dabei nicht draußen vor der Tür läßt. Ungeschminkt selbstkritisch schildert er, wie auf der Psychiatrietagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit der Grünen 1984 in Berlin, Expertenwissen mit radikalsten Forderungen von Betroffenen zusammenprallte. Das Auftreten der Berliner Irrenoffensive habe ihm klargemacht, daß wir meist von „einer Haltung advokatorischer Fürsorglichkeit bestimmt gewesen seien, die natürlich immer von der unausgesprochenen Prämisse ausging, daß wir für die richtigen Alternativen sorgen könnten, und daß sie im wesentlichen von uns auch getragen sein müßte.“ Er habe sich selber immer als Bündnispartner von Betroffenenorganisationen verstanden, bis ihm die Irrenoffensive klargemacht habe, daß „wir alle die zentralen Forderungen dieser Initiative nicht einmal ernst genommen hätten.“ Zentrales Verdienst der auf dieser Tagung unter dem

Einfluß der Irrenoffensive entstandenen „Thesen zur Abschaffung und Überwindung der Psychiatrie“ sei, „daß sie das erste parteipolitische Dokument in der BRD sind, das die Frage der Menschen- und Bürgerrechte auch und gerade gegenüber unseren professionellen Handlungssystemen ins Zentrum gerückt hat.“

In dieser Hinsicht hat Keupp recht. Andererseits haben diese Thesen die große Kluft zwischen linker radikaler Kritik an den modernisierten psychiatrischen Anstalten und den Bewahren dieser Einrichtungen durch fundamentalistische und antipsychiatrische Argumente erheblich vertieft.

Am Anfang des sechsten Essays wird nach 15 Jahren Psychiatriereform das Fazit gezogen: „Das Erscheinungsbild der psychosozialen Versorgung hat sich in vielen Einzelaspekten verändert und internationalen Versorgungsstandards angenähert, aber eine tiefgreifende Strukturreform hat nicht stattgefunden. Der „Trichter des Ausschlusses“ ist unverändert der vorherrschende Funktionsmodus, der durch die Auswirkungen der allgemeinen wohlfahrtsstaatlichen Krise gegenwärtig noch eine Verstärkung erfährt.“

Schritte aus dieser Sackgasse heraus betitelt Keupp mit den Begriffen „Selbstorganisation“, „Bürgerbeteiligung“ und „Rekommunalisierung“. Darunter versteht er, daß psychosoziale Infrastrukturen die Bedingungen dafür schaffen müßten, daß unter Beteiligung möglichst vieler Bürger und Initiativgruppen Lebensformen erprobt werden könnten, die psychisches Leid verringern sollen. Die psycho-

soziale Versorgung müsse zur gesetzlich vorgeschriebenen Aufgabe der Gemeinden werden, und das bedeute zugleich, daß der Sicherstellungsauftrag von den Kassenärzten auf die Gemeinden übergehen müsse. Das Geld, das aufgrund bestehender Sicherungssysteme für die Bewohner einer Region vorhanden sei, gehöre in einen Topf. Daraus müßten sinnvolle Einrichtungen im Sinne einer bürgerbezogenen Basisversorgung neu konstruiert und über pauschale Mischfinanzierung finanziell abgesichert werden. Für Anstaltsinsassen sei die Forderung nach Einführung eines garantierten Mindesteinkommens besonders dringlich. Dies alles sind radikale und durchaus nicht utopische – weil anderswo bereits verwirklichte – Forderungen.

Radikal ist auch die Bewertung der Ergebnisse der „Psychiatrie-Enquête“ als eines durchaus respektablen „Modernisierungsprojekts“. Von zentraler Bedeutung sei jedoch die Unterscheidung zwischen Modernisierung und Strukturreform. Die psychiatrische Anstalt sei aus dem Modernisierungsprozeß und der anhaltenden Krise des Wohlfahrtsstaates gestärkt hervorgegangen. Aus meiner eigenen Erfahrung muß ich Keupp zustimmen, wenn er zu dem Schluß kommt, daß die Sogwirkung der Anstalt, ihr Prinzip des gesellschaftlichen Ausschlusses, auch die wenigen Alternativstrukturen, die in den letzten Jahren entstanden seien, zu unterspülen drohe.

Recht hat er auch mit dem Urteil, der größte Fehler der westdeutschen Psychiatriereformbewegung sei gewesen, daß sie sich fast ausschließlich für eine bessere Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen, jedoch nicht für ihre Befreiung eingesetzt habe. Es sei versucht worden, den Versorgungspol der Psychiatrie zu stärken und dadurch den Kontrollplan zurückzudrängen. Der Doppelcharakter von Kontrolle und Hilfe habe dadurch nicht außer Kraft gesetzt werden können. Veränderungsimpulse gingen zur Zeit nicht von der professionellen Reformszene, sondern von den Psychiatriebetroffenen aus. Und diese Impulse seien für die Profis „alles andere als bequem“. Progressive Profis müßten sich

neuen Bündnissen öffnen und sich von dem Mythos trennen, daß sie stellvertretend für die Betroffenen „zu ihrem Besten“ handeln könnten.

Im letzten Essay entwirft Heiner Keupp „Gemeindepsychologische Perspektiven“. Er fordert von einer kritischen Gemeindepsychologie den Verzicht auf ein „eigenes Paradigma“, auf dem sich eine Disziplin etablieren könne. Sie solle hingegen mögliche Wissens- und Handlungsspielräume für eine emanzipatorisch-verändernde psychosoziale Praxis erarbeiten. Ohne die Bereitschaft, sich für gesellschaftliche Veränderungen einzusetzen, sei die Übernahme einer gemeindepsychologischen Perspektive nicht möglich. Es gelte, eine ökologische Denkform zu entwickeln, und zwar durch „interdisziplinäre Integration von psychologischen Sichtweisen mit Methoden und Konzepten aus Soziologie, Geschichte, Anthropologie oder Sozialpolitikforschung“. Letztlich lebe sie von Bürgerbeteiligung in Forschung und Alltagspraxis.

Mit seiner Schlußbemerkung, daß sich professionelle Arbeit darauf beschränken solle, Bedingungen und Chancen für selbstorganisierte Aktivität und Projekte zu schaffen, und den Stadtteil- und Lebensweltbezug zu den zentralen Prinzipien gemeindepsychologischer Praxis zu erheben, grenzt sich Keupp von der Mehrheit der Psychologenschaft ab. Diese Mehrheit ist auch dort, wo sie in Institutionen eingebunden ist, vor allem auf Beratung und Psychoanalyse orientiert.

Für mich ist die Lektüre dieser Essays anstrengend gewesen. Ich kann sie nur wärmstens als Gegenmittel gegen den psychiatrischen Alltagsfrust empfehlen. Hier wird radikal über den Tag hinaus gedacht! Es dürfte lohnend sein, sie in den Fortbildungsgängen gemeindepsychiatrischer und -psychologischer Einrichtungen einzusetzen.

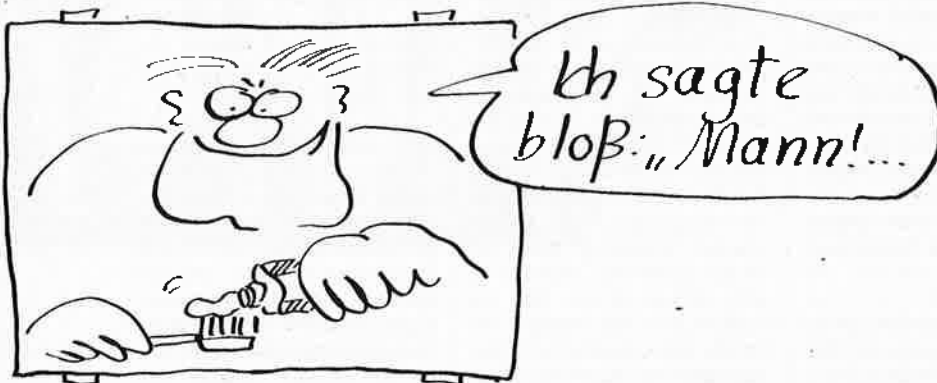
igr

Anmerkung der Redaktion:

Kritisch sah Rolf Reinheimer im letzten dg das Buch „Aids – Vom Virus zur Pandemie“. Es wurde leider dem falschen Autor zugeschrieben. Nicht Egmont R. Koch, sondern Michael G. Koch ist der Verfasser. Wir bitten um Entschuldigung.



GEWUSST WIE!



Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1, Tel. 02 28 / 69 33 69 (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 Gretenkort (mg), **Ethik:** Helmut Copak (hc), **Frieden:** Walter Pöpp (wp), **Gewerkschaften:** Norbert Andersch (na), **Historisches:** Helmut Koch (hk), Peter Liebermann (pl), **Internationales:** Gunar Stempel (gst), Stefan Schölzel (sts), **Krankenfürsorge:** Kirsten Jung (kj), **Gesundheitspolitik:** Matthias Albrecht (ma), Klaus Prester (kp), **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, Stadtsparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

Abonnementsrechnungen sind innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Ausstellung zu begleichen. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres eine Kündigung zum Jahresende beim Vertrieb eingegangen ist. Preis (Jahresabonnement): 57 Mark; für Auszubildende, Studierende und Arbeitslose: 51 Mark; Förderabonnement: 100 Mark. Alle Preise inkl. Porto.

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Märzheft: 8. Februar 1988

Graphik: Renate Alf, Christian Paulsen

Titelblatt: Menzen, dpa, yn/ud

Layout: Ursula Daalman, Joachim Neuschäfer

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

ISSN: 0932-5425

wir über uns

Peter Walgers Kommentar war längst geschrieben, die Deadline für eine Veränderung von Artikeln überschritten, da überstürzten sich die Ereignisse bei Nukern und in Bonn. Ob in diesem Moment schon Beweise für einen Hanauer/Bonner Verstoß gegen den Atomwaffensperrvertrag vorliegen, ob der Umwelt- und Atomminister noch Töpfer heißt, das wissen wir nicht. Wer vor Monaten Überlegungen in dieser Richtung angestellt hätte, wäre in der hier üblichen Manier sofort zum Utopisten oder Staatsfeind erklärt worden. Was uns immer wieder so verwundert, ist, daß ein im Sicherheitsbereich und im Polizeiapparat mit Waffen bis an die Zähne vollgestopfter Staat nicht in der Lage sein soll, solche Vorgänge aufzuklären, wo doch im privaten und politisch mißliebigen Bereich jeder Helm und jedes Tuch, jedes Flugblatt und jede Versammlung registriert, jeder Volkszählungsgegner verdächtig wird.

Nun, wenn die Bundesanwaltschaft nach Spuren suchen sollte, die dg-Redaktion ist gern bereit, die Anschriften der in Hanau beteiligten Mutterfirmen von RWE bis zu Degussa und die der beteiligten Ministerien in Wiesbaden und Bonn zu über-

mitteln. Es ist schwer, angesichts dieser Vorgänge nicht stündlich zwischen Gelächter und Zynismus zu wechseln. Wie sagte doch Herr Töpfer: „Die Ereignisse haben uns fest im Griff!“

Für alle Leser, die das dg-Projekt fördern wollen, aber aus persönlichen und beruflichen Gründen wenig Zeit zur Mitarbeit haben, haben wir mit der Neuregelung der Abonnementspreise das Förderabo eingeführt – natürlich ein entsprechendes Einkommen vorausgesetzt. Für 100 Mark (inkl. Porto) pro Jahr können Sie die Weiterentwicklung und Weiterverbreitung von dg „sponsern“ – allerdings ohne Trikotaufdruck. Helfen Sie mit, aktiv gegen den „Nicht-Weiterverbreitungsvertrag betreffend dg“ zu verstoßen. Wie immer mit freundlichen Grüßen

Ihre dg-Redaktion



dg-Kontakte

Aachen: Erhard Knaur, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 75459; **Ansbach:** Brigitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 14444; **Berlin:** Hermann Dittrich, Sembritzkstr. 31 a, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8226328; **Bonn:** Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5202 St. Augustin 2 (Hangelaar), Tel. (02241) 29178; Stefan Schölzel, In der Asbach 29, 5305 Alfder-Impekoren, Tel. (0228) 6420034; Kurt Straif, Peuterstr. 121, 53/1, Tel. 212686; Gregor Weinrich, Schumannstr. 30, 53/1 Tel. 219778; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausenitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 234371; **Bremerhaven:** Gunar Stempel, Virchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Gestemünde, Tel. (0471) 200211; **Darmstadt:** Jürgen Frohnort, Neutcher Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kühlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 753880; Detlev Uhlenbrock, Droste-Hülshoff-Str. 1, 46/1, Tel. 421768; **Düsseldorf:** Joachim Gill-Rode, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 349204; **Duisburg:** Thomas Wellig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (0203) 342188; **Essen:** Christian Paulsen, Overbeckstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 743731; Norbert Andersch, Pollerbergstr. 22, Tel. 747131; Walter Popp, Sundenholtz 32, 43/1, Tel. 441630, Ulli Raupp, Aachener Str. 36, Tel. 747233; **Flensburg:** Ralf Cüppers, Apenrader Str. 3, 2390 Flensburg, Tel. (0461) 47263; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 705449; **Gießen:** Claudia Wiegand-Bieniek, Rodthohl 3, 6300 Gießen, Tel. (0641) 75245; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 33710; **Gütersloh:** Jan-Iendrik Herdtlass, Vonstr. 10, 4830 Gütersloh, Tel. (05241) 26552; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Faaßweg 3, 2000 Hamburg 20, Tel. (040) 488927; **Hanau/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47231; **Hannover:** Martin Walz, Tiesteststr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05132) 906567 p.; (0511) 818868; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02324) 87410; **Karlsruhe:** Claudia

Lehner, Parkstr. 18, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 849948; **Kassel:** Matthias Dippel, Schönfelder Str. 27, 3507 Baunatal 5, Tel. (05665) 7770; **Kaufbeuren:** Thomas Melcher, Ludwigstr. 36, 8950 Kaufbeuren 2, Tel. (08341) 2684; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8424; **Köln:** Peter Liebmann, Gartheistr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 763844; Helmut Schaaf, Berrenrather Str. 359, 5/41, Tel. 443818; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 603355; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Mönchengladbach:** Eckhard Kleinlützum, Wilhelm-Strauß-Str. 127, 4050 Mönchengladbach 2, Tel. (02166) 44157; **Mühlacker:** Helmut Jäger, Hermann-Hesse-Str. 43, 7103 Mühlacker, Tel. (07041) 15399; **München:** Margret Lambardt-von Gosen, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 781504; **Münster:** Helmut Copak, Gelststr. 67 a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; **Barbara Halbeisen-Lehnert**, Hoyastr. 11, Tel. 287431; Uli Menges, Davensberger Str. 10 a, Tel. 788399; Peter Walger, Will-Hölscher-Weg 7, Tel. 7801437; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 83856; **Recklinghausen:** Petra Voss, Stuckenbuschstr. 157, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 15453; **Riedstadt:** Harald Skoblics, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 6161; **Siegburg:** Richard Boltzen, Hagelbittenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 363590; **Slagen:** Michael Regus, Berleburger Str. 59, 5900 Slagen, Tel. (0271) 63847; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 52798; **Ulm:** Wolf Schleinzler, Reschweg 12, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 66088; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmatal 1, Tel. (02163) 4191; **Westerland:** Achim Harms, Norderstr. 61, 2280 Westerland/Sylt, Tel. (04851) 27925; **Wiesbaden:** Brigitte Ende-Scharf, Matthias-Claudius-Str. 11, 6200 Wiesbaden, Tel. (06121) 300214;

Liebe Leserin, lieber Leser,

PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000KOELN
G 2961 E 394711 349

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

**wir wissen, was wir an Ihnen
Zeitschrift hat – seit nunmehr über acht Jahren –
einen sagenhaft beständigen Stamm an Abonnenten.
Ohne diese Sicherheit im Rücken wären wir
kaum so alt geworden.**

**Allerdings, um gut in das nächste Jahrzehnt zu
kommen, brauchen wir Ihren Nachwuchs: die Lernenden
und Studierenden in allen Bereichen des
Medizinbetriebs. Wir wissen aber auch, daß, während
uns die Preise davonlaufen, Auszubildende
immer weniger Geld in der Tasche haben.**

**Lange haben wir gezögert, Sonderpreise für die
,Nachwuchsleser' einzuführen, weil für uns damit
ein großer bürokratischer Aufwand und zusätzliche
Kosten verbunden sind. Damit wir nun nicht Schiffbruch
erleiden, zählen wir auf Sie, die dg-Leserin,
den dg-Leser der ersten, zweiten und auch der
dritten Stunde. Vor allem, wenn Sie schon oder
immer noch in gesicherter Position arbeiten und wir
Ihnen nicht nur lieb, sondern vielleicht auch einen
höheren Preis wert sind.**

**Jedes Förderabonnement finanziert vier verbilligte
Jahresabos für Auszubildende. Ist Ihnen das nicht
den Preis wert?**

Hoffnungsvoll, Ihre dg-Redaktion

**Bitte kopieren oder ausschneiden und absenden an
den Pahl-Rugenstein Verlag, Vertrieb, Gottesweg 54,
5000 Köln 51.**

**Ich will sofort ein Förderabo zum Preis von 100 Mark
inklusive Porto übernehmen und verlange, daß dafür
vier Auszubildende dg verbilligt erhalten.**

Name _____

Straße _____

Ort _____

Unterschrift _____