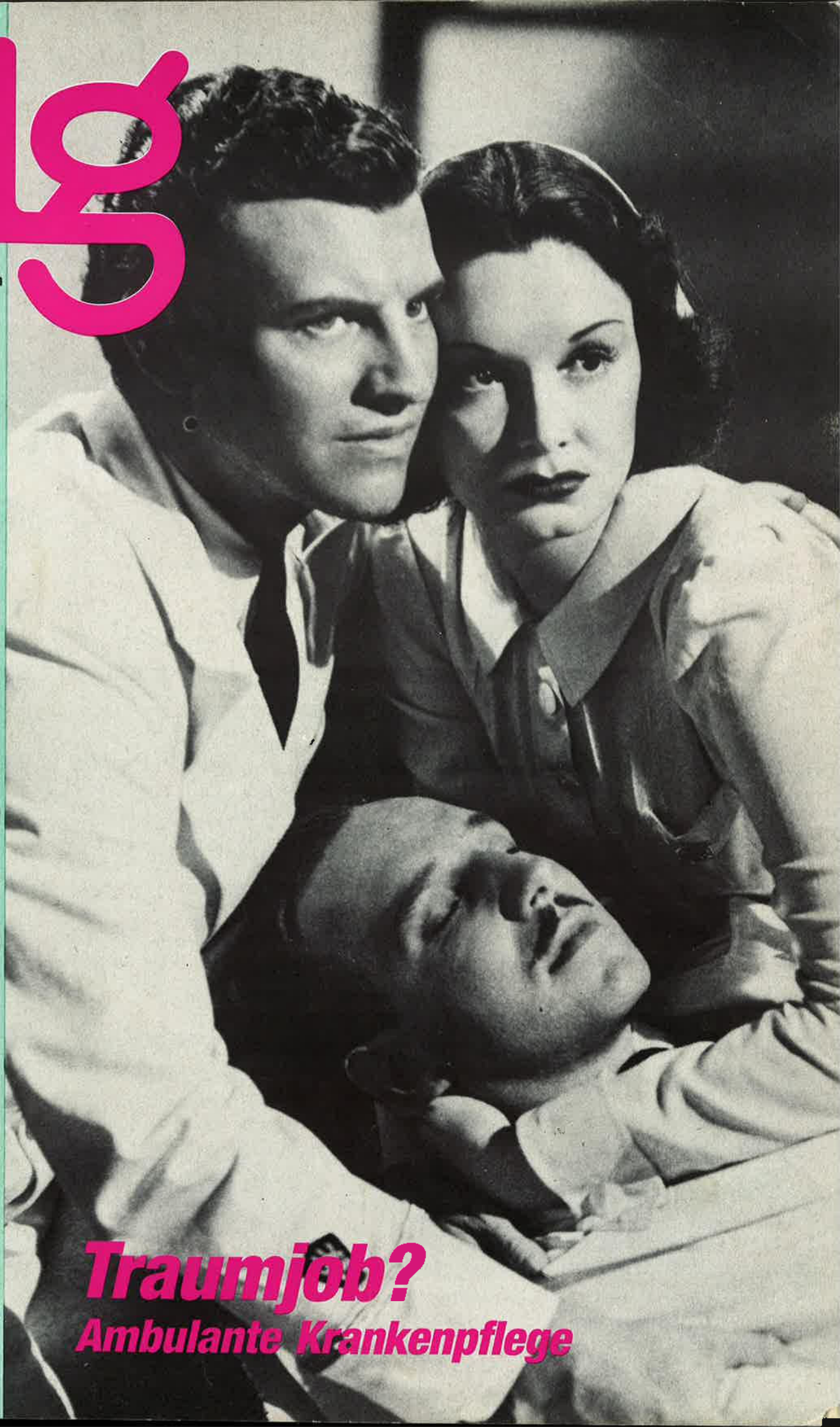


dg

Demokratisches
Gesundheitswesen
Nr. 3 · März 1988
Einzelheft 5 Mark
G 2961 E

Mobilmachung – Neues zum Zivilschutz
Psychiatrie – Interview mit Klaus Dörner

Traumjob?
Ambulante Krankenpflege



Es kommt nicht alle Tage vor, daß die Spitzen des DGB etwas für einen „positiven Ansatz“ halten, wogegen ein führender SPD-Politiker „eine Volksbewegung gründen“ will. Es geht um einen Nebenaspekt der Blümschen „Gesundheitsreform“: um die Versicherten-Konten. Der Plan: Beiträge und Leistungen jedes einzelnen Versicherten werden auf einem individuellen „Konto“, man könnte es auch eine Karteikarte nennen, verbucht.

Dilemma



Norbert Mapes-Niediek, ehemaliger Chefredakteur von dg, arbeitet als Redakteur beim Vorwärts

Das hat viele Vorteile: Der Abrechnungsbetrug wird erschwert. Kein Arzt kann mehr Hausbesuche bei längst Verstorbenen abrechnen, denn der Computer würde es merken. Noch wichtiger: Es ließe sich endlich der Verdacht bewahrheiten, daß unser Medizinsystem sinn-, plan- und verantwortungslos an seinen Opfern herumdoktert. Man stelle sich vor, was herauskäme, wenn man von jedem Versicherten die medizinische Jahresbilanz erführe. Wie oft geröntgt, wie oft Tranquilizer verordnet bekommen und von wem? Was sonst an Unsinn verbrochen?

Das sind, zugegeben, etwas totalitäre, aber immerhin reizvolle Phantasien.

Wer es seriöser mag, stelle sich die Chancen für die Epidemiologie vor. Alle Beschäftigten der Firma X, die mit der Chemikalie Y hantieren, kriegen innerhalb eines Quartals den Wirkstoff Z verschrieben. Was sie alle verbindet, kommt ohne die Versicherten-Konten nie heraus. Noch ein Aspekt: Die Kassen könnten, im Wissen um die Vorgänge zwischen Arzt und Patient, notfalls eingreifen: nicht unbedingt als Kostendämpfer, sondern vor allem als Verbraucherschützer.

Aber laßt uns innehalten im Schweigen. Hand aufs Herz: Wer von uns gehört nicht zu den berühmten „zwei Prozent“, die ih-

ren Volkszählungsbogen noch nicht abgegeben haben? Und das wegen einer Datensammlung, die sich gegenüber dem künftigen Wissensstand unserer Kassen wie die Kenntnisse eines Erstkläßlers gegenüber der Bildung Goethes ausnimmt? Der letzte Ausweg aus diesem Widerspruch ist die Behauptung, man vertraue halt den selbstverwalteten Krankenkassen mehr als dem Herrn Zimmermann.

Doch das ist eine faule Ausrede. Die Zimmermänner brauchen nur ein Gesetz zu machen, und schon nutzen die Kassen – trotz allen guten Willens – ihre Konten zur Unterteilung der Gesellschaft in soziale Schädlinge und Nützlinge, um erstere zu bestrafen und Letztere zu belohnen. Die Konzepte liegen schon auf dem Tisch.

Aus dem Dilemma kommen wir nicht heraus. Gern hätten wir ja eine Gesellschaft, in der jeder zu jedem offen sein könnte, ohne Nachteile zu befürchten. Aber die haben wir nicht.

Ich meine, trotz aller Versuchungen müssen wir dem Datenschutz den Vorrang geben. In den Zeiten des Aids haben, ob es uns paßt oder nicht, die mißbraucher und Entsolidarisierer die besseren Entfallungschancen. Und so sehr es uns reizt, der Legende vom besten aller möglichen Gesundheitssysteme endlich mit harten Daten den Garaus zu machen: Diesen Triumph müssen wir vertagen. Die Voraussetzungen fehlen: wirklich demokratisch kontrollierte Krankenkassen, ein politisches Klima, in dem wieder Solidarität gedeiht.

Rudolf Dressler, der das mit der Volksbewegung gesagt hat, hat also Recht. Aber wenn ich ihm noch einen Tip geben darf: Wenn er es schon in der Hand hat, gegen dies oder jenes eine Volksbewegung zu „gründen“, wie wäre es dann mit der Selbstbeteiligung, jenem unglückseligen Einfall aus sozialliberalen Tagen, an den Blüm mit seinem Entsolidarisierungs-Gesetz so glücklich anknüpft?

Käme diese Bewegung wirklich zustande, dann könnten wir uns am Ende die Datenschutz-Barrikaden sparen . . .

dg 3/88

dg-Report

Traumjob?
Ambulante Krankenpflege 10

Internationales

„Äußerst notwendig“
Jewgenji Tschasow zur Umge-
staltung im sowjetischen
Gesundheitswesen 16

Satire

Genie und Wahnsinn
Betr.: Ausrottung der deutschen
Hochintelligenz 18

Pharma

Das 4,8-Milliarden-Ding
Pharma und Strukturreform 23

Frieden

Mobilmachung
Zimmermanns Gesetzentwurf
zum Zivilschutz 24

Psychiatrie

Noch normal?
Krankheit und Gesundheit
in der Kunst 26

„Die Politiker erklären uns für
übergesnappt“
Interview mit Klaus Dörner 28

Patientenversorgung

„Anne, Anne“
Türkische Kinder im Krankenhaus 30

Der Fall Bernbeck
Ein Lehrstück über die Hierarchie 32

Männer

Herrenwitze
„Medical Tribune“ und einfacher
Sexismus 34

Dokumente

Überlegungen zur sozialverträglichen
Gestaltung integrierter EDV-Anwen-
dungen im Krankenhaus 19

Kein neues Sterilisationsgesetz
Aktualisierter Appell des AK zur
Geschichte der „Euthanasie“ 21

Rubriken

Sie über uns 4
Aktuelles 5
Termine/Kleinanzeigen 8
Buchkritik 36
Comic 38
Wir über uns 39



Foto: Linie 4 / M. Jung

In kaum einem Beruf ist der Frust so verbreitet wie in der Krankenpflege. Viele hoffen darauf, als ambulante Schwestern und Pfleger alles ganz anders machen zu können. Klaus Priester hat nachgefragt, ob das realistisch ist. Seite 10



Foto: Menzen

Chazov E. I.

Glasnost und Perestrojka – auch im sowjetischen Gesundheitswesen. Jewgenij Tschasow, der ehemalige Co-Präsident der IPPNW und jetzige Gesundheitsminister, kommentiert: „Äußerst notwendig!“ Seite 16



Foto: ud.

Auf einmal ist es wieder „in“, sich über die Verhältnisse in der Psychiatrie zu mokieren. Vielleicht eine Chance für Veränderungen. dg sprach mit Klaus Dörner, einem der profiliertesten Reformpsychiater. Seite 28

Phobische Reaktion

dg 1/88: Zwecklos?
Zur psychosozialen Versorgung von
Aids-Positiven

Grundsätzlich freue ich mich, daß sich auch dg – endlich – dem Thema der psychosozialen Versorgung von HIV-Antikörperträgern (oder wie Helmut Copak schreibt: „Aidspositive“) annimmt. Ich finde, daß die gesellschaftliche Ausgrenzung von HIV-Antikörperträgern eindrucksvoll dargestellt ist; dennoch habe ich einige Anmerkungen zu dem Artikel.

1. Wenn Helmut Copak schreibt, im Winter 1986/87 wäre es den HIV-positiven Drogenabhängigen im SPD-regierten Nordrhein-Westfalen zum Beispiel unmöglich gewesen, einen Platz an einer Langzeittherapieeinrichtung zu bekommen, so ist dies meiner Ansicht nach schlichtweg falsch. Ich selber bin in einer Therapieeinrichtung für Drogenabhängige tätig und weiß von dort aus eigener Erfahrung, daß dort immer – wie auch in (vielleicht nicht allen) anderen Drogeneinrichtungen HIV-Antikörperträger genauso wie „negative“ aufgenommen worden sind. Es ist zwar richtig, daß in Therapieeinrichtungen sich prozentual weniger „positive“ Fixer befinden als beispielsweise in den Knästen oder erst recht als auf der „Szene“; dies hat aber meiner Erfahrung nach nichts mit

einer Selektion von seiten der Kostenträger oder der Therapieeinrichtungen zu tun.

2. Viel erstaunter bin ich darüber, daß dg es unterläßt, den gesellschaftlichen Zusammenhang der „Geisteskrankheit“ Aids zu durchleuchten. Wie Helmut Copak zutreffend darstellt, gibt es neben einer Infektionskrankheit Aids die ausgesprochen phobische Reaktion der „Negativen“, dennoch muß es erstaunen, daß Aufklärungskampagnen, das heißt für mich die sachliche Information über die Infektionskrankheit in Teilen der Öffentlichkeit und vor allem bei interessierten Kreisen (siehe Beispiel Bayern) nicht dazu geführt haben, daß mit dem Problem einer Infektionskrankheit angemessen umgegangen wird. Das Zeichen einer Phobie ist ja bekanntlich die Verschiebung einer tieferen und bedrohlicheren Angst auf eine Angstthematik, vor der man sich „schützen“ kann. Meiner Ansicht nach verhält es sich ähnlich beim Thema Aids.

Wenn man sich die Schlagzeilen in Zeitungen heute ansieht, so steht auf den wesentlichen Teilen von Tageszeitungen oder Nachrichten nicht mehr Tschere-

nobl oder Kernkraftwerke oder Arbeitslosigkeit, sondern „Aids“. Und Aids als Kristallisationsthema der Angst ist ja eine Gefahr, vor der man sich „schützen kann“ – nämlich mit Präservativen. Es mag zwar auch für jeden einzelnen individuell von Vorteil sein, sich nicht mit den drohenden unberechenbaren Gefahren von Kernenergie, Atomwaffen etc. auseinanderzusetzen, insofern sicherlich eine „phobische Bereitschaft“ besteht, andererseits sicher die Kernenergie- und Rüstungs-bejahende „Christ“-„demokratische“ Bundesregierung ein überlebensnotwendiges Interesse hat, diese, für sie gefährlichen Ängste in einer „Aids-Phobie“ zu binden und damit zu neutralisieren.

Ich finde es etwas schade, daß sich dg – von Euch hätte ich das eigentlich erwartet – mit dieser grundsätzlichen politischen Funktion der Ausgrenzung von HIV-Antikörperträgern oder gar Aids-Kranken überhaupt nicht beschäftigt. Ich finde es sehr erfreulich, daß ich durch dg erfahre – um sich wieder dem individuellen Schicksal von HIV-Antikörperträgern zu widmen –, daß sich in der Bundesrepublik endlich auch mit der psychischen Mitbedingtheit des Verlaufs von HIV-Infektionen befaßt wird. Meine Erfahrungen mit HIV-Antikörperträgern, die sich in stationärer Langzeittherapie (drogenabhängig) befanden, ist ausnahmslos die, daß sich die meßbaren (objektivierbaren) Größen, die Aussagen über die Funktion des Immunsystems machen, im Verlauf stationärer Therapie verbessert haben und nicht, wie viele Untersuchungen zunächst einmal implizieren, sich verschlechtern. Ob dies nun durch die bessere und gesündere Ernährung (Vollwertkost) oder durch die psychische Stabilisierung (Psychotherapie) oder durch beides erklärbar läßt, sei dahingestellt.

Im übrigen wünsche ich Eurer Zeitschrift weiter gutes Gelingen.

TIMM MICHAEL GARDE
Nettetal

Schlag ins Gesicht

dg 11/87 und 1/88: Die Versorgung
Pflegebedürftiger. Daten zur
Gesundheits- und Sozialpolitik

Schon nach dem ersten Teil der „Dokumente...“ konnte ich mich kaum zurückhalten, weil Klaus Priester derart oberflächlich „wissenschaftlich“ mit Zahlen operiert: Von den 2,5 Millionen zu Hause lebenden Hilfe- und Pflegebedürftigen sollen 970 000 der am leichtesten behinderten Menschen „zu einer aktiven Kommunikation nicht mehr fähig“ sein! Das ist doch ein Schlag ins Gesicht nicht nur für die Älteren, die doch nicht vom Leben ausgeschlossen sind, weil sie beispielsweise nicht mehr ihre Fenster selbst putzen können oder die Hausordnung erledigen können (hierunter auch noch die zu fassen, die taub, blind oder stumm sind, ist eine weitere Leistung von kp).

210 000 Schwerstpflegebedürftige sollen „zumeist ständig bettlägerig“ sein! Darin wird doch das „moderne“, mindestens schon 50 Jahre alte Verständnis von der Pflege durch möglichst viel Ruhe und möglichst wenig Arbeit auf der Station deutlich; das hat doch wohl nichts in einer fortschrittlichen Fachzeitschrift zu suchen. Es sind wirklich, abgesehen von den akut erkrankten alten Menschen, die pflegebedürftig sind, nur ganz wenige, die tatsächlich bettlägerig sind. Gerade durch das aktive Aufstehen, sich Beschäftigen, Unterhalten, durch körperliche und geistige Anregungen, und sei es im Sessel neben dem Bett, kann man doch von einer Pflege wegkommen, die das eigene Zimmer zum Wartezimmer (auf den Tod) macht.

Ich könnte mir schon vorstellen, wie das weitergeht: Laut Teil II dieser „Dokumente“ (?) kann „durch häusliche Krankenpflege ein stationärer (Heim-)Pflegeaufenthalt zwar hinausgeschoben, aber nicht ersetzt werden“. Wieviel Ahnung von den Möglichkeiten und Notwendigkeiten einer Rundum-Pflege zu Hause hat ein normaler Haus- oder Stationsarzt, wenn schon ein Fachjournalist derartige Sichtweisen verbreitet? Ich erlebe es beinahe täglich.

über uns aktuelles

Die Pflege von Schwerpflegebedürftigen umfaßt selten mehr als drei- bis viermal täglich ein- bis zwei Stunden Hilfe evtl. plus Nachtwache und wird auch im Pflegeheim nicht ständig von Krankenpflegerinnen oder unter Aufsicht eines Arztes durchgeführt. Im Gegenteil!

Zu schwierig ist diese Hilfeleistung allerdings für die traditionell arbeitenden Sozial-/Diakoniestationen (zumal am Wochenende oder abends) und wenn es um die Finanzierung geht. Deshalb lieber schon ein paar Jahre früher ins Altersheim.

In froher Erwartung auf Reaktionen (und auf den 3. Teil)

HERBERT BECK
Bielefeld

Zwischenfrage

dg 1/1988: Muff raus! Thesen zum Krankenpflegeunterricht

Die fragwürdigen Inhalte eines oft genug an unkritischer Funktionalität orientierten Krankenpflegeunterrichts habe auch ich vor etlichen Jahren über mich ergehen lassen (müssen). Mich daran erinnernd, schrieb ich später ein Gedicht, dem ich den Titel „Zwischenfrage“ gab:

Nach Artikel Eins
Grundgesetz ist die
Würde des Menschen
Unantastbar
Hörte ich im Unterricht
Über Berufsethik

Meine Zwischenfrage
Ob denn Fingerabdrücke
Überhaupt nachweisbar wären
Empfand der unterrichtende
Klinikspärrer als
Störend

GEORG DIEDERICHS
Gießen



Frauen und Medikamente

In Hamburg hat sich im Sommer 1987 eine Informationsstelle „Frauen – Alltag – Medikamente“ gegründet, die Information und Beratung zum Thema Frauen und psychotrope Stoffe anbietet. Das Angebot richtet sich an Elternschulen, Bildungsstätten, Sozialstationen, Beratungsstellen und Betriebe. Kontakt: Informationsstelle Frauen – Alltag – Medikamente im Verein Sozialwissenschaften und Gesundheit, Methfesselstr. 92, 2000 Hamburg 20, Tel. (040) 49 37 00.

Psychiatrie: In Bayern noch mieser

In den psychiatrischen Kliniken von Bayern gibt es, verglichen mit den anderen Bundesländern – ein „außergewöhnlich hohes Personaldefizit“, wie der Verband der bayerischen Bezirke, der Träger der dortigen Nervenkrankenhäuser, erklärte. Es fehlten etwa 200 Ärzte und Psychologen, mehr als 1000 Pflegekräfte sowie weiteres therapeutisches Personal. Anlaß für die Untersuchung der Träger war die Auseinandersetzung über die Auswirkungen des Personalmangels in den baden-württembergischen Landeskrankenhäusern im letzten Jahr. Klinikleiter Professor Hole hatte erklärt, daß in seinem Haus Menschen mit Medikamenten ruhiggestellt und festgebunden würden, weil nicht genug Personal da sei. Für Bayern ergab sich jetzt, daß die Verhältnisse noch schlechter sind. So liege das Verhältnis Gesamtpersonal zu Patient in Bayern bei 1 zu 1,35, in Baden-Württemberg bei 1 zu 1,17, wie der Verband der bayerischen Bezirke mitteilte.

Fachtagung „Sexueller Mißbrauch“

Der Kölner „Verein zur Weiterbildung für Frauen“ hat kürzlich die erste bundesweite interdisziplinäre Fachtagung zum Thema „Sexueller Mißbrauch“ veranstaltet. Angesprochen waren vor allem Psychologinnen, Ärz-

tinnen, Juristinnen und Beraterinnen, die in ihrer beruflichen Tätigkeit mit diesem Problem konfrontiert werden. Der Kongreß forderte die Aufnahme spezieller Schulungen zu dem Thema in den Ausbildungsgängen dieser Berufsgruppen auf. Die demnächst erscheinende Dokumentation kann vorbestellt werden beim Verein zur Weiterbildung von Frauen, Venloer Str. 405-407, 5000 Köln 30, Tel. (02 21) 54 16 46.

Hoffnung für Holzschutzmittelopfer

Neue Hoffnung können durch Holzschutzmittel Geschädigte nach Auffassung der Verbraucherinitiative schöpfen. Das Kölner Oberlandesgericht habe nämlich zum ersten Mal die grundsätzliche Plausibilität der Schadensersatzforderungen für Holzschutzmittelgeschädigte anerkannt. Dies betrifft sowohl die gesundheitlichen Schädigungen als auch die Unwohnbarkeit des Hauses. Außerdem halte das Gericht es für plausibel, daß die Hersteller schon Anfang der siebziger Jahre von der Gefährlichkeit ihrer Produkte gewußt hätten.

Im konkreten Fall hatte die Engelskirchener Familie Zapke gegen die Chemiefirmen Desowag und Weyl auf Entschädigung geklagt und die Aussetzung des Verfahrens beantragt. Sie wollte die Untersuchungs-

Betrifft: Becquerel

Wegen fehlender Meßdaten kann die Verbraucher-Initiative nur noch monatliche Listen über die radioaktive Belastung von Lebensmitteln erstellen, die beim Abdruck in dg bereits veraltet sein können. Bei aktuellem Stand der Werte und bei besonders hohen Belastungen werden wir unsere Leserinnen und Leser aber weiter informieren.

ergebnisse der Staatsanwaltschaft Frankfurt abwarten, die mit Unterstützung des Bundeskriminalamts gegen mehr als 100 Chemiemanager ermittelt. Das Kölner Oberlandesgericht gab dem Aussetzungsantrag aus den obengenannten Gründen statt. (AZ.OLG Köln 15 U 37/87)

Der Bund für Umwelt und Naturschutz (BUND) wies erst im Januar darauf hin, daß einige Holzschutzmittel immer noch gesundheitsgefährdende Substanzen enthielten. Zwar werde das umstrittene Pentachlorophenol (PCP) in der Bundesrepublik inzwischen nicht mehr produziert, doch enthielten einige Holzschutzmittel jetzt das ebenfalls giftige Tributylzinkoxyd. Der BUND kritisierte, daß die Hersteller nicht vor den Chemikalien warnen, sondern statt dessen durch Prüf- und Gütezeichen den Anschein der Unbedenklichkeit erweckten.

Familie Zapke vor ihrem Fachwerkhaus. Es ist durch Ausdünstungen von Holzschutzmitteln unbewohnbar geworden.

Foto: Joker



VdÄÄ: Solidarität mit Hackethal

Der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ) hat seine Solidarität mit Professor Julius Hackethal – bei ausdrücklicher Kritik an seinen Auffassungen zur Sterbehilfe – erklärt. Das Berufsgericht für Heilberufe in München hatte im Januar den Entzug der Approbation von Hackethal mit der Begründung gefordert, er habe gegen das Gesetz auf Erhaltung des Lebens verstoßen, das Werbeverbot mißachtet und sich her-

absetzend gegenüber Kollegen geäußert. Die geforderten Maßnahmen stehen nach Auffassung des VdÄÄ wegen ihrer existenziellen Bedeutung in einem offensichtlichen Mißverhältnis. Sie seien darüber hinaus unglaubwürdig, da auch gegen die Euthanasieärzte Ulrich, Bunke und Endrweit kein ärztliches Berufsgericht bislang ein Verfahren eingeleitet habe. Die ständige Einrichtung „Berufsgericht“ werde seit jeher gegen mißliebige Kolleginnen und Kollegen eingesetzt, sie sei aber in einer moderneren offenen Gesellschaft ein Anachronismus.

Julius Hackethal auf dem Bundestagshearing zur Sterbehilfe 1985



Liste mit erbgutverändernden Chemikalien

Das Bundesgesundheitsamt (BGA) hat eine Liste mit erbgutverändernden Chemikalien zusammengestellt, die 182 Stoffe umfaßt, die Mutationen in Keimzellen von Säugern auslösen. Diese vorläufige Zusammenstellung will das BGA der Kommission der Europäischen Gemeinschaft in Brüssel als Arbeitsgrundlage zuleiten. Die Behörde wertete dies als ersten Vorstoß auf EG-Ebene überhaupt, ergutverändernde Substanzen als Gefahrstoffe einzuordnen.

WSI: Broschüre zu Belegschafts- befragungen

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut des DGB (WSI) hat im Februar eine Broschüre zu Belegschaftsbefragungen im Betrieb herausgegeben. Die Handlungsanleitung gibt Hinweise zur Erstellung von Fragebögen, Durchführung, Auswertung und Umsetzung der Ergebnisse. Darüber hinaus werden beispielhaft Befragungen zum Zusammenhang von Arbeitsbelastung und Gesundheit, zum „Krankschreiben“ und zur Einhaltung von Arbeitsschutzvorschriften für Frauen angeführt. Die Broschüre kann bestellt werden beim WSI des DGB, Projektgruppe HdA, Roßstr. 126-128, 4000 Düsseldorf 30, Preis 5 Mark.

Foto: dg-Archiv

Cease-Fire 1988

Unter dem Motto „Cease Fire 88“ haben die Internationalen Ärzte gegen den Atomkrieg (IPPNW) eine weltweite Aktion für einen sofortigen Stopp von Atomtests geplant. Nach Angaben der IPPNW fanden nach dem Auslaufen des einjährigen Moratoriums der Sowjetunion 1987 mehr als doppelt so viele Atomtests statt wie 1986. Die USA unternahmen 15 Atomtests, die UdSSR 21, Frankreich acht und China einen. Atomtests dienten heute nur noch der Entwicklung neuer Waffen, daher sei hier ein dringender Ansatzpunkt für die Friedensbewegung, erklärte die IPPNW.

Spenden für Strobl und Penselin

Ingrid Strobl und Ursula Penselin, die im Rahmen von Durchsuchungen und Beschlagnahmeaktionen gegen gentechnologisch kritische Frauengruppen festgenommen wurden, benötigen dringend Spenden, um die Prozeßkosten bezahlen zu können. Vorgeworfen wird ihnen die Zugehörigkeit zu einer „terroristischen Vereinigung“, Kontakte zur „Roten Zora“ und im Fall von Ingrid Strobl die Beteiligung an einem Anschlag auf die Lufthansahauptverwaltung. Verdachtsmoment in ihrem Fall ist der Besitz eines Weckers, der dem bei dem Anschlag verwendeten ähnlich ist.

Spendenkonto: UnterstützerInnenkonto, P.Neff, Postscheckamt Köln, BLZ 370 100 50, Nr. 234 81-506 und J. Beyer, Hamburger Sparkasse, BLZ 200 505 50, Nr. 1206/484 942.

oder nicht verändern zu wollen. Ein wichtiger Schritt dorthin sei die Entkriminalisierung und Legalisierung des Drogenkonsums und der Ausbau niedrigschwelliger Angebote und unbürokratischer sozialer Hilfen. Gleichzeitig müsse die Verfolgung der großen Drogen-Dealer intensiviert werden.

Der Entwurf für die Leitlinien sieht darüber hinaus vor, die Bundesländer zur Einrichtung von Drogensersatzprogrammen aufzufordern. Solche Programme könnten erheblich zur sozialen und gesundheitlichen Stabilisierung Heroinabhängiger dienen. Unabdingbar sei dabei, daß die Einnahme des Ersatzstoffes in Gegenwart suchttherapeutisch ausgebildeten Personals geschehe und an alle Teilnehmer des Programms das Angebot psychosozialer Hilfen zur Begleitung gemacht werde. Ein solches begleitendes Hilfsprogramm, das alle rehabilitativen Aspekte umfassen solle, verhindere auch, daß die Drogensubstitution zur Verbilligung und erneuten Ghettoisierung der Betroffenen mißbraucht werde, so die BAG in ihrem Entwurf.

Starre Indikationen zur Teilnahme an einem Drogensersatzprogramm werden abgelehnt. Damit würden nicht nur die Wahlmöglichkeiten der Betroffenen eingeschränkt, sondern auch grobe Ungereimtheiten produziert. Die Abhängigen könnten sich dann gezwungen sehen, ein bestimmtes Verhalten zu entwickeln, um unter die Kriterien des Programms zu fallen.

USA: Abtreibung erschwert

Das Gesundheitsministerium der USA hat Ende Januar allen aus Bundesmitteln finanzierten Familienplanungsstätten verboten, Frauen an Abtreibungskliniken zu überweisen oder bei der Beratung von Frauen den Abbruch auch nur zu erwähnen. Bisher hatten diese Zentren die Anweisung, Frauen auf Wunsch über Möglichkeiten eines Schwangerschaftsabbruchs zu informieren.

Grüner Entwurf zur Drogen- politik

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit und Soziales der Grünen (BAG) hat einen Entwurf für Leitlinien einer Grünen Drogenpolitik vorgelegt und Anfang Februar in Bonn mit Fachleuten und Betroffenen diskutiert. Unumstrittener Punkt der Diskussion war, daß die Grünen für eine akzeptierende Drogenpolitik eintreten sollen. Abhängigkeit und Sucht zu akzeptieren heiße, sie als Bestandteil und Folgen der Lebenssituation zu begreifen, nicht aber, sie gut zu heißen

Entwurf für neues Betreuungsgesetz vorgelegt

Bundesjustizminister Hans Engelhard (FDP) hat im Dezember letzten Jahres einen Diskussionsentwurf zur Reform des Entmündigungs-, Pfllegschafts- und Vormundschaftsrechts vorgelegt. Nach Aussagen des Ministeriums sollen unnötige Entrechtungen abgeschafft und individuelle Freiheitsrechte ausgedehnt werden. Die bisher übliche anonyme Verwaltung solle durch eine Form der persönlichen Betreuung ersetzt werden.

Der Gesetzentwurf enthält auch Vorschläge zur Sterilisation „nichteinwilligungsfähiger“ geistig kranker Menschen. Eine Sterilisation komme nur in Betracht, wenn eine Schwangerschaft nicht durch andere zumutbare Empfängnisverhütungsmittel verhindert werden könne und wenn der oder die Betroffenen älter als 18 Jahre sei. Betreute dürften nur zur Abwendung von Notlagen, die mit einer Schwangerschaft verbunden wären, sterilisiert werden. Diese Notlagen müßten so schwer sein, daß sie einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigen würden. Die Einwilligung des Betreuers soll darüber hinaus der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bedürfen.



Michael Wunder vom AK zur Aufarbeitung der Geschichte der „Euthanasie“

Der Arbeitskreis zur Aufarbeitung der Geschichte der „Euthanasie“ protestierte gegen die Vorschläge des Justizministers. Vielmehr müsse der Schutz geistig Behinderter vor einem Sterilisationseingriff gegen oder ohne ihren Willen gesetzlich garantiert sein (siehe Dokumente).

Arzt im Praktikum: Kein Ausstieg



Ein Jahr soll der AiP mittlerweile nur noch dauern. Ein Erfolg? Es kommentiert Armin Schulz von der Kölner Medizinfachschaft

Jetzt ist es offiziell: Der AiP soll „nur“ noch ein Jahr dauern, wie einer Absichtserklärung des Bundesgesundheitsministeriums und auch des Arbeitsministeriums zu entnehmen ist. Im Anschluß an den AiP soll es eine einjährige „Kassenärztliche Vorbereitungszeit“ geben. Der Tarifvertrag vom 19. Januar 1987 bleibt wahrscheinlich in Kraft.

Nach den Informationen, die wir bisher zusammentragen konnten, wird es für das AiP-Jahr kein Curriculum geben, wohl aber für die „Kassenärztliche Vorbereitungszeit“. Hier sollen wir sechs Monate „ambulant“ und sechs Monate „stationär“ arbeiten. Wo allerdings die Plätze für diese Pläne herkommen sollen, ist nach wie vor schleierhaft. Optimismus, daß der AiP wieder in der Versenkung verschwindet, wie es Rita Süßmuth bei fehlenden Stellen versprochen hatte, scheint mir allerdings fehl am Platz. Der für das Gesundheitswesen der Stadt Köln zuständige Personalchef hat zum Beispiel bereits eine Modellrechnung an die Kölner Chefärztinnen und -ärzte verschickt, in der dargelegt wird, wie diese den Überstundenberg ihrer Assistentinnen und Assistenten mit Hilfe der AiPs abbauen können. Bisher

war der Rücklauf nicht besonders, ganze 30 Stellen wurden angegeben. Das kann sich aber schnell ändern, wenn die Verwaltungen die finanziellen Vorteile des AiP erkannt haben.

Die Niedergelassenen haben dagegen schnell eingesehen, daß Ärztinnen und Ärzte im Praktikum im Jahr viel billiger sind als Sprechstundenhilfen, denn für Niedergelassene gilt der Tarifvertrag nicht, und auch noch mehr machen dürfen. Auf Nachfrage der Ärztekammer Nordrhein sollen die Ärzte des Bezirkes 300 Stellen angemeldet haben. So ist der Optimismus des Gesundheitsministeriums verständlich, daß der Markt das Stellenproblem schon regeln werde. Gleichwohl sollen wir uns auf eine „zumutbare Wartezeit“ – wie lange die wohl ist? – einrichten. Im Klartext: Es wird nicht genügend Stellen geben.

Schwieriger wird die Situation nach dem AiP. Die ohnehin knappen Assistentenstellen werden zugunsten des AiP knapper. Das Problem wird künftig sein, die „Kassenärztliche Vorbereitungszeit“ zu meistern. Für uns Studierende wird

es zwei Flaschenhalse nach dem Studium geben: den AiP und die Vorbereitungszeit.

Die neue, mit Kohlscher Ausstattaktik entwickelte AiP-Regelung trifft mittlerweile auf eine relativ gestiegene Akzeptanz unter uns Studierenden. Zwar sind die meisten noch irgendwie dagegen, ich höre aber schon ziemlich oft: „Na ja, besser ein als zwei Jahre.“ Inhaltliche Gründe, weshalb der AiP nach wie vor abzulehnen ist, kommen in der Diskussion kaum noch vor. Wie es aussieht wurde wohl mehr aus Opportunismus als aus Überzeugung gegen den AiP argumentiert. Das relative Einverständnis mit der Ein-Jahres-Regelung scheint mir eher ein Hinweis auf ein gut ausgeprägtes Standes- und Pfründendenken unter uns Studentinnen und Studenten zu sein. Passend dazu hält der Marburger Bund das ganze für einen „tragenden Kompromiß“. Den Niedergelassenen ist diese Doppelhürde nach dem Studium natürlich immer noch zu wenig – die Pflichtweiterbildung muß her –, aber sie werden sich wohl fügen.

Für mich bleiben AiP und Vorbereitungszeit eine politische Steuerungsmaßnahme, um der angeblichen „Ärzteschwemme“ entgegen zu wirken. Sie fügen sich damit bestens in Blüms Sparpläne ein, die nichts anderes als die Einführung einer knallharten Marktwirtschaft im Gesundheitswesen bedeuten. Nach der simplen Rechnung „Weniger Ärztinnen und Ärzte gleich weniger Kosten“, bleibt der gesellschaftliche Bedarf, wie zum Beispiel in der Psychiatrie, unberücksichtigt. Der AiP führt lediglich zu einer Zementierung beziehungsweise weiteren Verschlechterung der Situation im Gesundheitssystem und ist allein schon aus diesem Grund nach wie vor abzulehnen.

Armin Schulz

**Armin Schulz
Ist Mitglied der
Fachschaft
Medizin an der
Universität
Köln**



termine

Hilfe für Palästinenser

Mit einem dringenden Appell hat sich Dr. M. Jadallah, Generalsekretär der Union für Gesundheitsfürsorge in den von Israel besetzten Gebieten, an internationale humanitäre und Gesundheitsorganisationen gewandt. Seit Beginn der Unruhen am 8. Dezember 1987 hat es 86 Tote und Hunderte von Verletzten gegeben. Über 7000 Palästinenser seien verhaftet worden und würden in Schnellgerichtsverfahren abgeurteilt. Über mehr als 15 Flüchtlingslager seien Ausgangssperren verhängt, mehrere 100 000 Menschen von der Außenwelt abgeschnitten. Die Versorgungslage in den Lagern verschlechtere sich von Tag zu Tag.

Dr. Jadallah, der in dg 9/87 über seine Arbeit berichtete, fordert in seinem Appell die Hilfsorganisationen auf, Ärzte und Krankenpflegepersonal zu entsenden sowie medizinische Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Durch Spenden will der „Verein zur Förderung sozialer Projekte im Nahen Osten“ die Arbeit der Union für Gesundheitsfürsorge unterstützen. Spenden können unter vollständiger Angabe des Verwendungszwecks gezahlt werden an: Stadtkasse Köln (Kulturamt) Kto. 9302951, Stadtparkasse Köln, BLZ 370 501 98, Verwendungszweck: Hst. 9715.000. 4100.1 – Spende zugunsten des Vereins zur Förderung sozialer Projekte e.V.

4. – 6. 3.

Loccum

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

5. 3.

Köln

1. Viertelsjahrestreffen der Bayer-Coordination
Kontakt: Bayer-Coordination, Hofstr. 27 a, 5650 Solingen 11; Tel. (02 12) 33 49 54.

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) 352 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.

12. – 13. 3.

Bonn

Veranstaltung: Bundesdeutsche Atomwaffen – eine realistische Option?
Kontakt: Bildungswerk für Friedensarbeit, Berliner Platz 33, 5300 Bonn 1.

14. – 18. 3.

Frankfurt

Seminar: „Pflege und Begleitung Aids-Kranker“
Kontakt: Berufsfortbildungswerk 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: Berufsfortbildungswerk 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.

28. – 30. 3.

Essen

Kursus: Der Süchtige und seine Familie
Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 28 55 99 oder 27 48 29.

5. – 8. 4.

Stuttgart

Kurs zur Krankenhilfe in der Sozialpsychiatrie
Kontakt: Diakonische Akademie, Staffenbergstraße 76, 7000 Stuttgart 1.

5. 4.

Frankfurt

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

8. – 10. 4.

Bielefeld und Schelklingen-Hausen bei Ulm

Seminare „Kein Pharma-Müll für niemand – Für eine rationale und durchschaubare Arzneimittelpolitik“
Kontakt: Buko-Pharmakampagne, August-Bebel-Str. 62, 4800 Bielefeld 1, Tel. (05 21) 6 05 50.

12. – 14. 4.

Iserlohn

„Irrer ist menschlich“ – Expertengespräch zur Lage der Psychiatrie in Deutschland
Kontakt: Evangelische Akademie Iserlohn, Berliner Platz 12, 5860 Iserlohn, Tel. (023 71) 352 40/47.

13. 4.

Iserlohn

Akademieforum: Kranksein im Krankenhaus
Kontakt: Evangelische Akademie Iserlohn, Berliner Platz 12, 5860 Iserlohn, Tel. (023 71) 352 40/47.

15. – 17. 4.

Fulda

BBU-Aktionskonferenz: Plutonium – Einstieg in den Atomstaat
Kontakt: Bundesverband Bürgerinitiativen Umweltschutz (BBU), Friedrich-Ebert-Allee 120, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 23 30 99.

Forschung an Sektblasen

Die Arbeiterwohlfahrt hat energisch gegen Forschungspläne der rheinland-pfälzischen Landesregierung protestiert. Diese habe vor, eine Untersuchung über „das Perlenspiel im Sekt“ mit 226 000 Mark zu bezuschussen. Prost.

kleinanzeigen

19.-22.4.

Darmstadt

Seminar: „Lieber sich gesund schimpfen als krank heulen“ Konflikte mit alten Menschen – Konflikte unter alten Menschen Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift Darmstadt, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (061 51) 40 33 48.

25.-29.4.

Darmstadt

Seminar: „Rechte alter Menschen – Rechte der Helfer“ Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift Darmstadt, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (061 51) 40 33 48.

27.4.

Iserlohn

Akademieforum: Der Patient im Umfeld einer Operation. Die perioperative Situation Kontakt: Evangelische Akademie Iserlohn, Berliner Platz 12, 5860 Iserlohn, Tel. (023 71) 3 52 40/47.

29.4.-1.5.

Loccum

Seminar: Umweltinformationen und Umweltberichterstattung Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel. (057 66) 810.

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.

6.-8.5.

Loccum

Tagung: „Jugendhilfe – Hilfe für wen?“ Begründungen, Kriterien und Realisierungschancen einer Reform des Jugendhilfe-rechts Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel. (057 66) 810.

7.-8.5.

Düsseldorf

21. Tagung des Arbeitskreises Medizin-Psychologie der Deutschen Sektion von amnesty international Kontakt: Dr. D. Schmitz-Burchartz, Idastraße 65, 4270 Dorsten 21.

9.-11.5.

Maikammer

4. Workshop „Psychologie der Arbeitssicherheit“ Kontakt: Dipl.-Psych. Boris Ludborz, Zentrum für Arbeitssicherheit der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie, Weldeweg 37, 6735 Maikammer, Tel. (062 31) 58 84 02.

10.-14.5.

Frankfurt

91. Deutscher Ärztetag Kontakt: Bundesärztekammer, Lewinstraße 1, 5000 Köln 41, Tel. (02 21) 4 00 41.

13.-15.5.

Köln

Jahrestreffen der Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen Kontakt: Sue Kirch, Am Birkenbusch 16, 5060 Bergisch Gladbach 2.

19.-20.5.

Straßburg

Europäisches Treffen zum Thema Arbeit und Gesundheit Kontakt: BILAG im Gesundheitsladen Berlin, Gneisenaustraße 2, 1000 Berlin 61, oder Henning Wriedt, Gruppe Arbeit und Gesundheit, Tornquiststraße 44, 2000 Hamburg 20, Tel. (040) 4 91 16 58.

21.-23.5.

Marseille

Drittes internationales Treffen der „Ecole dispersée de santé“ Kontakt: Enlcedem, 94, rue de Charenton, 75012 Paris, Tel. 43 07 54 74.

Preis pro Zeile (25 Anschläge) 2,50 Mark. Einsenden an: dg, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1

Internist (Facharztanerkennung Ende '88) mit Familie, schulpflichtigen Kindern, **sucht neuen Arbeitsbereich** in z.B. Gruppen- oder Gemeinschaftspraxis, vorzugsweise im süddeutschen Raum. Interesse an Akupunktur, Neuraltherapie, psychosozialer Medizin. Zuschriften unter Chiffre 010388 an dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1.

Nachfolgerin (Allg. Ä. oder Internistin ohne RÖ.) in int. Praxis, kleine Univ.-Stadt Bayerns, **zum 1. 7. 88 gesucht.** Zuschriften unter Chiffre 020388 an dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1.

Engagierter Internist mit Erfahrung in Sonographie und Endoskopie für überwiegend hausärztliche Gemeinschaftspraxis **gesucht.** Tel. (05 21) 20 73 33.

Arztthelfer/innen zum 1. 7. gesucht Möglichst EEG-Erfahrung für sozialpsych. orient. Nervenarztpraxis in Duisburg. Wer hat Erfahrung mit solch einem Projekt? Bitte melden unter Chiffre 030388 bei dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1.

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.


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.

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.

Traumjob?

Ambulante Pflege





Wer ist schon gerne im Krankenhaus? Keiner. Auch Krankenschwestern und -pfleger zieht es nach „draußen“ in die ambulante Pflege, wo sie hoffen, sich von hierarchischen Strukturen, der Entscheidungsallmacht der Ärzte, der Hektik und dem Zeitdruck lösen zu können. Minister Blüm kommt ihnen sogar ein bißchen entgegen mit seiner geplanten „Verbesserung der häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger“. Arbeitsplätze sind in Sicht. Klaus Priester hat sich in der ambulanten Pflege umgesehen und warnt vor Illusionen.

Die Gemeindekrankenpflege hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Zwar gibt es sie noch, die „klassische Gemeindeschwester, die den Kirchsprengel durchradelt und hilfebedürftige ältere Menschen im Haushalt unterstützt oder pflegerisch betreut, aber sie bildet heute eher die Ausnahme. Die Zahl dieser „Einzelkämpferinnen“ ist drastisch zurückgegangen, an die Stelle kleiner Gemeindepflegestationen sind zunehmend größere Sozialstationen getreten, die neben häuslicher Alten- und Krankenpflege auch Haushaltshilfen, Mahlzeitendienste wie „Essen auf Rädern“ und andere sozial-pflegerische Dienstleistungen anbieten.

Verändert hat sich auch die Qualifikation und Zusammensetzung der in solchen Einrichtungen Tätigen: In zu-

nehmendem Maße wird die ambulante Pflegearbeit von ausgebildeten Krankenschwestern/-pflegern, Altenpflegerinnen/-pflegern geleistet, häufig unterstützt von Sozialarbeitern, die sich unter anderem um Kontakte zu Behörden und die Beantragung von Sozialhilfe kümmern. Etwa 30000 hauptamtliche Beschäftigte, davon allerdings circa 13000 in Teilzeitarbeitsverhältnissen, in rund 5400 ambulanten Einrichtungen gibt es nach Erhebungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege gegenwärtig in der Bundesrepublik. Eine nicht geringe Zahl von Zivildienstleistenden und ehrenamtlichen Helfern kommt hinzu.

Viele Krankenschwestern und -pfleger, die starrer hierarchischer Strukturen, Funktionspflege, Hektik und Zeitdruck im Kranken-

hausalltag überdrüssig sind, sehen heute in ambulanten Pflegeeinrichtungen ein „alternatives“ Arbeitsfeld. Dies nicht zuletzt deshalb, weil sie in der Gemeindekrankenpflege eher Möglichkeiten erkennen, ganzheitlich-patientenorientiert und selbständiger arbeiten zu können. Aber Theorie und Praxis klaffen bei näherer Betrachtung recht weit auseinander.

Liest man in gängigen Krankenpflege-Lehrbüchern, so stellt man fest, daß das Arbeitsfeld der ambulanten Krankenpflege sehr weit gefaßt wird. So reklamiert etwa Liliane Juchli in ihrem Lehrbuch-„Klassiker“ „Krankenpflege“ neben kurativen auch präventive und rehabilitative Aufgaben als Tätigkeitsfeld für die ambulante Pflege, die bei ihr ausdrücklich als „Gesundheits- und Krankenpflege“ verstanden wird. Und Therese Bergmann weist der Ge-

meindekrankenpflege in ihrem vor kurzem veröffentlichten Lehrbuch „Gemeindekrankenpflege“ zusätzlich schmerzlindernde Aufgaben zu, insbesondere im Zusammenhang mit der Pflege Sterbender.

Von in der ambulanten Krankenpflege Tätigen wird dies im wesentlichen ebenso gesehen. „Wir machen alles, nämlich Krankenpflege, Haushaltshilfe und so weiter umreißt die Gemeindegeschwester Gerda Willner* berufliches Selbstverständnis und das Spektrum der in der häuslichen Pflege erbrachten Leistungen.

Das für die in Krankenhäusern übliche Funktionspflege charakteristische „Zerstückeln“ des Patienten, seiner Krankheiten und Bedürfnisse, seine Unterordnung unter die arbeitsorganisatorischen Anforderungen und Gegebenheiten des Stationsalltags gehören in der Gemeindekrankenpflege – zumindest ihrem Anspruch nach – nicht zum Berufsbild. Dies heißt nicht unbedingt, daß sich in der Gemeindekrankenpflege Tätige andererseits als „Mädchen für alles“ verstehen und zu verstehen hätten. Im Gegenteil. Therese Bermann fordert in ihrem Lehrbuch ausdrücklich, daß die ambulante Krankenpflege sich immer wieder neu von „haushälterischen“ Tätigkeiten abzugrenzen habe.

Aber der skizzierte Anspruch widerspiegelt dennoch die spezifischen Bedingungen, unter denen ambulante Krankenpflegearbeit geleistet wird und nur sinnvoll zu leisten ist. Die Nähe zum Patienten in dessen häuslicher Umgebung erlaubt tiefere Einblicke in seine sozialen Lebenszusammenhänge, als dies im Krankenhaus der Fall sein kann. Sie verlangt gleichzeitig aber von der Pflegekraft, Probleme, die sich aus der Lebenssituation der Betreuten ergeben, wahrzunehmen und diese – wo möglich – auch anzupacken. Dies ist besonders wichtig, wenn für den Patienten anderweitige Hilfe durch Verwandte, Freunde oder Nachbarn nicht geleistet werden kann. Ein hohes Maß an beruflicher Kompetenz und Erfahrung sowie ein recht weiter Handlungsspielraum des Pflegepersonals jenseits ärztlicher Anordnungen und Kontrollen wären hierfür allerdings Voraussetzung. Daß derart weitgesteckte Ansprüche mit der beruflichen Praxis in der Gemeindekrankenpflege in Konflikt geraten müssen, kann bei auch nur oberflächlicher Kenntnis der Strukturen unseres Gesundheitswesens nicht überraschen. Immer noch gilt die Krankenpflege – auch rechtlich – weitestgehend als „ärztliche Hilfstätigkeit“ und unterliegt faktisch ärztlichen Anordnungen. Auch die Gemeindekranken-



Auch in der ambulanten Pflege: „Eigenständigkeit“ wird durch die Entscheidungsallmacht der Ärzte und die Regelungen des Sozialrechts definiert

Allein der behandelnde Arzt entscheidet darüber, ob es sich bei einem Patienten um einen Kranken, der häuslicher Pflege bedarf, handelt oder um einen „nur“ Pflegebedürftigen, der nicht „krank“ im Sinne der Krankenversicherung ist. Das hat weitreichende Folgen, nicht nur für den Betroffenen, sondern auch für den pflegerischen Arbeitsprozeß sowie die unterschiedlichen Sozialleistungsträger. Ob die sozialrechtlich geforderte Unterscheidung von Behandlungs- und Pflegefall aus medizinischer Sicht überhaupt möglich und vertretbar ist, bleibt fraglich. Vor allem, wenn man berücksichtigt, wie im einzelnen diese Unterscheidung getroffen wird. Wenn der Sozialmediziner Viehues etwa von „katastrophaler Willkür“ bei der ärztlichen Begutachtung Pflegebedürftiger spricht, dann verweist dies auch darauf, daß andere als ausschließlich medizinisch-wissenschaftliche Entscheidungskriterien das ärztliche Urteil beeinflussen.

Dem Arzt werden vom Sozialrecht einerseits Fähigkeiten und Kenntnisse abverlangt, die er aller Wahrscheinlichkeit nach nicht besitzt. Dafür spricht allein die Vernachlässigung der Geria-

trie oder der Gerontopsychiatrie in der Mediziner Ausbildung. Andererseits wird ihm die Schlüsselstellung bei der Definition von „Krankheit“ und „Pflegebedürftigkeit“ zugewiesen und damit letztlich die Entscheidung darüber, ob ein Patient nach immer noch geltendem Recht zum Sozialhilfeempfänger werden muß, wenn er häusliche Pflegeleistungen erhalten will.

Je nach Definition des Arztes können – will die Gemeindekrankenpflegestation „auf ihre Kosten kommen“ – von den ambulant pflegerisch Tätigen nur bestimmte, zumeist medizinisch-behandlungspflegerische Leistungen erbracht werden. Oder aber es wird vom behandelnden Arzt genau angeordnet, welche Einzelleistungen erbracht werden dürfen. Die aus der Krankenhauspraxis bekannten Probleme, wie zum Beispiel das Verabreichen von Injektionen, bestehen dabei auch in der Gemeindekrankenpflege. Abhängig bleibt der Handlungsspielraum des Pflegepersonals davon, wie restriktiv die Definition des Krankheits- beziehungsweise Pflegefalls vom Arzt gehandhabt wird und welche pflegerischen Einzelleistungen der Arzt für notwendig und vom Pflegepersonal für ausführbar hält.

Doch häufig hilft auch die beste Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten nicht weiter. Zu wenig Personal in zu wenigen Einrichtungen hat zu wenig Zeit, um tatsächlich umfassende, auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtete Pflege sicherzustellen. Obwohl diese Mißstände in vielen Fällen vom Pflegepersonal gesehen werden, wird nicht selten von den gleichen Pflegekräften angegeben, daß der Bedarf an ambulanten Pflegeleistungen prinzipiell abgedeckt werde und kein Patient, der Pflege nötig habe, unversorgt bleibe. Allerdings räumt Gerda Willner ein: „Manchmal müssen wir uns bei der Pflege von Patienten schon auf das Notwendigste beschränken.“ Und eine Kollegin ergänzt: „Hätten wir mehr Personal in unserer Station, dann könnten wir eigentlich schon mehr machen.“

Dieser Widerspruch läßt sich unter anderem dadurch erklären, daß die vom Pflegepersonal aktuell befriedigte und mit den vorhandenen Personalkapazitäten zu bewältigende Nachfrage nach Pflegeleistungen von ihm auch als tatsächlicher Bedarf ausgegeben wird. In eine solche Definition des Bedarfs gehen wirtschaftlich-finanzielle und politische Zielvorgaben, wie sie zum Beispiel von Trägern der Pflegeeinrichtungen formuliert werden, ein, aber auch bestimmte Vorstellungen des Pflegepersonals über das derzeit „Machbare“. Das darüber hinausreichende „an sich Wünschenswerte“ – wie es die Lei-

terin einer Pflegestation ausdrückt – kann in der Sicht der Pflegenden solange als aufschiebbarer Zusatzbedarf angesehen werden, wie es in der täglichen Praxis gelingt, durch arbeitsorganisatorische Maßnahmen, Begrenzung von „Sonderleistungen“ und Mehrarbeit steigende Ansprüche auf Pflegeleistungen auszugleichen.

Was dies für die konkrete Arbeit bedeutet, macht Monika Kortner*, Gemeindeschwester im Frankfurter Raum, deutlich: „Es gibt Zeiten, da kann ich keine Händchenhalte-Patienten versorgen, weil zuviel zu tun ist.“ Manchmal müßten „Patienten sortiert“ werden, ein Verfahren, das „eigentlich“ strikt abgelehnt werde, in Zeiten der Arbeitsüberlastung aber uncräftlich erscheine, um möglichst vielen Patienten wenigstens ein Mindestmaß an Hilfe zukommen zu lassen. Die Leiterin einer Gemeindepflegestation bringt es auf einen Nenner: „Wenn man kategorisiert, also Patienten nach dem Ka-

talog der mit den Krankenkassen abrechenbaren Pflegeleistungen pflegt, dann sind wir ausgelastet. Wenn man aber das familiäre Umfeld berücksichtigen will, Gespräche mit Patienten führen und ein bißchen psychologischen Beistand leisten will, dann ist hierfür zu wenig Zeit.“

Sollten tatsächlich alle diejenigen zu Hause lebenden Pflege- und Hilfebedürftigen, die auf professionell erbrachte Pflegeleistungen angewiesen sind, auch tatsächlich von Gemeindekrankenpflegestationen über ein Mindestmaß hinaus betreut werden, so wäre nach Schätzungen die Verdoppelung bis Verdreifachung des derzeitigen Personalbestandes in ambulanten sozialpflegerischen Einrichtungen nötig (siehe dg 1/88, Daten zur Gesundheits- und Sozialpolitik). Solange dies nicht realisiert ist, geht Personalknappheit auf Kosten der Patienten und der Pflegekräfte: (unbezahlte) Überstunden, Verzicht auf Freizeit und Erholungsmöglichkeiten sowie Abstriche bei der Betreuung von Patienten gehören leider immer noch zum Alltag der Gemeindekrankenpflege und stehen in deutlichem Kontrast zu dem über sie vielfach verbreiteten Bild.

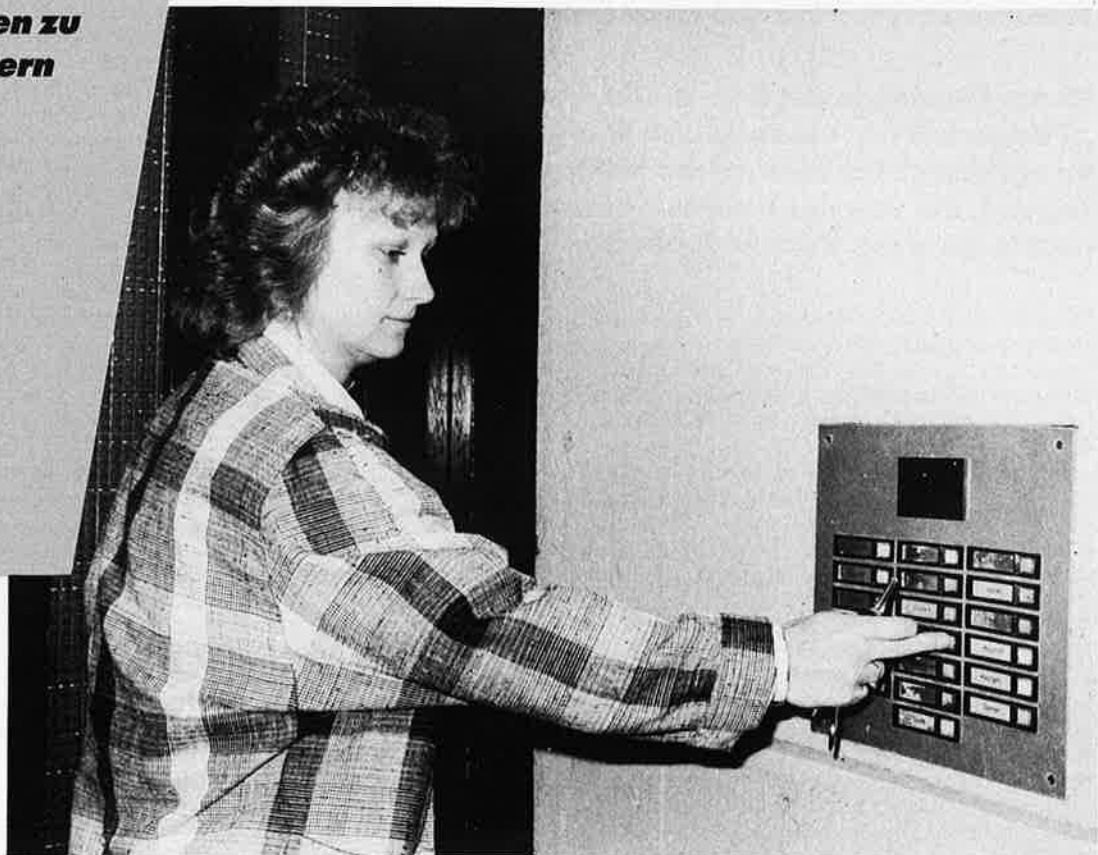
Dem Wunsch, helfen zu wollen, steht häufig auch die mangelnde Qualifikation des ambulant tätigen Pflegepersonals entgegen. Wen

wundert's, denn Ausbildung und Berufspraxis des Krankenpflegepersonals sind weitestgehend von den organisatorischen Strukturen und berufsfachlichen Anforderungen des Krankenhauses geprägt: Funktionspflege, Spezialisierung und Hierarchisierung bei gleichzeitiger Vernachlässigung psychosozialer Komponenten sind zentrale Merkmale des Krankenhausalltags. Dagegen ist ambulante Pflegearbeit Einzelarbeit, die eher von „Spezialist/inn/en für das Allgemeine“ in weitgehend eigener Verantwortung ausgeführt werden muß.

Die hierfür notwendigen Qualifikationen werden im Rahmen der beruflichen Ausbildung so gut wie gar nicht, in der fachspezifischen Weiterbildung in der Gemeindekrankenpflege nur unzureichend vermittelt. Auch die Einübung berufsgruppenübergreifender Kooperationsformen, zum Beispiel zwischen Kranken- und Altenpflege, mit Sozialarbeitern und Psychologen, kommt in der beruflichen Aus- und fachspezifischen Fortbildung im Krankenhaus heute vielfach noch zu kurz.

Kompetenzgerangel und Kooperationsmängel sind in der Praxis die Folgen. Einer optimalen Versorgung der Patienten dürfte das kaum förderlich sein, einmal ganz abgesehen davon, daß für eine einzelfall- und situationsbezogene Betreuung Pflegebedürftiger

Zu wenig Personal in zu wenigen Einrichtungen hat zu wenig Zeit, sich um die Bedürfnisse der Patienten zu kümmern



häufig die fachlich-personellen Voraussetzungen fehlen. Barbara Meifort, im Bundesinstitut für Berufliche Bildung mit der Erforschung von Qualifikationsentwicklungen und -anforderungen in gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen befaßt, kam auf den Essener „Hochschultagen Berufliche Bildung“ im Oktober 1986 in einer erhellenden Analyse zu dem Schluß, daß „die Qualifikationen der Mehrzahl der Gesundheitsberufe im Bereich psychosozialer Versorgung ... nicht mehr den tatsächlichen berufspraktischen Anforderungen“ entsprechen. Zudem habe die Entwicklung von Ausbildungsgängen in den Gesundheits- und Sozialberufen „zu teilweise grotesken, künstlichen Trennungen von sachlich miteinander verbundenen Aufgaben und Inhalten“ geführt.

Will die ambulante Krankenpflege ihren Aufgaben gerecht werden, sind Veränderungen vonnöten. Und zwar dringend. Neben einer Erhöhung der Stellenzahl für ambulante Pflegekräfte und Veränderungen in der Finanzierung von ambulanten Pflegeleistungen ist unter an-

derem die Qualifikation des Pflegepersonals zu verbessern. Bereits in der Krankenpflegeausbildung müssen weit mehr als bisher psychosoziale Kenntnisse vermittelt werden, die Ausbildung muß stärker auf ganzheitlich-

patientenorientierte Pflegekonzeptionen ausgerichtet werden. Schon in der beruflichen Einstiegsphase müssen dem Pflegepersonal fachübergreifende kooperative Arbeitsformen nähergebracht werden. Beitragen könnte dazu der vermehrte Einsatz von Auszubildenden außerhalb des Krankenhauses, zum Beispiel in Sozialstationen, die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Krankenpflegeberufe auch vorgesehen ist.

Kurzfristig werden sich solche Qualifikationsausweitungen in der Krankenpflegeausbildung nicht oder nur unzureichend verwirklichen lassen. Deshalb muß die berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung auf diesem Gebiet intensiviert werden. Die berufliche Fort- und Weiterbildung muß darüber hinaus generell weitaus mehr psychosoziale, sozialmedizinische und medizinsoziologische Kenntnisse vermitteln, als dies bislang üblich ist.

Wegen der schon heute bestehenden Defizite und den künftig nicht geringer werdenden Aufgaben in der ambulanten Krankenpflege ist Eile geboten. Schon jetzt müßte Pflegepersonal in er-

Einstieg in den Einstieg

Ambulante Pflege und Strukturreform

Ist der Einstieg in die finanzielle Absicherung des „Pflegerisikos“ ein Lichtblick in Blüms Strukturreformplänen? Für eine solche Sicht bedarf man einer Tugend, die von der Bundesregierung allzu gern gepriesen wird: Bescheidenheit

Der am 20. Januar vorgelegte Referentenentwurf des „Strukturreform“-Gesetzes sieht vor, daß künftig „Versicherte, die nach ärztlicher Feststellung wegen einer Krankheit oder Behinderung so hilflos sind, daß sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in sehr hohem Maße der Hilfe bedürfen (Schwerpflegebedürftige), ... häusliche Pflege“ erhalten (Paragraph 50,1). Ausdrücklich festgelegt wird weiter, daß „die häusliche Pflegehilfe ... die familiäre Hilfe und Versorgung ergänzen“ soll, damit „der Pflegebedürftige möglichst in seiner gewohnten häuslichen Umgebung verbleiben kann und stationäre Pflege vermieden wird“ (Paragraph 52,1). Hauspflege soll ferner „die im Einzelfall notwendige Grund-

pflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat“ umfassen (Paragraph 50,2).

Darüber hinaus wird es nach dem Entwurf Schwerpflegebedürftigen künftig möglich sein, bei Verhinderung oder Urlaub von pflegenden Familienangehörigen Pflegehilfe „im erforderlichen Umfang für längstens vier Wochen je Kalenderjahr“ in Anspruch zu nehmen (Paragraph 53). Die Pflegehilfen sollen entweder als Sachleistung (Pflege durch professionelle Dienste) oder als Geldleistung in noch nicht festgelegter Höhe gewährt werden (Paragraph 54).

Sollten diese Pläne tatsächlich reali-

siert werden, so bedeutete dies für einen Teil der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen sicherlich eine Verbesserung der heutigen Situation: Gegenwärtig erhalten nur solche Pflegebedürftigen ambulante Pflegeleistungen, die entweder „krank“ im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind – die häusliche Pflege dient hier der Vermeidung von Krankenhausaufenthalt oder der Begleitung ärztlicher Behandlung – oder aber „Hilfe zur Pflege“ im Rahmen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen können. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, gibt es keinen Anspruch auf gesetzlich abgesicherte (und finanzierte) häusliche Pflegeleistungen.

Die vorgesehenen Veränderungen sind allerdings mit Vorsicht zu genießen. Sie haben mehr als einen Pferdefuß. So soll die Pflegefinanzierung aus zuvor im Rahmen der „Strukturreform“ erzielten massiven Einsparungen in anderen Bereichen der Krankenversorgung erfolgen. Was den Patienten also an „Selbstbeteiligung“ und Leistungskürzungen, zum Beispiel beim Zahnersatz, bei Heil- und Hilfsmitteln, Kuren und so weiter zugemutet wird, soll – allerdings nur zur Hälfte – zur Leistungsausweitung bei der Pflege dienen. Pflegeleistungen für Alte, chronisch Kranke und aus anderen Gründen Pflegebedürftige würden demnach von Kranken, die andere Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch

forderlicher Anzahl und mit gemeindepflegerischer Qualifikation ausgebildet, bereits jetzt müßten in der Fort- und Weiterbildung in diesen Berufen die Weichen gestellt werden. Der Zu-

stand, daß noch immer ein nicht unerheblicher Teil der im ambulanten Pflegesektor Beschäftigten nur unzureichend ausgebildetes Krankenpflegehilfe- oder Altenhilfepersonal ist – ganz abgesehen von „Ehrenamtlichen“ sowie Zivildienstleistenden –, kann auf Dauer nicht hingenommen werden. Schließlich wird die Krankenhausbehandlung und -pflege auch nicht von Reinigungspersonal, Küchenhilfen

oder medizinischen Bademeistern geleistet, so wichtig deren Tätigkeit ansonsten auch ist.

Aufgrund der kurz- und mittelfristig im ambulanten Pflegesektor auszugleichenden personellen Defizite sind nicht zuletzt auch der Gesetzgeber und die Arbeitsämter gefordert. Es ist notwendig, da es sich bei hinreichend qualifiziertem Gemeindekrankenpflege- und Altenpflegepersonal eindeutig um Mangelberufe handelt, daß das Arbeits- und Sozialministerium sowie die Arbeitsverwaltung durch geeignete Fördermaßnahmen wie die Finanzierung der beruflichen Fort- und Weiterbildung Bewegung in diesen Teilbereich des Arbeitsmarktes bringen □

Helfen wollen langt nicht. Zum Helfen können hapert's bei der Ausbil- dung



* Namen von der Redaktion geändert

In diesen Artikel sind Ergebnisse aus einer „Modelluntersuchung Ambulante Krankenpflege“ eingegangen, die 1987 von der Abteilung für Medizinische Soziologie an der Frankfurter Universitätsklinik vorgelegt wurden. Sie kann zum Preis von 28 Mark (Langfassung 283 Seiten) beziehungsweise 10 Mark (Kurzfassung, 69 Seiten) bezogen werden über: Klaus Priester, Universitätsklinik, Abteilung für Medizinische Soziologie, Theodor-Stern-Kai 7, 6000 Frankfurt 70.

nehmen, finanziert werden. In vielen Fällen können das die gleichen Patienten sein, die auch Pflegeleistungen erhalten.

Wann es häusliche Pflege als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung geben wird und wieviel Geld dafür zur Verfügung steht, ist allerdings unklar. Sicher ist, daß zunächst – also frühestens ab 1989 – erst einmal Einsparungen in anderen Bereichen der Krankenversicherung durchgesetzt, und danach irgendwann einmal erst häusliche Pflegeleistungen gewährt werden sollen. Ob sich die Einsparungen in den anderen Bereichen überhaupt realisieren lassen, wird inzwischen allenthalben angezweifelt. Damit bleibt im dunklen, ob die für häusliche Pflege vorgesehenen rund 6,5 Milliarden Mark überhaupt zur Verfügung stehen werden.

Nutznieser der Neuregelung wären allein die (nach Schätzungen des Bundesarbeitsministeriums) rund 630 000 zu Hause lebenden Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen. Was aber geschieht mit den übrigen beinahe zwei Millionen leichter Pflegebedürftigen und anderweitig hilfe- und unterstützungsbedürftigen Menschen, die derzeit noch weitgehend von Familienangehörigen versorgt werden? Sie werden, sollten Blüms Pläne Realität werden, weiter auf die Sozialhilfe oder die Liebe ihrer Angehörigen angewiesen

bleiben, oder aber sie zahlen selbst für in Anspruch genommene Pflegeleistungen. Und was ist mit den schätzungsweise etwa 300 000 in Heimen versorgten Pflegebedürftigen, die mehrheitlich noch zu Sozialhilfeempfängern degradiert werden, um die Heimpflege überhaupt finanzieren zu können? Nach Auffassung des Bundesarbeitsministers kann es nicht Ziel der „Strukturreform“ sein, auch diesen Gruppen – immerhin mindestens drei Viertel aller Pflege- und Hilfebedürftigen in der Bundesrepublik – Pflegeleistungen im Rahmen der GKV zukommen zu lassen.

Nicht nur von Krankenkassen und Gewerkschaften wird seit langem kritisiert, daß die Absicherung des Pflegerisikos der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten aufgebürdet werden soll, wo dies doch eigentlich eine staatliche Aufgabe wäre. In der Tat kann man darüber streiten, ob eine eigenständige Pflegeversicherung, die Absicherung im Rahmemeistungen in den Katalog der Kassenleistungen endlich aufzuheben. Dieser mehr als hundert Jahre alte Anachronismus, daß nur im Krankheits-, aber nicht im „Nur“-Pflegefall Krankenkassenleistungen gewährt werden, muß nun wirklich vom Tisch.

Nicht von der Hand zu weisen sind allerdings die Forderungen, die etwa der DGB mit einer krankenversiche-

rungsrechtlichen Lösung verknüpft: Erweiterung des Solidarausgleichs in der GKV durch Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze, Pflegefinanzierung auch für in Heimen versorgte Patienten, Zahlung eines Bundeszuschusses an die GKV zur Finanzierung der Pflegeleistungen und schließlich die rentenversicherungsmäßige Absicherung von Familienangehörigen und anderen, die Pflegeleistungen erbringen.

Die Gewährung von häuslichen Pflegeleistungen bleibt wie bisher an die Entscheidung des Arztes gebunden. Damit wird die zentrale Stellung des (niedergelassenen) Arztes im Gesundheitswesen der Bundesrepublik weiter gestärkt. Dem ambulanten Pflegesektor hingegen wird die Chance genommen, eigenständig die pflegerische Versorgung zu betreiben und somit zu einer wirklich tragenden Säule in einem gemeindenahen, orientierten Gesundheitswesen zu werden.

Die vorgesehenen Maßnahmen zur Absicherung des Pflegerisikos stellen selbst bei wohlwollender Betrachtung allenfalls einen Einstieg in die Lösung eines der drängendsten Probleme der Sozial- und Gesundheitspolitik dar – oder besser: den Einstieg in den Einstieg. Auch hier also keine echte Strukturreform, sondern nur – wie der DGB in einer Stellungnahme formuliert – eine „amputierte Reform“. □

„Äußerst notwendig“



Foto: Menzen

von Jewgenij Tschasow

Glasnot und Perestrojka – jetzt sind sie auch im Gesundheitswesen in der Sowjetunion angesagt. Wie dringend notwendig die Veränderungen sind und wie die Umgestaltung aussehen soll, zeigt der Kommentar von Jewgenij Tschasow

Das Wichtigste im Programm zur Umgestaltung des Gesundheitswesens besteht darin, daß nicht nur die Organe des Gesundheitswesens allein Sorge für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung zu tragen haben. Es ist ebenso eine Aufgabe der Partei, des Staates und des gesamten Volkes. Die Verantwortung der Leiter von Betrieben und zentralen Staatsorganen für die Gesundheit der Werktätigen, für eine wirksame Prophylaxe sowie für Umweltschutzmaßnahmen muß erhöht werden. Während der Diskussionen wurde darauf verwiesen, wichtig sei, die Bewertungskriterien der Tätigkeit der medizinischen Einrichtungen zu ändern, damit sie die reale Sachlage und nicht die Kennziffern nach dem Bruttoprinzip („Verpflegungstage“) widerspiegeln.

Im Ergebnis konnten viele Teile des Programms konkretisiert werden. Die Aufgabe zur Steigerung der Prophylaxe-Effektivität wurde präziser formuliert: Die Morbidität soll bis zum Jahr 2000 um 15 bis 20 Prozent gesenkt werden; angeregt wurde, 1988 ein staatliches Programm zur Einstellung des Rauchens auszuarbeiten; geplant ist, bei der medizinischen Betreuung allmählich den „Hausarzt“ zur Regel zu machen. Zugleich wurden einige Vorschläge für unzeitgemäß oder unzweckmäßig befunden, zum Beispiel Änderungen bei der Ausstellung von Krankenscheinen und bei der Auszahlung des Krankengeldes sowie der Übergang zu kostenpflichtiger medizinischer Hilfe.

Das Programm zur Umgestaltung des Gesundheitswesens ist äußerst notwendig. Bis zu 90 Prozent der Arbeitszeitverluste in den Betrieben ergeben sich heute aus verschiedenen Erkrankungen und der Pflege erkrankter Kinder. Die aus der niedrigen Effektivität des Gesundheitsschutzes resultierenden ökonomischen Verluste beliefen sich in der letzten Zeit auf jährlich 90 Milliarden Rubel. Heute, da der Umbau des gesamten Wirtschaftslebens eine präzise Arbeitsorganisation und eine angespannte Arbeit erfordert, ist derartiges untragbar.

Das Obengesagte darf keinesfalls zu der Schlußfolgerung verleiten, die Sorge um die Gesundheit der Bürger in der UdSSR verfolge nur ein Ziel, und zwar die Erhöhung der Intensität in der Produktion. Zweifelsohne rentieren sich prophylaktische Maßnahmen und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Die Hauptsache aber ist, daß in der sozialistischen Gesellschaft die Gesundheit als eine unerläßliche Voraussetzung für die harmonische Entwicklung und das Wohlergehen des Menschen betrachtet wird.

Die Hauptrichtungen zur Entwick-

lung des Gesundheitsschutzes umfassen ein breites Aufgabenspektrum. Im Vordergrund stehen Aufgaben der Prophylaxe. Es kommt darauf an, eine gesunde Lebensweise als attraktiv erscheinen zu lassen. Zu den im Programm vorgesehenen Maßnahmen gehört der Aufbau von für uns neuen Gesundheitszentren. Die bisher auf ehrenamtlicher Grundlage bestehenden Klubs mit einer solchen Aufgabenstellung sind natürlich allein nicht in der Lage, landesweit für eine gesunde Lebensweise zu sorgen. Das liegt nicht nur an der unzureichenden materiellen Basis, sondern auch daran, daß die Klubs dieser Gesamtaufgabe nicht gewachsen sind. Ein Gesundheitszentrum sollte über eine Sporthalle, ein Schwimmbecken und eine Sauna, Fießgeräte, Masseur verfügen. Die gesamte Behandlung sollte von Ärzten verordnet werden: von Leibesübungen bis zur Physiotherapie. Bei der Einrichtung solcher Zentren rechnen wir auf Hilfe der örtlichen Sowjets und großer Industriebetriebe.

Zunehmende Bedeutung für die prophylaktische Arbeit gewinnt der Umweltschutz. Es muß ganz offen zugegeben werden, daß er in den vergangenen Jahrzehnten sein Gewicht in der realen

Struktur der Organisation des Gesundheitswesens eingebüßt hat. Anlagen zur Reinigung von Schadstoffen, die sonst in die Atmosphäre gelangen, wurden nicht rechtzeitig in Betrieb genommen. Daher entspricht der Zustand der Luft in mehreren Städten nicht den wissenschaftlich fundierten Normen. Das Ministerium für Gesundheitswesen der UdSSR arbeitet gegenwärtig an Unterlagen, die die Rolle der staatlichen Hygieneaufsicht bei der Lösung ökologischer Probleme verstärken sollen.

Entschieden wird über den Aufbau eines Unionszentrums für Prophylaxe, dessen wichtigste Funktion in der objektiven Beurteilung des Gesundheitszustands der Bevölkerung bestehen soll.

Was nun die unmittelbar medizinischen Probleme betrifft, wurde die qualitativ verbesserte Betreuung der Bevölkerung in den Vordergrund gerückt. Dabei ist vorgesehen, das Netz von therapeutischen Einrichtungen und Sanatorien sowie von Spezialeinrichtungen für medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation wesentlich auszubauen. Eine beachtliche Rolle wird den Zentren für Diagnostik zugeacht. Damit wird ein doppeltes Ziel

erreicht: Erhöhung der Qualität der Diagnostik und eine gewisse Arbeits erleichterung für die Krankenhäuser. Bis 1990 sollen 25 und bis 1995 60 solcher Zentren eröffnet werden.

Bis Ende dieses Jahrhunderts sollen Krankenhäuser mit insgesamt 1,3 Millionen bis 1,4 Millionen Krankbetten sowie Polikliniken, in denen die Ärzte in einem Durchgang 2,9 Millionen bis 3,2 Millionen Bürger konsultieren und untersuchen können, gebaut und modernisiert werden. Die Anforderungen an Projektanten und Bauarbeiter werden wesentlich erhöht, denn die für medizinische Einrichtungen bestimmten Gebäude müssen den modernen Gesichtspunkten gerecht werden. Das Investitionsvolumen für den Bau von therapeutisch-prophylaktischen Einrichtungen wird von 8,7 Milliarden Rubel im 12. Planjahr (1986-1990) auf 25,3 Milliarden Rubel im 13. Planjahr (1990-1995) wachsen.

Der Herstellung der medizinischen Technik, an deren Entwicklung viele Ministerien und andere zentrale Staatsorgane beteiligt sind, soll bedeutend, und zwar auf das 3,5fache bis zum Jahr 2000 zunehmen. 1993 soll der Bedarf an Arzneimitteln völlig gedeckt werden. □

ZEITSCHRIFTEN AUS DER UdSSR

WISSENSCHAFT IN DER UdSSR

Herausgegeben v. der Akademie der Wissenschaften. Berichte u. Reportagen a. Wissenschaft und Forschung. 6 Hefte im Jahr. Erscheint in Deutsch, Russisch, Englisch und Spanisch. 132 Seiten, farbig. Jahresabo 60,00 DM.

SPUTNIK DIGEST

Reich illustriertes Monatsmagazin. Reportagen, Essays, Erzählungen, Beiträge über Mode, Wissenschaft und Kultur. Erscheint in Deutsch, Russisch, Englisch, Französisch, Spanisch. 180 Seiten in Farbe. Jahresabo 38,00 DM.



KULTUR UND LEBEN

Illustrierte Monatszeitschrift über das kulturelle Leben in der Sowjetunion und Neuigkeiten aus der Wissenschaft. Erscheint in Deutsch, Englisch, Französisch und Spanisch. 52 Seiten in Farbe. Jahresabo 30,00 DM.

SOWJET-LITERATUR

Monatszeitschrift mit Beiträgen sowjetischer Literatur, Kritik und Literaturwissenschaft. Mit zahlreichen Abb. von Werken der sowjetischen bildenden Kunst. (Zum Teil in Farbe). 192 Seiten pro Heft. Jahresabo 45,00 DM.

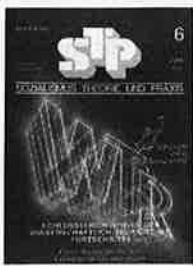


NEUE ZEIT

Wochenzeitschrift für aktuelle internationale Ereignisse und Grundprobleme der Gegenwart. Übersichten u. Kommentare. Ersch. in Dt., Russ., Engl., Frz., Span., Portug., Ital. 36 Seiten pro Woche. Jahresabo 36,00 DM.

SOZIALISMUS THEORIE U. PRAXIS

Illustrierte Monatszeitschrift für theoretische und praktische Fragen des Marxismus-Leninismus, sowie des Friedens und des Sozialismus. Ersch. in Dt., Engl., Franz. und Span. 128 Seiten pro Heft. Jahresabo 24,00 DM.



KOSTENLOS KENNENLERNEN:

Telefon 02101 / 590370, Frau Lang.

Oder Coupon einsenden an:
VVG Verlags- und Vertriebsges. m.b.H.
Postfach 101555, 4040 Neuss 1

○ JA, bitte schicken Sie mir von folgenden Zeitschriften ein kostenloses Probeexemplar:

○ Bitte schicken Sie mir das Gesamtverzeichnis „Zeitungen und Zeitschriften aus der Sowjetunion“ (über 1500 Fach- und Publikumszeitschriften in vielen Sprachen)

Absender:

Telefon:

485

ZEITSCHRIFTEN AUS DER UdSSR

Wie selten kann man sich glücklich schätzen, einer der Sternstunden wissenschaftlicher Erkenntnis lebhaftig beiwohnen zu dürfen! Im November 1987, fast unbemerkt von der mediengeilen Öffentlichkeit, gab es eine dieser Sternstunden. Ein großer deutscher Denker und Arzt – wohnhaft in 8675 Bad Steben – tat Epochales kund: „Einst waren wir ein ‚Volk der Dichter und Denker‘, heute sind wir bei neun Millionen Schwerbeschädigten und dem teuersten Gesundheitswesen der Welt ein ‚Volk der Schwerbeschädigten und Frührentner‘.“ Hätte dies allein schon gereicht, den Autor zu adeln – mitnichten. Medizinaldirektor Dr. med. G. Buchwald hat herausgefunden, „warum in Deutschland Genies selten geworden sind“. Seine Philippika, abgedruckt im Organ des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e.V., Heft 11, läßt uns seine exorbitante Erklärung frühzeitig ahnen: „Wahrscheinlich vernichten wir über die Impfschäden die Spitzenintelligenz unseres Volkes.“

Die Erklärung erscheint genial, zugleich aber doch so einfach, daß es wundert, wie hier nur der geistige Höhenflug eines ärztlich geschulten Hirnes Erleuchtung bringen konnte: „Das Problem ist jedem Techniker geläufig: Je komplizierter und höher entwickelt ein Mechanismus oder ein Apparat ist – desto empfindlicher und desto störanfälliger ist er auch. Von einer Impfschädigung werden daher vermutlich besonders hochdifferenzierte Gehirne betroffen.“ Als ob dieser Ausflug in die Tiefen technischen Verständnisses nicht ausreichte, den geistvollen Generalisten im weißen Kittel zu ehren, sein sozialwissenschaftlicher Sachverstand tat ein übriges: Ihm fiel auf, „daß die Eltern impfgeschädigter Kinder, welche im Zuge eines Impfschadenprozesses zur Vorstellung des geschädigten Kindes nach Bad Steben (Postleitzahl: 8675, d. Autor) kamen, rede- und schriftgewandte Menschen waren“.

Es kam, wie es kommen mußte. Der Denker denkt, der Forscher forscht, Med.-Dir. Dr. med. G. Buchwald veröffentlicht seine Arbeit: „Über die soziale Herkunft impfgeschädigter Kinder“. Auch hier ist sein Vorgehen von genialer Schlichtheit: Er versendet Fragebögen an die Eltern der ihm bekannt gewordenen impfgeschädigten Kinder und fragt nach der Berufsausbildung der nahen Verwandten. Das Ergebnis – wie konnte es anders sein – bestätigte ihn: „Stellt man die Bevölkerung intelligentenmäßig als Gaußsche Glockenkurve vor – links die geringe Intelligenz, in der Mitte der Großteil dessen, was als Normalintelligenz zu bezeichnen ist und rechts die Spitzenintelligenz –, dann zeigte die Auswertung der Fragebögen, daß impfgeschädigte Kinder fast ausnahmslos aus Familien stammen, die der rechten Hälfte dieser gedachten Glockenkurve zugeordnet werden müssen.“



Genie und Wahnsinn

Betr.: Ausrottung der deutschen Hochintelligenz

**Urp – O weh! Die Ärzte rotten sich selbst aus.
Und niemand, niemand hilft. Nur einer hat die
schrecklichen Zeitzeichen erkannt**

Hatte er so gerade noch den Weg zu endlich allgemeinverständlichem Vorgehen für die Sozialwissenschaften gewiesen, so legt sein weiterführender Vergleich die arbeitsaufwendigen Methoden psychologischer Intelligenzmessung ad acta: Hochintelligent ist, zuallererst, der Arzt, denn so der Medizinaldirektor: „Beispielsweise kenne ich sechs impfgeschädigte Ärztekinder.“ So schließt sich denn der Kreis.

Die innere Unruhe dieses Denkers von Rang aber beschleicht nun auch den Autor dieser Zeilen: Unser geliebter Stand durch unserer eigener Hände

Werk bald ausgerottet? Wo bleibt der entsetzte Aufschrei der Medien? Aber auch hier hat der Gesellschaftswissenschaftler G. Buchwald die Zeichen der gnadenlosen Zeit erkannt: „Es gibt jedenfalls mehr als doppelt so viele Impfgeschädigte als es Aids-Kranke in der Bundesrepublik gibt, und ihnen allen ist der Rummel bekannt, den wir wegen dieser Krankheit . . . über uns ergehen lassen mußten . . . Aids aber betrifft die Lieblingsskinder unserer Massenmedien . . . nämlich Nuten, Fixer und Schwule. Unseren Journalisten sind die Täter stets wichtiger und interessanter gewesen als die Opfer.“

Überlegungen zur sozialverträglichen Gestaltung integrierter EDV-Anwendungen im Krankenhaus

von Klaus Stahl

EDV-Anwendungen im Krankenhaus sollten danach beurteilt werden, ob sie dazu beitragen, die Patientenversorgung und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten konkret zu verbessern. Erforderlich ist, daß die Beteiligten ihre Interessen vorbringen können, um dazu im Widerspruch stehende technische Entwicklungen zu verhindern oder umzulenken. Klaus Stahl benennt kritische Punkte von EDV-Anwendungen im Krankenhaus, die der Diskussion und Regelung bedürfen.

Ein notwendiges kritisches und detailliertes Analysieren und Bewerten von Krankenhaus-systemen läßt sich nicht durch abstrakte Definitionsakte umgehen, nach denen Krankenhaus und Medizin bzw. Medizinische Informatik generell das Wohl des (kranken) Menschen im Auge haben. Eine solche Haltung, die eine faktische technische Entwicklung mit Fortschritt für die beteiligten Menschen gleichsetzt, entmündigt Patienten und Arbeitnehmer.

Im folgenden sollen einige kritische Punkte von EDV-Anwendungen im Krankenhaus benannt werden, die m. E. einer ausführlichen Diskussion und einer Regelung bedürfen. Hinsichtlich der entscheidungsunterstützenden Verfahren wird dabei auf das medizinische „Expertensystem“ HELP Bezug genommen, das, aus den USA kommend, nun auch in der Bundesrepublik eingeführt werden soll.

1. Formulierung der angestrebten Arbeits-, Qualifikations- und Organisationsstrukturen vor der Konzeptionierung und Einführung eines elektronischen Informations- und Kommunikationssystems

Die neuen Informations- und Kommunikationstechniken besitzen nicht nur „Werkzeugcharakter“, d. h. sie sind nicht nur Mittel zur Erreichung angestrebter Zwecke, sondern verändern zugleich auch selbst u. a. Arbeits-, Qualifikations- und Organisationsstrukturen. Von daher erscheint es zweckmäßig, zunächst Zielvorstellungen hinsichtlich der genannten Strukturen zu entwickeln, die u. U. auch mit Hilfe neuer Technologien verwirklicht werden können, aber die keinesfalls durch bestimmte EDV-Anwendungen unterlaufen werden dürfen.

Solche Zielvorstellungen, die in Fachkreisen und im gewerkschaftlichen Rahmen¹ schon seit längerem diskutiert und formuliert werden, sind hier nur kurz zu skizzieren:

– **Patientenorientierte ganzheitliche Pflege** im Rahmen einer ausreichenden Personalausstattung. Die Arbeitsorganisation auf der Station muß dabei gewährleisten, daß sowohl Gruppen- bzw. Zimmerpflege möglich ist, als auch genügend Zeit zur teamorientierten Pflegeplanung zur Verfügung steht.

– **Umfassende Qualifikation** im Rahmen von Aus- und regelmäßiger Fortbildung für alle „helfenden“ Berufsgruppen. Auf diese Weise ist zu gewährleisten, daß vor allem bezüglich des Pflegepersonals ausschließlich examinierte Kräfte eingesetzt werden, die sich im Laufe ihres Berufslebens ergänzende pflegerische Qualifikationen aneignen können. Im Hinblick auf ärztliche Entscheidungen unterstützende „Expertensysteme“ muß es sich sowohl von der Zielsetzung her als auch im Rahmen der praktischen Nutzung tatsächlich um ein unterstützendes System handeln. D. h. es darf ärztliche Qualifikation auch faktisch nicht überflüssig machen und andererseits durch seinen praktischen Einsatz auch nicht die Möglichkeiten einschränken, daß sich Ärzte einschlägige medizinische Qualifikationen und Erfahrungen im Behandlungsprozeß selbst bzw. im direkten Arzt-Patient-Kontakt aneignen.

– **Abbau hierarchischer Organisationsstrukturen** und Hinwendung zu berufsübergreifender Teamarbeit, in deren Rahmen jede Berufsgruppe ihre spezifische Qualifikation zum Nutzen des Patienten einbringen und umsetzen kann.

– **Umsetzung eines umfassenden medizinischen Verständnisses**, das sich nicht isoliert an einem abgegrenzten Krankheitsgeschehen orientiert und dabei versucht, Symptome bzw. Syndrome zu klassifizieren und einem sogenannten pathologischen Substrat zuzuordnen, sondern das den ganzen Menschen im Blick hat, d. h. seine biologischen, psychischen und sozialen Zusammenhänge sowie deren Wechselbeziehungen zueinander. Dabei soll nicht auf medizinische Spezialisierungen verzichtet werden, die vielfach für die „Reparatur“ von Folgeschäden der heute vorherrschenden chronischen Erkrankungen notwendig werden. Vielmehr muß eine bloß kurativ ausgerichtete Medizin zugunsten einer präventiven überwunden werden. Dazu müssen die traditionellen medizinischen Krankheits- und Interventionsmodelle überdacht und erweitert werden.

Aus diesen arbeitnehmer- und patientenorientierten Zielvorstellungen lassen sich schon wesentliche konkrete Maßstäbe ableiten, mit deren Hilfe eine Bewertung der Sozialverträglichkeit geplanter EDV-Systeme möglich wird.

2. Keine einseitige Festlegung auf ein technizistisch-naturwissenschaftliches Medizinverständnis durch die Nutzung entscheidungsunterstützender Verfahren

Da das Krankheits- und das therapeutische Medizinverständnis im Rahmen der Entwicklung eines „Expertensystems“ den dort technisch zur Verfügung stehenden logischen Strukturen angepaßt werden muß, ergibt sich schon von daher eine Reduzierung der medizinischen Zugangsweisen auf das informatisch Machbare bzw. Abbildbare. Wenn auch keine klassischen algorithmischen Problemlösungswege beschritten werden, sondern das System seine Entscheidungsvorschläge auf der Basis miteinander verknüpfter Wenn-Dann-Beziehungen und Regeln bereitstellt, so scheinen doch die Vielfalt medizinischer Erfahrungen und Wechselbeziehungen, die im ärztlichen Entscheidungsprozeß eine Rolle spielen, nicht ohne gravierende Einschränkungen mit informatischen Mitteln rekonstruierbar.

Mit der Einführung medizinischer „Expertensysteme“ können nun Ergebnisse von Analysen stärkeren Einfluß auf ärztliches Handeln gewinnen, die mit Hilfe eingeschränkter logischer Verknüpfungen zustandegekommen sind. Ein quantitatives, „logisches“ Medizinverständnis, so wie es T. A. Pryor u. a.² anstreben, gewinnt dadurch an praktischer Relevanz. Im Unterschied zu technischen Konstruktionen, wie Leitungs- und Rechnersysteme, die sich auf mehr oder weniger komplizierte Verknüpfungen einfacher logischer Beziehungen reduzieren lassen, weil sie auch auf dieser Grundlage entwickelt wurden, kann davon im Falle des in soziale Bezüge eingebetteten „Natursystems Mensch“ nicht ausgegangen werden.

Bezüglich bestimmter abgegrenzter medizinischer Wissensgebiete lassen sich genannte notwendige Reduktionen vielleicht ohne Verluste in der Aussagekraft der Schlußfolgerungen vornehmen. Allerdings wird mit der gegenseitigen Abgrenzung medizinischer Probleme bzw. Bereiche voneinander (siehe Sektor-Konzeption des HELP-Systems), um abgeschlossene Aussagensysteme zu erhalten, zugleich die Zerstückelung des Gesamtzusammenhangs betrieben, der eigentlich angestrebt werden sollte. Ein nachträgliches Verknüpfen vormals abgegrenzter Problemkreise wird diesen Mangel kaum beheben können.

Der durch ein „Expertensystem“ bestärkte Anschein von der Scheinneutralität medizinischen Wissens verschleiert auch die Tatsache, daß das Wissen kaum auf dem Wege „demokratischer Entscheidungsprozesse“ zustandegekommen ist. Vielmehr wird das als Wissen definiert werden, was die Ansicht derjenigen darstellt, die der Spitze der Medizinerhierarchie zuzuordnen sind.

Zu den EDV-Systemen, die Informationen über den Patienten, Datenauswertungen (Warnsysteme) oder auch Entscheidungsvorschläge bereitstellen, darf sich von seiten der Beschäftigten

keine Abhängigkeit vom Computersystem ergeben, auch keine subjektiv-psychische, so daß nicht die Kommunikation mit dem Rechner zu Lasten des direkten Kontaktes mit dem Patienten geht. Dies bedeutet, daß dem EDV-System auch in der täglichen Praxis eine **wahrhaft unterstützende Bedeutung** zukommt und dem Personal beispielsweise Wahlfreiheit in der Nutzung oder Nicht-Nutzung des Systems sowie seiner Vorschläge zugestanden wird.

In diesem Zusammenhang wäre auch die Gefahr der Reduzierung von **Qualifikationsanforderungen** zu diskutieren, die sich aus der Anwendung von „Expertensystemen“ ergeben könnten. Dabei zeigt sich m.E. das folgende Dilemma: In dem Moment, wo medizinische „Expertensysteme“ ausgereift und sicher sein sollten, können sie auch objektiv persönliche ärztliche Qualifikationsanteile tendenziell ersetzen. Sie tun dies nur dann

nicht, solange sie unsicher bezüglich der gezogenen Schlußfolgerungen sind und der Arzt auf jeden Fall das medizinische Wissen und die Erfahrung benötigt, um Systemvorgaben hinsichtlich ihrer Richtigkeit bzw. Plausibilität zu kontrollieren, und beispielsweise zu hinterfragen, ob das System nicht ungerechtfertigterweise mögliche Varianten unterschlägt. Aus dem Dilemma führt auch das Argument nicht heraus, nach dem Expertensysteme keine Qualifikation ersetzen, sondern für die Verbreiterung vormals isolierten Wissens sorgen. Unabhängig von seiner inhaltlichen Qualität besagt es auch nur, daß an den Orten, die mit elektronischem Expertenwissen ausgestattet werden, auf entsprechende persönliche Qualifikationen (weiterhin) verzichtet werden kann.

3. Weitestgehende Ausschaltung aller Möglichkeiten der Leistungs- und Verhaltenskontrolle der Beschäftigten

Im Rahmen der elektronischen Datenverarbeitung werden eine Vielzahl von Daten erhoben bzw. es fallen Daten an, die zur Leistungsbewertung gedacht sind oder die hierfür herangezogen werden können. Oftmals wird von Krankenhäusern betont, daß derartige Daten nicht zur Leistungs- und Verhaltenskontrolle der Beschäftigten herangezogen werden sollen, sondern vielmehr dem **Leistungsnachweis gegenüber den Krankenkassen** dienen. Wenn dabei über die gesetzlich vorgeschriebenen Angaben für den Kosten- und Leistungsnachweis vor allem bezüglich der Datenaufschlüsselung und -differenzierung hinausgegangen wird, so könne dadurch die Verhandlungsposition des Krankenhauses auch im Hinblick auf den Stellenschlüssel verbessert werden. Einmal davon abgesehen, daß die Krankenkassen mit den gleichen Daten ihre in diesem Falle entgegengesetzten Interessen verfolgen könnten³, darf die vorgebrachte „Chance“ nicht zu Lasten eines Schutzes der Beschäftigten vor automatischen Kontrollen ihrer Leistung oder ihres Verhaltens gehen, die für den Arbeitgeber ungleich „erfolgsversprechender“ umzusetzen sind.

Vor allem auf den folgenden Ebenen sind systemabhängige Leistungs- und Verhaltenskontrollen des Personals möglich:

- Patienten- oder Leistungsdaten einer Kostenstelle (Pflegestation, Leistungsbereich u.a.), die mit dem jeweiligen Personaleinsatz verglichen werden. Auf diese Weise sind gruppenbezogene Leistungsbewertungen durch Vergleiche zwischen ähnlich strukturierten Stationen sowie durch die Betrachtung einer Station im Zeitverlauf möglich, da bestimmte Patientendaten (Pflegekategorie, Diagnose, Verweildauer) Aufschluß über den Arbeitsanfall geben.
- Jegliche gruppen- oder personenbezogene Dokumentation von Tätigkeiten bzw. Tätigkeitseinheiten. Je kleiner die festgehaltene Einheit gefaßt wird, desto genauer die Kontrollmöglichkeiten.
- Jegliche Registrierung oder automatische Protokollierung von Benutzerzugriffen oder Programmanwendungen. So kann man z.B. im HELP-System überprüfen, welche „Wissenssektoren“ häufig aufgerufen werden und wo offensichtlich Wissens- und Erfahrungsdefizite des ärztlichen Nutzers vorliegen.⁴

In den genannten und anderen Bereichen müssen **Vereinbarungen**, auch technischer Art, getroffen werden, die möglichst weitgehend verhindern, daß die EDV als Kontrollinstrument gegen die Arbeitnehmer eingesetzt werden kann.⁵

4. Eine Personalplanung und insbesondere eine Personaleinsatzplanung, die sowohl den pflegerischen und medizinischen Zielsetzun-

gen als auch den Schutzbedürfnissen der Arbeitnehmer hinsichtlich der Arbeitszeit und des Arbeitsvertragsverhältnisses gerecht wird

EDV-Komponenten zur Personal(einsatz)planung stellen ein Instrument dar, mit deren Hilfe u.a. eine kurzfristige Personaleinsatzplanung entsprechend dem jeweils aktuellen Arbeitsanfall technisch möglich wird. Es müssen allerdings **zusätzliche Voraussetzungen** geschaffen werden, deren Folgen für die Beschäftigten und für die Patientenversorgung sehr kritisch einzuschätzen sind.

– Messung des individuellen (aktuellen) Pflegebedarfs

Die Einschätzung der notwendigen Pflegeintensität, die für einen Patienten aufzubringen ist, anhand des Pflegekategoriesystems ist kaum zu objektivieren. Außerdem muß mit unvorhersehbaren, kurzfristig auftretenden Schwankungen des Pflegebedarfs eines Patienten gerechnet werden, die die Gültigkeit der Bedarfsmessungsgrundlage relativieren.

Um die belegungs- und pflegeintensitätsunabhängigen tageszeitlichen Schwankungen im Arbeitsanfall einer Station für die Personalbemessung berücksichtigen zu können, läßt sich das Tätigkeitsprofil der Stationen ermitteln und integrieren.⁶ Berücksichtigung findet dabei gängigerweise nur die (ungünstige) Ist-Situation und nicht die Soll-Vorstellungen der Betroffenen. Zusammenfassend besteht die Gefahr, daß dem EDV-mäßig ermittelten bzw. errechneten Pflegebedarf nur ein schelnhobjektiver Charakter zukommt.

– Flexibilisierung des Personaleinsatzes

Um den Personaleinsatz auch entsprechend dem wechselnden Pflegebedarf gestalten zu können, bedarf es vom personalwirtschaftlichen Standpunkt aus flexibler Einsetzungs- und Umbesetzungsmöglichkeiten. In diesem Zusammenhang existieren auch Überlegungen, den Anteil von Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten zu erhöhen, um Schwankungen im Arbeitsanfall mit diesen Kräften zu kompensieren. „Kapazitätsorientierte Arbeitszeiten“, ständige Umsetzungen und ungesicherte Arbeits- bzw. Einkommensverhältnisse können nicht als sozialverträglich bezeichnet werden und stören außerdem das Arbeitsklima im Krankenhaus erheblich. Der flexible Personaleinsatz muß daher an noch zu formulierenden Schutzregelungen seine Grenze finden.

– Funktionalisierung der Pflegeorganisation

Ein ausgebauter flexibler Personaleinsatz müßte tendenziell mit einer funktional ausgerichteten Pflegeorganisation einhergehen. Patientenorientierte Gruppenpflege wäre dann nur schwer möglich, so daß sich auch aus fachlich pflegerischer Sicht kurzfristige Personaleinsatzplanung in den Grenzen halten muß, die durch die Ziele einer patientenorientierten Pflege gesetzt sind. Im Interesse des Patienten und der Beschäftigten läßt sich „eine kapazitätsorientierte“ Personaleinsatzplanung und -steuerung nicht vertreten, weil die zu schaffenden Randbedingungen den oben angeführten Maßstäben der Sozialverträglichkeit widersprechen.

5. Schutz aller persönlichen Daten des Patienten vor dem Zugriff durch Stellen bzw. Personen, die nicht an seiner Behandlung beteiligt sind, und vor der unkontrollierten Nutzung für Forschungszwecke

Traditionell sind in der Bundesrepublik Administration und medizinische Abteilungen im Krankenhaus getrennte Bereiche, die unterschiedliche Daten über die Patienten an getrennten Orten aufbewahren. Mit der elektronischen Datenverar-

ISBN 3-925007-44-X

PSYCHOLOGIE & GESELLSCHAFTS KRITIK 44



Identität II

INHALT
EDITORIAL

THEMATISCHE BEITRÄGE

- Theodor T. Heinze
„Weitermachen, wie ich begonnen habe?“
Vom Übergang der Identität zur Intensität
- Paul Walter
Ich denke, also sitze ich.
Psychologische Dimensionen der Körperposition
- Thomas Gehrmann
„Auto-Bild“ – Ein Männermagazin
- Karl-Michael Brunner
Zweisprachigkeit und Identität.
Probleme sprachlicher Identität von ethnischen Minderheiten am Beispiel der Kärntner Slowenen
- Franc Merkač
Die kompressorische Kraft der Germanisierung
In Südkärnten ist zu schwach, um alle Selbstfindungsprozesse der Kärntner Slowenen zu ersticken
- Birgit Rommelspacher
Weiblichkeit im Beruf –
Männlichkeit in der Familie.
Geschlechtspezifische Normen im Halfermlieu

LESERMAGAZIN
REZENSIONEN
AKTUALITÄTEN

Eine psychologiekritische Zeitschrift für Psychologen, Pädagogen, Sozialwissenschaftler in Theorie und Praxis. Einzelheft 11,- DM/Doppelheft 18,- DM/Jahresabonnement 34,- DM/Student/inn/en, Arbeitslose u.ä. 28,- DM; jeweils zzgl. Porto. Erhältlich in jeder guten Buchhandlung oder direkt bei der Redaktion der P & G, Bürgerbuschweg 47, D-2900 Oldenburg, Tel. (0441) 64126.

beutung wird es nun durchaus möglich und z. T. auch angestrebt, diese Trennung aufzuheben, so daß aus technischer Sicht, wenn man von den festzulegenden Zugriffsregelungen absieht, der Zugriff jedes Bereichs auf die Daten eines anderen ohne Mehraufwand prinzipiell möglich wird. Die **Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder** halten demgegenüber fest: „Zur Wahrung des Patientengeheimnisses ist es geboten, im Krankenhaus den ärztlichen Bereich von der Verwaltung informationell abzuschotten. Daraus folgt, daß z. B. die Akten der Krankenhausverwaltung getrennt von denjenigen des ärztlichen Bereichs zu führen sind. Daraus folgt weiter, daß auch im ärztlichen Bereich nur vom jeweils behandelnden Arzt auf die Daten zurückgegriffen werden kann.“⁷

Den berechtigten Datenschutzforderungen könnte insbesondere durch folgende Maßnahmen nachgekommen werden:

- Trennung von Verwaltungs- und im Rahmen medizinischer Behandlung genutzter EDV.
- Der medizinische Bereich stellt der Verwaltung das medizinische Datenmaterial auf der höchstmöglichen Aggregationsstufe zur Verfügung, das diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Verpflichtungen benötigt. Dies kann in Form der Weitergabe von fertigen Ausdrucken geschehen, so daß nicht das medizinische Datenmaterial personenbezogen in eine Transaktionsdatei übernommen werden braucht.
- Die Zugriffsberechtigungen im medizinischen Bereich werden generell so vergeben, daß nur den behandelnden Ärzten und ggf. den sogenannten berufsmäßig tätigen Gehilfen nach Paragraph 203, Absatz (3) StGB Einblick in die Daten der Patienten gewährt wird. Innerhalb des „Behandlungsbereiches“ sind natürlich die Zugriffe

nach ihrer Art festzulegen.

- Bezüglich der Dauer der Speicherung von Patientendaten auf EDV-Träger ist auch für die sogenannte langfristige Datei festzulegen, wann die Sätze gelöscht und die Daten, für die eine gesetzliche Aufbewahrungsfrist vorgeschrieben ist, in ausgedruckter Form archiviert werden.

Sollten Patientendaten zu **Forschungszwecken** verwandt werden, so ist das Einverständnis des Patienten einzuholen. Weitere Datenschutzregelungen sollten anhand des hessischen Entwurfs zu einem neuen Krankenhausgesetz (Paragraph 13–21) diskutiert werden. Die Nutzung der Datenbankabfragemöglichkeiten des Systems ist dementsprechend zu reglementieren.

6. Die Evaluation der Systeme muß sozialwissenschaftlichen Standards genügen und die Mitbestimmung und Qualifikation aller Beteiligtengruppen gewährleistet sein

Um die Interessentlagen und die Gestaltungsvorschläge aller Beteiligtengruppen bezüglich des neuen Systems zusammenzutragen und umzusetzen, kann eine ad hoc-Umfrage unter den leitenden Ärzten des Krankenhauses, die kaum kritische Fragestellungen aufgreift, nur einen allerersten Schritt darstellen. Darüber hinaus müssen m. E. folgende **Voraussetzungen geschaffen** werden (die Wahrnehmung aller gesetzlichen Rechte der Personalvertretungen bleibt unberührt):

- **Umfassende Qualifikation** aller Arbeitnehmergruppen, die die Beteiligten in die Lage versetzt, das neue System in seinen Zusammenhängen zu verstehen, um überhaupt fundierte Gestaltungsvorschläge entwickeln und einbringen zu

können. Bloße Benutzerschulungen oder -einführungen reichen hierfür nicht aus.

- **Organisation und Regelung einer projektbegleitenden Beteiligung** aller Arbeitnehmergruppen und der Patienten. Zur Unterstützung bei der Analyse und Formulierung von Gestaltungsvorschlägen müssen die Beteiligtengruppen Sachverständige ihrer Wahl heranziehen können.
- **Wissenschaftliche Begleitung** und Evaluation, die u. a. den Standards der Objektivität und Gültigkeit genügt. Um die Wirkungsweisen des neuen Systems bewerten zu können, muß ein Vorher-Nachher-Vergleich angestellt werden und ist parallel eine Kontrollsituation zu untersuchen, in der das System nicht zur Anwendung kommt.

Anmerkungen:

- 1 Vgl. Hauptvorstand der ÖTV (Hrsg.), Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik, Stuttgart 1984.
- 2 Vgl. ders., The HELP System, In: Journal of Medical Systems, Vol. 7, No. 2, 1983, S. 97.
- 3 Vgl. Oevermann, H., EDV-unterstützte Krankenhaus-Budget- und Pflegesatzverhandlungen, In: Die Ortskrankenkasse, 12/1987, S. 363–367.
- 4 Vgl. Dudeck, J., Zusammenfassende Auswertung der Ergebnisse einer Umfrage zur Anwendbarkeit und Bedeutung entscheidungsunterstützter Verfahren in klinischen Kommunikationssystemen – Entwurf, unveröffentlichtes Manuskript, Gießen, Juni 1986, Abschnitt 1.3 Analyse der Aktionen der Wissensbank.
- 5 Auf die ebenfalls wichtigen Auswirkungen einer elektronischen Personaldatenverarbeitung kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden.
- 6 Vgl. Grütz, M., Computergestützte Personalbedarfsermittlung für den Krankenpflegebereich auf der Grundlage von Dienstzeitplanungen, Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg 1984, S. 94 ff.
- 7 Aus der „Entschließung der Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder vom 14. März 1986 zum Datenschutz im Krankenhaus“.
- 8 Vgl. Dudeck, J., a. a. O.

Kein neues Sterilisationsgesetz

Bereits im Juli veröffentlichte dg einen Appell des AK zur Aufarbeitung der Geschichte der „Euthanasie“ zu dem Vorhaben, ein neues Sterilisationsgesetz zu beraten. Mittlerweile liegt dazu ein Diskussionsentwurf des Bundesministers der Justiz vor. Wir dokumentieren den deshalb aktualisierten Aufruf des Arbeitskreises.

Zur Neuregelung des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechtes hat der Bundesminister der Justiz einen Diskussions-Entwurf eines Gesetzes über die Betreuung Volljähriger vorgelegt. Darin wird geplant, die Sterilisation geistig behinderter Menschen ohne deren Einwilligung zu legalisieren. Die „Betreuerinnen“ sollen ersatzweise in eine Sterilisation einwilligen können, wenn die betreffende Person „einwilligungsunfähig“ ist, und durch die Sterilisation eine Schwangerschaft vermieden wird, die sonst unter die Notlagenregelung des § 218a fallen würde.

Eine Sterilisation würde damit möglich,

- wenn eine Schwangerschaft zur Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren führen würde,
- wenn die Geburt eines behinderten Kindes zu erwarten ist (Wobei angenommen wird, daß dies

eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Mutter nach sich ziehen würde), oder

- wenn die Mutter auf Grund ihrer Behinderung nicht in der Lage sein wird, ihr Kind aufzuziehen.

In erster Linie wären damit Frauen betroffen, allerdings nicht mehr minderjährige, wie in der heutigen Sterilisationspraxis in der Bundesrepublik, sondern volljährige, da der Entwurf eine Altersgrenze von 18 Jahren festsetzt. Männer wären dann betroffen, wenn sie feste Partnerschaften haben, da sich nur dann die Notlagenvermeidung ihrer Partnerinnen abschätzen läßt.

Ausgeschlossen werden sollen Sterilisationen gegen den geäußerten Willen der Betroffenen. Damit ist aber keinesfalls die Zwangssterilisation ausgeschlossen, denn auch Sterilisationen ohne geäußerten Willen sind Zwangssterilisationen. Die Heranziehung des § 218 a zur Legalisierung von

Sterilisationen ohne Einwilligung verkennt, daß die Situationen der Betroffenen überhaupt nicht vergleichbar sind. Beim Schwangerschaftsabbruch ist die Betroffene einverstanden, und die Ursache des Eingriffs, die Schwangerschaft, ist konkret gegeben. Bei der Sterilisation ohne Einwilligung wird nur vermutet, daß es zu einer Schwangerschaft kommen wird.

Die Auseinandersetzung um die Legalisierung der Sterilisation „nicht einwilligungsfähiger Personen“ kann unserer Ansicht nach nicht ohne Aufarbeitung und Kenntnis der historischen Zusammenhänge geführt werden. Die Gefahren geschichtsverkennder Debatten im sozialen und gesundheitspolitischen Bereich liegen in vorschnellen technischen Lösungen, deren Gefährlichkeit von ihren Verfechtern häufig gar nicht gesehen werden.

Die Sterilisation geistig behinderter Menschen, wie anderer Gruppen, wurde 1933 mit einem der ersten Gesetze der Nationalsozialisten, dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, legalisiert. Natürlich sind die ideologischen Einbettungen des Gesetzes von damals und der Debatte von heute verschiedene. Die Nationalsozialisten konnten sich 1933 auf einen breiten, weit über ihre Anhängerschaft hinausgehenden „rasenhygienischen Konsens“ stützen. Das Gesetz sollte die Vermehrung der als „erbkrank“ diffi-

mierten Menschen verhindern. Der Kern des Gesetzes lag damit in der Bestimmung des „Wertes des Menschen“ für die Volksgemeinschaft.

Demgegenüber spielen eugenische und bevölkerungspolitische Argumentationsmuster in der heutigen Debatte (zumindest bisher) keine tragende Rolle. Fehlende Einsichtsfähigkeit sowie Unfähigkeit zur selbständigen und angemessenen Kindererziehung sind die Hauptargumente der Befürworter einer gesetzlichen Regelung der Sterilisation. Beängstigende Parallelen zur derzeitigen Debatte zeigen sich erst, wenn man die einzelnen Paragraphen und Ausführungsbestimmungen des Gesetzes von 1933 ansieht:

– Das Gesetz von 1933 umschreibt 9 klar benannte Diagnosegruppen, u. a. „angeborener Schwachsinn“, „Schizophrenie“ oder „angeborene Fallsucht“. Die betroffene Personengruppe sollte damit eng beschrieben und fest umrissen sein.

– In der Durchführungsverordnung von 1933 gibt es feste Schutzbestimmungen bezüglich des Alters (Mindestalter 10 Jahre) sowie bezüglich des Gesundheitszustandes (Keine Sterilisation bei einem körperlichen Zustand, der einen solchen Eingriff als risikohaft erscheinen läßt).

– Die Durchführungsbestimmung von 1933 sieht ferner vor, daß das Gesetz nicht durchgeführt werden soll, wenn der Betroffene in einer geschlossenen Anstalt dauernd verwahrt wird. „Fortpflanzungsfähige Erbkranken“ sollten nach der Sterilisation entlassen oder zumindest beurlaubt werden.

Die Entwicklung nach 1933 zeigt:

– Der Anwendungsbereich des Gesetzes wurde ständig ausgeweitet. Beispielsweise wurde durch die Diagnose „moralischer Schwachsinn“ ein großer Teil der Menschen in den Geltungsbereich des

Gesetzes hineindefiniert, die sozial unangepaßt waren und nach heutigen Begriffskriterien unter „lernbehindert“ fallen würden.

– Schutzbestimmungen bezüglich der Altersgrenze und des Gesundheitszustandes der Betroffenen wurden in der Praxis immer mehr unterlaufen. (Die jüngsten, die zur Sterilisation angezeigt wurden, waren 2 Jahre alt. Über 1000 Todesfälle durch den Eingriff sind nachweisbar, insbesondere aufgrund des schlechten Allgemeinzustandes der Betroffenen.)

– Ein großer Teil der Betroffenen bestand aus Anstaltspatienten. Sie kamen auch nach der Sterilisation aus den Anstalten nicht heraus. Ab 1937 gingen die Fürsorgeverbände sogar dazu über, die Verwahrung Zwangssterilisierter absichtsvoll zu betreiben.

Nach dem heutigen Forschungsstand steht auch fest, daß es nicht die „Radikal-Rassisten“ waren, die das bestehende Gesetz ständig ausweiteten und die Schutzbehauptungen unterliefen. Es waren die gutachtenden Ärzte, die anzeigenden Anstaltsdirektoren und die am Erbgesundheitsgericht sitzenden Richter. Das Gesetz wurde dieser Praxis schrittweise angepaßt und durch vielfältige Bestimmungen von Jahr zu Jahr ausgeweitet.

Auch in der heutigen Debatte spielen die Argumentationsfiguren

– Einschränkung auf einen eng bestimmten Kreis,

– Altersschutzgrenze und

– größere Freizügigkeit nach erfolgter Sterilisation eine wesentliche Rolle.

Aus der Kenntnis der Geschichte wollen wir auf folgende Zusammenhänge hinweisen: Wer heute eine gesetzliche Regelung für die Sterilisation einer ganz bestimmten kleinen Gruppe behinderter Menschen will, muß wissen, daß damit ein Instrumentarium geschaffen wird, das eine Ausweitung und Ausdehnung auf weitere Menschengruppen vorprogrammiert. Je nach gesetzlichem Umfeld sind alle Diagnosebegriffe, wie beispielsweise „Schwachsinn“ oder „geistige Behinderung“, wie auch modernere, meist defektbezogene Zustandsbeschreibungen, wie „nicht einwilligungsfähig“ oder „unfähig zur Kindererziehung“, ausdehnbar und neu auslegbar. Ebenso können Indikationsbegriffe beliebig interpretiert werden, die sich auf die „Zumutbarkeit“ einer Schwangerschaft beziehen, und über deren Anwendung nicht die Betroffenen, sondern Dritte, entscheiden.

Wer heute für die Legalisierung der Sterilisation nicht zustimmungsfähiger behinderter Menschen eintritt, muß wissen, daß auch 1933 die Sterilisationspraxis quasi rechtsstaatlich gehandhabt wurde. Die Entscheidungsgremien damals kannten ebenfalls ein Antrags- und ein Widerspruchsrecht der Betroffenen. Gerade durch diese Hand-

habung wurden die psychologischen Schwellen herabgesetzt, dem massenweisen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit behinderter Menschen in einer breiten Öffentlichkeit zustimmen.

Wer heute mit der Legalisierung der Sterilisation geistig behinderter Menschen die Hoffnung verknüpft, daß damit die Freizügigkeit der Betroffenen größer würde, muß wissen, daß in der Vergangenheit das Gegenteil eingetreten ist. Die Zwangssterilisation war der Anfang einer langen Kette von Herabwürdigungen, der stärkeren Asylisierung und schließlich des Abtransportes in Tötungsanstalten der sog. „Euthanasie“. Wer garantiert, daß in der heutigen Gesellschaft, in der ein wachsendes Kosten-Nutzen-Denken im Sozial- und Gesundheitsbereich zu verzeichnen ist, nicht eine ähnliche Eskalation des Denkens und Handelns gegenüber behinderten Menschen eintritt?

Die Unterzeichnenden beziehen folgende Positionen in der aktuellen Debatte zur Sterilisation:

1. Zur Würde und persönlichen Integrität eines behinderten Menschen gehört das Recht auf Unverletzlichkeit des Körpers. Eingriffe, die keine Heileingriffe sind, wie z. B. die Sterilisation, dürfen nur mit seiner Zustimmung vorgenommen werden. Ist eine solche Zustimmung nicht möglich oder bestehen Zweifel an der Zustimmungsfähigkeit, so dürfen solche Eingriffe nicht vorgenommen werden.
2. Sterilisation mit Einwilligung der Betroffenen sollte generell erst ab dem 25. Lebensjahr durchgeführt werden dürfen.
3. Die Sterilisation ohne Einwilligung ist ein Eingriff in die körperliche Integrität und kein Elternrecht. Sie muß weiterhin unter Strafe gestellt werden.
4. Angesichts der herrschenden Rechtspraxis (schleppende Verfolgung von Sterilisationen ohne Einwilligung) und der heutigen öffentlichen Debatte ist der Schutz geistig Behinderter vor einem Sterilisationseingriff gegen und ohne ihren Willen gesetzlich zu garantieren.
5. Ausreichende Voraussetzung für das Leben von behinderten Eltern mit Kindern sind zu schaffen, etwa überschaubare Wohngruppen, ambulante Betreuungshilfen, Elterngruppen oder zeitweilige Pflegefamilien.
6. Geistig behinderte Menschen haben wie Nicht-Behinderte das Recht, Kinder zu bekommen. In diesem Zusammenhang müssen das bestehende Vormundschaftsrecht und die Vorschläge des Bundesjustizministers dringend geändert werden, da sie die Grundrechte behinderter Menschen ignorieren.

Prof. Dr. Dr. K. Dörner, DGSP, Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie,
L. Sandfort und U. Sterck, „die randschau“, Zeitschrift für Behindertenpolitik.
Michael Wunder, Arbeitskreis zur Aufarbeitung der Geschichte der Euthanasie.

gegengift

hamburger infoblatt für
arbeit & gesundheit

Heft 8 (1/88): Putzfrauen, PER und Lufthansa, MAK-Werte, Nachrichten aus Dänemark

Heft 7 (10/87): Bildschirmarbeit, Radioaktiver Schrott, Themen und ReferentInnen zu Arbeit & Gesundheit

Heft 6 (5/87): Lösemittel, Holzstaub, Arbeit & Gesundheit-Gruppen in Großbritannien und den USA

Heft 5 (3/87): Frauenarbeitsplätze, Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

Heft 3/4 (11/86): Gefahrstoffverordnung, Grenzwert-Problematik, Lösemittel, Leiharbeit

Heft 2 (8/86): Tödlicher Werftunfall, Berufliche Strahlenbelastung, Leiharbeit in AKWs

und immer: Buchbesprechungen – Termine – nützliche Hinweise

'gegengift' wird herausgegeben von:
Gruppe "Arbeit & Gesundheit"
am Gesundheitsladen Hamburg
Nernstweg 32
2 Hamburg 50
Einzelheft DM 3.-
Abo (fünf Nummern) DM 15.-

Erklärung bitte unterschrieben zurücksenden an Redaktion „die randschau“, Pohlmanstraße 13, 5000 Köln 60.

Ich unterstütze den APPELL „Kein neues Sterilisationsgesetz in der Bundesrepublik“ mit meiner Unterschrift: (bitte in Druckbuchstaben)

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Institution: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Strukturreform und Pharmaindustrie

Das 4,8-Milliarden-Ding

Die Anbieterdominanz zu durchbrechen, ist nicht Blüms Ding bei der Strukturreform. Am besten sieht man es am Umgang mit der Arzneimittelversorgung

Eines wird jedes Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung verstanden haben: Ab 1989 wird zusätzlich zur Kasse gebeten werden. Wie wenig es Blüm darum geht, eine wirkliche Strukturreform anzugehen, das heißt, Fehlentwicklungen zu beseitigen und die Anbieterdominanz zu durchbrechen, zeigt sich auf dem Gebiet der Arzneimittelversorgung. Denn gerade dort gibt es tatsächlich medizinisch sinnvolle Einsparmöglichkeiten, die aber entgegen dem Anspruch nach einer „Sicherung der Patientenversorgung auf hohem Niveau“ von Blüm nicht genutzt werden.

Alljährlich erscheint zur Herbstzeit der vom wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen herausgegebene „Arzneimittelverordnungs-Report“. Er hat den Segen aller gesetzlichen Krankenkassen, der ärztlichen und pharmazeutischen Standesorganisationen. Der Report von 1987 zieht – unter Berücksichtigung von 89,4 Prozent aller ärztlichen Verordnungen des Jahres 1986 – Bilanz über Qualität und Umfang der verordneten Arzneien. Auch für 1986 ist sie alarmierend und deprimierend zugleich. Schlagzeilen wie „Für unnütze Pillen fast 5 Milliarden DM verpulvert“ in der Rheinischen Post trafen den Kern. Nur ist es in Wirklichkeit noch schlimmer, denn „in dieser Summe fehlen noch viele einzelne Arzneimittel, deren Wirksamkeit bisher ebenfalls nie durch kontrollierte Untersuchungen nachgewiesen worden ist“.

Originalton des Reports 1987: „Es ist aus pharmakologischer Sicht schwer verständlich, daß im Berichtsjahr 4,8 Milliarden DM für Arzneimittelgruppen mit umstrittener Wirksamkeit ausgegeben wurden.“ Wenn man dann weiter erfährt, daß „sich die Hälfte des Arzneimittelverbrauchs vor allem auf die älteren Leute konzentriert“, erkennt man leicht, daß es sich hier nicht allein um eine gigantische Verschwendung von Krankenkassenbeiträgen handelt, sondern auch um eine massive Gefährdung der Arzneimittelsicherheit.

Was den Pharmakologen „schwer verständlich“ erscheint, ist politisch

schnell erklärt. Was und wieviel verordnet wird, bestimmt die Pharmaindustrie. Und weil das so ist, zählen Absatzmengen und Höchstpreise mehr als Qualität und Sicherheit. Die Marktwirtschaft macht's möglich, Arzneimittel- und Heilmittelwerbe-gesetz verhindern es nicht, die Mehrzahl der niedergelassenen Ärzte läßt sich als Absatzhebel der Industrie einspannen, und die Krankenkassen üben sich im Stillhalten und Nachgeben.

Der Report erschien genau zu dem Zeitpunkt, als Blüms Staatssekretäre auf der Suche nach Einsparmöglichkeiten waren. Aber sie verschmähten das 4,8-Milliarden Angebot aus dem Report und nahmen vorlieb mit 400 Millionen aus der Erhöhung der Rezeptgebühr auf drei Mark pro Verordnung und 800 Millionen Mark durch Einführung eines Festbetrags. 4,8 Milliarden gegen 1,2 Milliarden! Anders gesagt: Bei der Wahl zwischen dem Verzicht auf die Verordnung unsinniger Mittel einerseits und einer weiteren Belastung Kranker andererseits entscheidet sich Blüm gegen die Patienten und Versicherten und für die pharmazeutische Industrie.

Von seiner Forderung nach 1,7 Milliarden Mark Solidarbeitrag von der Pharmaindustrie – „Damit steht und fällt die Reform“ – ist im Referentenentwurf keine Rede mehr. Sie soll nun in Direktverhandlungen zwischen der Bundesregierung und den Pharmaherstellern ausgehandelt werden.

Die Ergebnisse des Arzneiverordnungs-Reports belegen eindeutig, daß die Mehrheit der Ärzte nicht wirtschaftlich verordnet. Verbindliche Verordnungshilfen wie Positivlisten und eine Aufstellung medizinisch notwendiger und wirksamer Medikamente, wie Gewerkschaften und Krankenkassen sie fordern, könnten erstens zugunsten der Versicherten sparen helfen und zweitens einen Beitrag zur Verbesserung der Verordnungsqualität leisten. Indem Blüm dies ignoriert, zeigt er, daß es ihm auf nichts ankommt als darauf, die Geldquelle für die Pharmamultis weiter fließen zu lassen. Die Versicherten werden es bezahlen.

Ingeborg Simon

Ingeborg Simon ist Apothekerin und Vorsitzende der Abteilung Allgemeine Gesundheitsversorgung der ÖTV Berlin



Foto: Döhrn

Mobilmachung

Zimmermanns Gesetzentwurf zum Zivilschutz

wp – Daß der Krieg Vater aller Dinge sei, meint offensichtlich das Bundesinnenministerium. Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen alle und alles, wessen man habhaft werden kann, für den Zivilschutz erfaßt und verplant werden

Den Oppositionsparteien, SPD und Grünen, war noch bis Mitte Januar nichts davon bekannt. Mittlerweile liegt der „Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung des Katastrophenschutzgesetzes und anderer Vorschriften (KatS-GergG)“ vor, datiert auf den 21. September 1987. Ein Ende der Auseinandersetzungen um neue Zivilschutzregelungen, die seit 1980 von ständig wechselnden Akteuren im Bundestag eingebracht werden, ist nicht abzusehen.

Die bisherigen Vorschläge des Innenministeriums waren bereits auf scharfe Kritik gestoßen, die nicht nur von den Ärzten gegen den Atomkrieg, sondern zum Teil recht geharnischt auch von den Katastrophenschutzorganisationen vorgebracht wurde. Wer gehofft hatte, Innenminister Zimmermann würde daraus entsprechende Schlüsse ziehen, sieht sich gewaltig getäuscht. Alle Militarisierungspläne des Innenministeriums finden sich auch im neuen Entwurf: Zivilschutzdienstpflicht, Erfassung der Beamten und völlige Verplanung des Gesundheitswesens für den Krieg, dessen „humanitäre“ Aspekte als Zivilschutz firmieren. Das einzig Neue ist das Vorgehen. Nicht ein neues Zivilschutzgesetz soll verabschiedet werden, sondern die Vorstellungen des Ministeriums in bestehende Gesetze integriert werden.

Im Katastrophenschutzgesetz sollen die Regelungen zum Gesundheitswesen und zur Zivilschutzdienstpflicht verankert werden. Veränderungen im Beamtenrecht sollen in das Beamtenrechtsrahmengesetz integriert, Regelungen zur Bunkerbaupflicht im Schutzbaugesetz aufgenommen werden. Dazu will Zimmermann dieses Gesetz, das in den sechziger Jahren aus Finanzgründen außer Kraft gesetzt worden war, nun wieder reaktivieren.

Die Aufgaben hat das Ministerium auch schon verteilt. Die Länder sollen „ergänzende Maßnahmen zur gesund-

heitlichen Versorgung der Bevölkerung im Rahmen des Zivilschutzes“ planen. In die Pflicht genommen werden vor allem die Kreise und Städte, die Krankenhäuser und Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie die Ärztekammern und kassenärztlichen Vereinigungen. Sie alle sollen in enger Abstimmung untereinander einen „Ausgleich von ambulanter und stationärer Versorgung“ für den Kriegsfall vornehmen. Die kassenärztlichen Vereinigungen sind nach dem Entwurf gehalten, ihre „Bedarfsplanung... auf die Versorgung im Rahmen des Zivilschutzes“ fortzuschreiben. Im selben Geiste will man Erweiterungen der Krankenhauskapazitäten für den Kriegsfall entwickeln und entsprechende Einsatzpläne auf regionaler und Krankenhausebene aufstellen.

Für den Krieg sollen die Städte und Kreise schon heute ihren Bedarf an Personal, Material und Gütern bei den zuständigen Behörden anmelden. Zivildienstleistende sollen umgehend bei ihren zuständigen Einsatzstellen im Gesundheitswesen bekanntgemacht werden. Und um auch alle einplanen zu können, wird nach den Vorstellungen Zimmermanns der Bundesarbeitsminister per Rechtsverordnung eine Meldepflicht für alle nicht berufstätigen Angehörigen des Gesundheitswesens ein-

führen. Das ganze Gesundheitswesen wäre dann personell den Herren des Krieges unterstellt.

Gelernt hat Zimmermann aber offensichtlich die Kunst der Verpackung. Seine erstrebte Zivilschutzdienstpflicht kommt jetzt unter einem weniger anstößigen Namen daher. Unter dem neuen Stichwort „Hilfleistungspflicht“ im Katastrophenschutzgesetz sollen alle Männer, die nicht ohnehin zur Bundeswehr oder zum Zivildienst eingezogen werden, „bis zum vollendeten 60. Lebensjahr als Helfer im Zivilschutz verpflichtet werden“. Mehr ist auch für das Innenministerium im Moment nicht drin. Wie es in der Begründung für den Gesetzentwurf leise weinend heißt, habe man nur die Männer berücksichtigen können, da das Grundgesetz eine Verpflichtung der Frauen verbiete. Noch.

Für die Beamten hat Zimmermann einen ganzen Maßnahmenkatalog erstellt, damit sie für „Zwecke der Verteidigung“ rundum eingesetzt werden können. Abordnung zu einem anderen Dienstherrn, zum Beispiel zu einer zivilen Dienststelle der Nato, auch ohne Einwilligung des Beamten; Übernahme lauffahrfremder Tätigkeiten; Verpflichtung zu Gemeinschaftsunterkunft und -verpflegung – der Innenminister

Zimmermann will es möglich machen: das im Computer gespeicherte Kriegsprofil der gesamten Bevölkerung



will es möglich machen. Daß die bestehenden Arbeitszeitbeschränkungen im Kriegsfall abgeschafft werden sollen, versteht sich da fast von selbst. Wer dann bereits pensioniert und jünger als 65 Jahre ist, kann nach dem Entwurf des Ministeriums gegebenenfalls wieder verpflichtet werden.

„Wer Gebäude errichtet, soll gleichzeitig Schutzräume für diejenigen Personen schaffen, die in den Gebäuden üblicherweise wohnen, arbeiten, unterrichtet oder ausgebildet werden oder im Rahmen einer medizinischen oder sozialen Versorgung stationär behandelt oder betreut werden“, so der Entwurf. Dies bedeutet nichts anderes als eine Bunkerbaupflicht, die gleichermaßen für Bauten der öffentlichen Hand wie für die Einfamilienhäuser der privaten Bauherren gilt. Letztere brauchen allerdings nicht von Anfang an den vollen „Grundschutz“, das heißt Schutzwirkung auch vor atomaren, biologischen und chemischen Waffen, einzubauen. Nach dem Entwurf soll es genügen, wenn im nachhinein auf den vollen „Grundschutz“ aufgerüstet werden kann. Für den öffentlichen Bereich sieht das Innenministerium die zügige Renovierung der Bunker aus dem Zweiten Weltkrieg sowie die vermehrte Errichtung von Mehrzweckbauten, zum Beispiel U-Bahnhöfe und Schulkeller, mit Atombunkern vor.

Auf die Reaktionen der Öffentlichkeit darf man gespannt sein. Immerhin kämen auf die Städte und Gemeinden, deren Finanzsituation ohnehin nicht rosig ist, durch ein solches Gesetz erhebliche Mehrkosten zu. Sie sollen nach dem Willen des Ministeriums die Katastrophenschutzorganisationen in ihren Zivilschutzbemühungen finanzieren. „Über die Mehrbelastungen der Länder und Gemeinden“ durch die Bunkerbauvorschriften seien, so die Ge-

setzentwurfsbegründung, „keine Aussagen möglich“. Für den Bund entstehen nach Zahlen des Ministeriums allein durch die Aufwendungen für Bunkerbauten zusätzliche Kosten von jährlich 24 bis 28 Millionen Mark.

Reserviert hatten sich Katastrophenschutzorganisationen wie der Malteserhilfsdienst oder das Rote Kreuz gegenüber bisherigen Zivilschutzplanungen gegeben, vor allem aufgrund ihrer Kompetenzrängeleien mit den halbstaatlichen Organisationen wie dem Technischen Hilfswerk. Mit dünnen Versprechungen sollen sie nun geködert werden: Nach dem Gesetzentwurf bilden sie „die Bevölkerung in Erster Hilfe und zu Schwesternhelferinnen aus“. Ob deshalb die Erste-Hilfe-Kurse des Bundesverbands für den Selbstschutz in Zukunft entfallen werden, sei dahingestellt. Die Hilfsorganisationen müssen sich letztlich entscheiden, ob sie zu staatlich finanzierten Ausbildern von Marketerinnen verkommen wollen.

Eigentliche Aufgabe des Zivilschutzes soll es sein, humanitäre Hilfe im grundgesetzlich definierten „Spannungs- oder Verteidigungsfall“ zu leisten. Die Wirklichkeit sieht anders aus. Es läuft in den letzten Jahren darauf hinaus, Zivil- und Katastrophenschutzplanungen auf sogenannte „Krisensituationen“ auszurichten. Im Klartext: Zivilschutz als Hilfestellung für die Bewältigung des Notstands.

Diese Tendenz wird im Gesetzentwurf des Innenministeriums endgültig festgeschrieben. Die Erfassung und Verplanung der Zivilschutzpflichtigen kann danach bereits mitten im Frieden erfolgen. Die eingeplanten Personen, so heißt es im vorgelegten Text, „haben sich nach Aufforderung zu melden, vorzustellen und auf ihre geistige und körperliche Tauglichkeit untersuchen zu lassen sowie die notwendigen Auskünfte über Ausbildung, berufliche Tätigkeiten, Gesundheitszustand, Aufenthaltsort sowie Wehr- und Zivildienst zu erteilen“. Die Verpflichtungsbehörde kann alle benötigten Daten „erheben und verarbeiten“ beziehungsweise die Daten von Kreiswehersatzämtern, Arbeitsämtern und Meldebehörden beziehen. Was so entsteht, ist das im Computer gespeicherte Kriegsprofil der gesamten Bevölkerung.

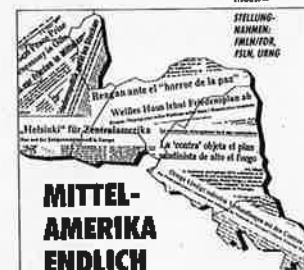
Und auch im Gesundheitswesen können nach den Vorstellungen des Innenministeriums viele Maßnahmen bereits vor dem sogenannten „Spannungs- und Verteidigungsfall“ in Kraft treten. Sollten die USA zum Beispiel ihr Abenteuer in der Golfregion eskalieren lassen und Verletzte würden über Frankfurt zurücktransportiert, kann im Rahmen der „Bündnissolidarität“ die Räumung deutscher Krankenhäuser in der Umgebung Frankfurts zur Versorgung US-amerikanischer Soldaten angeordnet werden. Ein Beispiel, das angst und bange machen kann. □



AIB
DIE DRITTE-WELT-ZEITSCHRIFT

Sonderheft 1/1988 2,50 DM

Berichte von:
Hirundo,
El Salvador,
Corte Rica,
Guatemala,
Honduras



MITTEL-AMERIKA ENDLICH FRIEDEN?

Im Sonderheft 1/88:

BERICHTE - ANALYSEN - KOMMENTARE
Friedensprozeß in **MITTELAMERIKA: NICARAGUA + EL SALVADOR + GUATEMALA + HONDURAS + COSTA RICA** + Solidaritätsbewegung + Aktions- und Materialspiegel +

Im AIB 1-2/88:

Wiederkehr der Hungerkrise in **ÄTHIOPIEN + NAHER und MITTLERER OSTEN + SÜDAFRIKA + TÜRKEI** + Braucht die Dritte Welt AKWs? + **KAMPUTSCHEA + PHILIPPINEN + HAITI** + Register 1987 + Kurzinfos + Rezensionen (Doppelheft 5 DM)

☐ Ich abonniere das AIB ab Nr. _____ / ab sofort

☐ Ich bestelle _____ Expl. AIB Nr. _____

☐ Ich bestelle _____ Expl. AIB-Sonderh. Nr. _____

Jahresabo: Inland 29 DM (zzgl. 4 DM Porto); Ausland normal 29 DM (zzgl. 10 DM Porto); Luftpost 29 DM (zzgl. 24 DM Porto); Förderabo (50 DM oder mehr: DM); Kündigung nur zum Jahresende, spätestens bis zum 15. November.

Einzelheft 3 DM; Doppelheft 5 DM; Sonderheft 2 bzw. 2,50 DM (zzgl. 0,70 DM Porto je Heft). Bestellungen unter 10 DM nur gegen Vorauszahlung (z.B. in Briefmarken oder in bar).

Name/Vorname _____

Straße/Nr. _____

Postleitzahl/Wohnort _____

Datum/Unterschrift _____

Gewünschte Zahlungsweise (bitte ankreuzen)

☐ Bankeinzug. Die Ermächtigung erteile ich hiermit bis auf Widerruf.

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

Geldinstitut _____ in _____

☐ Rechnung

Vertrauensgarantie: Mir ist bekannt, daß ich diese Bestellung ohne Angabe von Gründen innerhalb von 14 Tagen beim AIB Leser/-innen-Service, Postfach 510 868, 5000 Köln 51, schriftlich widerrufen kann. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Datum/Unterschrift _____

Erhältlich im linken und alternativen Buchhandel oder gegen Einsendung des Heftpreises (- 0,70 DM Porto) in Briefmarken an:

AIB-Leser/-innen-service
Gottesweg 54
5000 Köln 51

33% Rabatt
ab 10 Exemplaren
Kostenloses Probeheft bei Einsendung dieser Anzeige.

AIB
DIE DRITTE-WELT-ZEITSCHRIFT

Es gehört zur bitteren Ironie von Kunstgeschichte und Psychiatrie in Deutschland und Europa, daß die Forderung nach sachlicher und kritischer Prüfung psychopathischer Gestaltungen als Kunst von den Aposteln der völkisch-rassistischen NS-Ästhetik gegen den Strich gelesen und dazu mißbraucht wurde, der gesamten künstlerischen Moderne den Prozeß zu machen: Sie schlossen von den Ähnlichkeiten zwischen avantgardistischem und psychopathischem Ausdruck auf die gleiche Geistes-zerrüttung von Künstlern und psychisch Kranken und denunzierten jene als gemeingefährlich und entartet.

Das dahinter stehende Programm einer gesunden Kunst und die diese tragende Gesundheitsideologie – von der Verbrechen kaschierenden Funktion des NS-Klassizismus zu schweigen – dürfte ein Grund dafür sein, daß Künstler heute vor der Darstellung von Gesundheit zurückschrecken. Daß dazu konkret auch kein Anlaß ist, erklärt freilich nicht allein der Blick auf die Werke, sondern auch der auf eine unheilvolle gesellschaftliche Gegenwart. Gesundheit in der Kunst wäre nur als Kehrseite von Krankheit zu denken, als Utopie individuellen wie sozialen Gelingens und Gleichgewichts, die die Darstellung von Krankheit – ohne sich zu zeigen – durchsetzt.

Bis heute ist zwischen Ästhetikern, Kunsthistorikern und Psychiatern die kontroverse Diskussion darüber im Gange, ob man den psychopathischen Ausdruck als Kunst, und damit das nur Persönliche überschreitend, begreift oder als bloß zustandsgebundenes Dokument einer privaten Katastrophe. Doch zur Anerkennung dieser Materialien als Kunst gehört allererst das Ernst nehmen als ästhetischen Ausdruck und die Bereitschaft, die gängige Unterscheidung von normaler und psychopathischer Kunst zumindest zu relativieren.

Gleichwohl muß ein Phänomen der letzten 15 Jahre kritisch betrachtet werden, das der vermehrten künstlerischen Aktivität zu psychotherapeutischen Zwecken. Auch wenn nicht gleich alles als „kiloweiser Mist“ bezeichnet werden muß, bleibt die Frage, ob in psychotherapeutischer Funktion tatsächlich die Rede von Kunst sein kann und soll, ob diese, wenn auch gut gemeint, sich nicht um ihre Möglichkeiten zur Kritik und zu Widerspruch beraubt, die ihr erst durch die harte kompositorische Arbeit an ihrer Form zukommen. Droht Kunst nicht entkräftet zu werden, wenn sie auf private therapeutische Läuterung reduziert wird? Droht sie nicht unterzugehen in einem allgemeinen, mit diffusen Heilserwartungen überfrachteten Kreativitätsgebaren?

Ralph Drier

Ralph Drier hat das Symposium „Krankheit und Gesundheit in der Kunst“, das im Dezember vergangenen Jahres in Witten stattfand, konzipiert.



Die Politiker erklären uns für überge- schnappt

**dg-Interview
mit Klaus Dörner**

Psychiatrie scheint wieder „in Mode“ zu kommen. Auch die großen Medien erinnern sich daran, daß es noch andere Menschen als Geschäftsleute, Yuppies und Politiker gibt. Was noch vor kurzem als unmöglich erschien: Sogar der Arbeitskreis der Leiter der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser stellte in einem Appell fest, daß das Kaltstellen mit Medikamenten und das Festbinden ohne Sitzwache „unvermeidbar“ sei – wegen Personalmangel. Die dg-Redakteure Joachim Gill-Rode und Ursula Daalman sprachen mit Professor Klaus Dörner, dem ärztlichen Leiter des Landeskrankenhauses Gütersloh, der als einer der profiliertesten Reformpsychiater in der Bundesrepublik gilt, über die Chancen der neu-entstandenen Psychiatriediskussion

dg: Halten Sie es für möglich, daß durch die jetzt wieder aufgebrochene Diskussion über die Lage in der Psychiatrie eine neue Veränderungsphase beginnen kann? Wir haben Zweifel, vor allem, weil einzelne Skandale aus Kliniken thematisiert werden, nicht aber, daß im Zuge der Psychiatriereform, die man wohl eher als Modernisierung der Psychiatrie bezeichnen müßte, massenhaft Langzeitkranke in Heime verschoben wurden.

Dörner: Das Abschieben der Langzeitkranke ist eines der besten Beispiele dafür, daß es sich bei der Psychiatriereform um eine Modernisierung gehandelt hat. Aber ich hoffe und glaube, daß sich etwas verändern wird, einmal durch die breite größere Reflexion über die Nazizeit und dadurch, daß die psychiatrische Reflexion biographischer wird. Es hat ein ganzes Stück Entmedizinisierung stattgefunden. Wir hier in Gütersloh sind mittendrin, denn der Landschaftsverband Westfalen hat nach dem St.-Georgs-Skandal die St.-Georgs-Heime aufgeteilt und die Landeskrankenhäuser aufgefordert, Patenschaften zu übernehmen. Daher fahre ich jeden Donnerstag ins Sauerland und besuche zwei Heime mit 180 Leuten. Vier andere Mitarbeiter machen ähnliches. Es ist ein Stück Sensibilisierung entstanden, was aber viele Krankenhäuser nicht davon abhält, immer noch weiter munter in Heime zu verlegen.

dg: Sie hoffen, daß sich etwas ändern wird, nur wird jetzt hauptsächlich über Kostendämpfung geredet. Eine Forderung nach mehr Personal, das notwendig wäre, hat doch im Grunde keine Chance.

Dörner: Um noch einmal speziell auf St. Georg zu kommen, dort hat es dramatische Personalzuwächse gegeben. Plötzlich hat dort jedes Heim einen eigenen Sozialarbeiter. Das war möglich. Das heißt, unter bestimmten Bedingungen geht auch heute, wo eigentlich gar nichts geht, etwas. Diese bestimmten Bedingungen muß man versuchen herauszufinden.

dg: Meinen Sie, daß es im Kleinen am ehesten erfolversprechend ist?

Dörner: Das ist das eine Prinzip, daß man je nach lokalen Besonderheiten vorgeht. Aber man muß ja mehrere Methoden haben. Die Diskussion ist vom „Spiegel“ ausgelöst worden und hat zu einer Resolution der Bundesdirektorenkonferenz geführt, die bisher nicht denkbar war. Zum Beispiel steht dort eine Formulierung, die ich für wichtig halte. Es wird nämlich zwischen zwei Arten von Personalbedarf unterschieden, einmal dem alten Bedarf, den es immer schon gegeben hat und der auch weiter fortwirkt, und dem neuen. Das ist ein neues Argumentationsniveau, von dem ich hoffe und glaube, daß es uns ein Stück weiterbringt.

dg: Trotzdem wird dort nicht zwischen stationärem und teilstationärem, ambulantem und komplementärem Bereich unterschieden.

Dörner: Das größte Problem ist, daß die Politiker uns für völlig übergeschnappt erklären, wenn man gleichzeitig Personalaufstockung für den internen und den externen Bereich fordert. Ich weiß auch nicht, wie man damit richtig umgeht. An sich mache ich das



Foto: ud (2)

nicht gern, aber man muß vielleicht für den externen Bereich mit einer Verbilligung argumentieren, also so, daß es billiger wird, wenn man mehr Leute draußen hat. Was Gütersloh angeht, haben wir eine Art Durchbruch erzielt, was die ambulante Begleitung der 150 entlassenen Langzeitpatienten angeht. Wir haben jahrelang den örtlichen Sozialhilfeträger, von dem wir immer schon meinten, daß er bezahlen muß, geschont, nichts oder wenig gefordert, aber ihn in unserer Öffentlichkeitsarbeit immer wegen seiner Kooperation gelobt. Das über fünf Jahre hinweg, und erst jetzt haben wir den Antrag gestellt, aber direkt richtig. Wir haben einen Stufenplan von 1988 bis 1991/92 aufgestellt für 21 neue Stellen im ambulanten Bereich. Das ist in drei Sozialausschüssen diskutiert und von allen Parteien akzeptiert worden. Dabei spielte es eine Rolle, daß wir vorher in den Verhandlungen nachweisen konnten, daß der Betreuungsbedarf sich auf den Beschäftigungs- und Arbeitsbereich verlagert. Je mehr Wohnraum wir geschaffen haben, je mehr Firmen wir aufgebaut haben, durch die es eine sinnvolle Tagesstrukturierung gibt, desto weniger Begleitung brauchen die Leute im Wohnbereich, weil tagsüber das Maß an sozialen Kontakten und sozialen Kontrollen hergestellt werden konnte, so daß abends der Sozialarbeiter nicht mehr die Nase in die Wohnung stecken muß. Insgesamt kommt man also mit weniger Betreuungskapazität aus.

dg: Trotzdem wird doch auch „intern“ mehr Personal gebraucht.

Dörner: Von der Sache her ist es erforderlich. Aber zum Glück sind die Zuständigkeiten unterschiedlich. Für unseren Krankenhausbedarf muß sich nicht die örtliche Sozialhilfe interessieren, sondern Krankenkassen und LVA und Landschaftsverband. Trotzdem ist es ein Dilemma, aber unvermeidlich. Hier sind dadurch, daß wir 300 Betten abgebaut haben, in den letzten sieben Jahren 70 Stellen für Pflegepersonal weggefallen. Das heißt aber auch, daß die Menschen, die jetzt noch der Krankenhauspflege bedürfen, intensiver gepflegt werden müssen. Die leichten Fälle, die früher die Stationsarbeit mitgetragen haben, sind nicht mehr da. Für die Mitarbeiter bedeutet das einen wesentlich höheren Stress. Wir merken, daß wir an die Schallmauer kommen. Deshalb haben wir jetzt zum ersten Mal wieder eine offene Front aufgebaut. Weil die Not einfach da ist.

dg: Bei den 70 Stellen, die weggefallen sind, hat es da eine Verlagerung in den Einzugsbereich gegeben?

Dörner: Dreieinhalb. Das sind Stellen für die ambulante Nachbetreuung, die der Landschaftsverband bewilligt hat.

dg: Wie bewerten Sie denn die niederländischen Erfahrungen, wo der Ausbau der psychosozialen oder

sozialpsychiatrischen Einrichtungen sehr viel weiter fortgeschritten ist. Wir haben gehört, daß diese Einrichtungen jetzt von einer ganz anderen Klientel aufgesucht werden und daß die Langzeitkranken wieder einmal zu kurz kommen. Die Niederländer meinten, daß es gefährlich wäre, wenn man mit den niedrigeren Kosten für die Begleitung draußen argumentiert.

Dörner: Wenn man nichts anderes tut, ja. Wenn man sagt, schafft stärkere Personalkapazitäten draußen, haben die Langzeitpatienten nie etwas davon. Das geht gar nicht. Der Druck muß schon vom Krankenhaus selbst kommen. Ich habe das früher auch nicht so gesehen, aber es ist eine hautnahe Erfahrung, daß die Landeskrankenhäuser die Patienten die Langzeitkranken gemacht haben. Also sind sie auch dafür verantwortlich, das wieder zu verändern. Von außen geht das nicht, dazu ist die Festung noch zu stabil.

dg: Also eine Bestätigung der italienischen Erfahrungen, daß es eine Auflösung nur gibt, wenn die Belegschaft des Krankenhauses sich stark macht.

Dörner: Insofern ist es eine Bestätigung. In der Belegschaft sind ja die Leute, die das können. Ganz im Gegensatz zu dem, was immer behauptet wird, nämlich daß das Krankenhauspersonal, gerade das Pflegepersonal, es nicht könnte. Die wären zu alt, zu unbeweglich, bräuchten erst einmal Fortbildung. Die einzige Berufsgruppe, für die dann Fortbildung gefordert wird, ist das Pflegepersonal, für die anderen nicht. Aber die Tatsachen beweisen das Gegenteil.

dg: Kommen wir noch einmal auf das strukturelle Problem. Die Finanzierung verlagert sich, wenn solch eine Umstrukturierung wie hier erfolgt, auf die Gemeinden zurück. Die Gemeinden haben aber ohnehin immer mehr an Sozialhilfeleistungen zu tragen und im-

mer mehr Schulden. Darin sehen wir eine starke politische Barriere.

Dörner: Das ist auch so, aber nur so lange, wie man dieses Töpfchendenken hat. Wenn man also immer zwischen örtlicher und überörtlicher Sozialhilfe trennt, obwohl es nur eine Sozialhilfe ist. Wenn ich Gütersloh wieder zum Beispiel mache, ist der große Gewinner natürlich die überörtliche Sozialhilfe. Unsere Langzeitpatienten waren alle Sozialhilfefälle. Die Abgabe der Gemeinde an den Landschaftsverband bleibt ja gleich, auch wenn der Millionen jährlich einspart. Jetzt habe ich aber gerade aus dem Kreis Steinfurt gehört, daß es einen Beschluß der dortigen Kreisverwaltung gegeben habe oder der Politiker, das weiß ich nicht genau, die Erhöhung der Umlage abzulehnen. Das finde ich sehr spannend. Es gibt auch woanders die Situation, daß Kreise psychiatrische Selbstversorger sind, daß es also keinen Anlaß gibt, solche hohen Umlagen an die Landschaftsverbände zu zahlen. Das Wort „Gemeindepsychiatrie“ kann ja an und für sich nichts anderes bedeuten, als daß die überörtlichen Träger aufgelöst werden. Ich gebe natürlich gerne zu, daß das eine schwierige Aufgabe ist, weil es sich dabei um mächtige Institutionen handelt.

dg: Wir sehen nur eine gewisse Müdigkeit – auch bei der Linken –, sich mit dem Thema Psychiatrie zu beschäftigen.

Dörner: Das liegt eben insgesamt an der Linken. Ich kann es auch an meiner eigenen Entwicklung nachvollziehen. Das Interesse an der Psyche nach 1968 war entweder ein theoretisches, gesellschaftskritisches oder bestenfalls auf die eigene Person bezogen. Das hat dazu gereicht, die Landeskrankenhäuser als „Schlangengruben“ zu bezeichnen, an denen dringend etwas geändert werden muß. Dann war aber auch schon Schluß. Die Enquete selbst ist

„Vielleicht muß man damit argumentieren, daß es billiger wird, wenn mehr Leute draußen sind. Aber wenn man nichts anderes tut, haben die Langzeitpatienten nie etwas davon.“



von CDU-Abgeordneten in Gang gebracht worden. Dort, wo sich praktische Handlungsbereiche eröffnet haben, fing dann die Knochenarbeit an. Wenn man gemeindepsychiatrisch arbeiten will, muß man sich hundertprozentig auf seine Region einlassen, also Teil der Region werden. Damit geht zum Teil der bundespolitische Zusammenhang verloren. Alle wichtigen Aktivisten in der DGSP haben sich verkrümmelt und Kommunalpolitik betrieben.

dg: Würden Sie sich innerhalb der DGSP irgendwo ansiedeln wollen?

Dörner: Ich bin nun wieder im Vorstand, nachdem ich fünf oder sechs Jahre nicht drin war. In dieser Zeit hat es ja fürchterliche Flügelkämpfe gegeben, wenn man das überhaupt Flügelkämpfe nennen will, wo man eigentlich weiß, daß die Vorstandsmehrheit aus pragmatisch-reformerischen Menschen zusammengesetzt ist. Andererseits sind da die Blankenburger. Deswegen habe ich Schwierigkeiten, von Fraktionen zu sprechen. Es kommt mir dabei nicht darauf an, daß die Gruppen zahlenmäßig gleich sein müßten, sondern eher von der theoretischen Bedeutung her. Es sind für mich keine Fraktionen erkennbar, die ein unterschiedliches, theoretisch begründetes Profil haben.

dg: Christiane Tollgreve, die vor einigen Jahren eine Examensarbeit über die DGSP verfaßt hat, sprach auch eher von Strömungen, von denen die eine radikaler, die andere eher pragmatisch sei.

Dörner: Sicherlich kann man unterschiedliche Strömungen, oder besser Mentalitäten feststellen. Ich habe schon auf dem Sternmarsch in Bonn 1980 zehn oder zwölf Arbeitsschwerpunkte aufgezeigt, die zu tun sind, um einen Prozeß herzustellen, der die Auflösung zum Ziel hat. Schwerpunkte, die uns handlungsfähig machen sollten. Ich kann zwar sagen, die Dinger müssen weg, toll, und dann gehe ich nach Hause und halte von Zeit zu Zeit eine Rede, aber es tut sich nichts. Da gehöre ich sicher zu der praxisorientierten Strömung. Aber ich bin nach wie vor der Meinung, daß es zwischen Theorie und Praxis eine wellenartige Bewegung gibt, wo mal mehr die Theorie und die Praxis im Vordergrund steht. Ich habe den Eindruck, daß sich irgendwann aus dem, was jetzt an Versatzstücken da ist, wieder eine breiter tragende Bewegung ergeben könnte. Dazu gehören für mich die Reflexionen über die Nazizeit, dazu gehört die ethische Diskussion über Sterbehilfe, Euthanasie, Gentechnologie, Sterilisation. Dann gehört dazu die ökologische Theorie und Praxis, die Entdeckung der Arbeitswelt, die Angehörigenbewegung. In diesem Rahmen könnte auch die DGSP wieder eine neue Funktion gewinnen.



„Anne, Anne!“ Türkische Kinder im Krankenhaus

Alle Kinder haben Angst vor dem Krankenhaus. Doch wenn sie die deutsche Sprache nicht beherrschen und aus einem anderen Kulturkreis stammen, ist alles noch viel schlimmer. Was soll man beachten, was kann man tun?

Wer weiß schon, was es bedeutet, wenn ein türkisches Kind „Anne, Anne“ ruft? Es ruft seine Mutter. Türkische Kinder sprechen in der Regel nicht deutsch, sie verstehen also nicht einmal, was ihnen Schwestern und Ärzte zur Beruhigung sagen wollen. Zu der für alle Kinder üblichen Angst vor der fremden Krankenhausumgebung, den Ängsten vor der Trennung von den Eltern, der Angst vor den Instrumenten kommt die „Sprachlosigkeit“ hinzu. „Sprachlosigkeit“ betrifft aber auch die Eltern, besonders die Mütter, denn häufig reicht der deutsche Sprachgebrauch nur für den Alltag, nicht aber für das Krankenhaus. Dort wird nicht allein Fachsprache geredet, es herrscht ein allgemein gehobenes Sprachniveau. Die Mütter fühlen sich dadurch einerseits unsicher in der Pflege des Kindes, andererseits isoliert. Wenn medizinische Erklärungen nicht ganz verstanden werden, besteht außerdem die Gefahr, daß sich Behandlungsfehler einschleichen. Aus Höflichkeit nämlich neigen türkische Eltern dazu, nicht zuzugeben, wenn sie eine Erklärung nicht verstanden haben. Nach türkischer Interpretation ist es eine Schwäche des Erklärenden, wenn der Inhalt nicht verstanden werden kann.

Vielen türkischen Eltern ist das naturwissenschaftlich geprägte Medizinverständnis fremd. Sie greifen leicht auf magische Erklärungen zurück, wenn sie der Krankheit keine eindeutige Ursache zuordnen können oder wenn die Psyche eine Rolle spielt. Der Glaube an die zerstörende Kraft des „Bösen Blicks“ etwa wird von Generation zu Generation weitergetragen. „Meine jüngste Tochter ist sehr viel hübscher als die älteste. Alle Leute haben sie immer bewundernd angesehen, bis sie vor kurzem, durch den bösen Blick getroffen, einen Unfall hatte. Sie hat sich mit heißem Wasser verbrannt“, berichtet eine junge Mutter.

Trotzdem steht der magische Glaube in den meisten Fällen nicht im Weg, wenn medizinische Diagnostik und Therapie durchgeführt werden muß. Die Position des Arztes ist in der islamischen Tradition mit großer Autorität versehen. Ärztliche Anordnungen werden strikt befolgt, sogar dann, wenn etwas verordnet wird, das gegen religiöse Gesetze verstößt, zum Beispiel Betäubungsmittel. Eine kritische Einstellung gegenüber dem Arzt und der Medizin käme einem Zweifel an Gottes Helfern gleich. Nach dem Koran ist der

Arzt von Gott beauftragt, den Menschen Gesundheit zu bringen.

Gläubige Moslems verstehen Krankheit als etwas Negatives, als von Gott gegeben für die begangenen Sünden. Wird Krankheit verstanden im Sinne von Abwesenheit von etwas, hat der Kranke das Bedürfnis, etwas zu bekommen, um gesund zu werden. Das können Medikamente sein oder auch die Anteilnahme der Mitmenschen. Für jeden Moslem ist es eine Pflicht, kranke Mitmenschen zu besuchen, die es wiederum als Ehre empfinden, wenn viele kommen. Krankenbesuche kennen keine zeitliche und keine Altersbegrenzung, weswegen auch Ältere kleine Kinder besuchen, um die ganze Familie zu ehren. In den Krankenhäusern stößt das fast uneingeschränkt auf Mißfallen beim Krankenhauspersonal, obwohl das Gefühl, geehrt zu werden, sich sicherlich nicht negativ auf den Gesundungsprozeß auswirkt.

Prophylaktisches Denken, eine Vorbereitung der Kinder auf einen Krankenhausaufenthalt durch Spiele oder Bilderbücher ist türkischen Eltern fremd. Nahezu alle türkischen Kinder kommen deshalb unvorbereitet ins Krankenhaus. Das mag nicht weiter verwundern, denn türkische Eltern, wie auch die meisten deutschen, erziehen ihre Kinder intuitiv und ohne Konzept. Ziel sollte es sein, daß in der Erziehung die Krankenhäusvorbereitung einen ebenso festen Platz einnimmt wie die Verkehrserziehung.

Ursula Moll

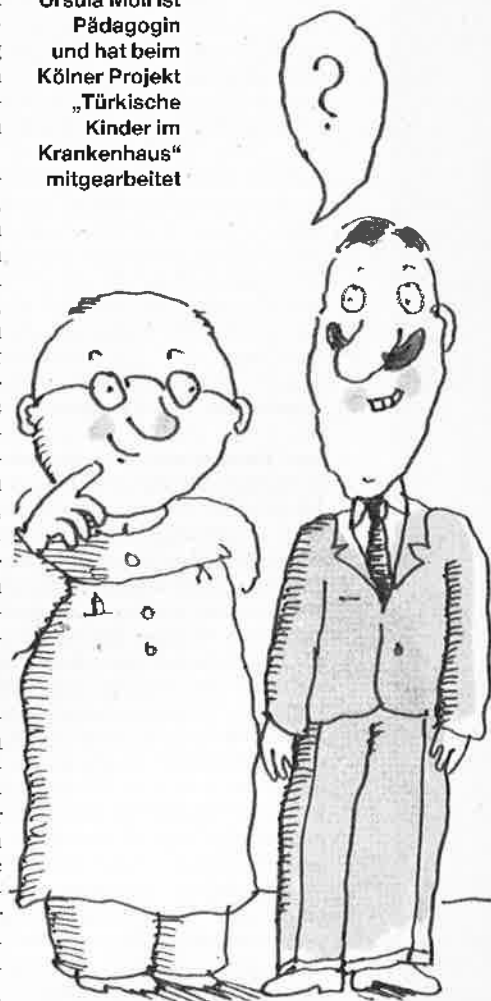
Küçük Dilek Hasta – Die Beratungsbroschüre „Der kleine Dilek wird krank“ wird von der Arbeiterwohlfahrt Bezirk Mittelrhein herausgegeben. Die Broschüre richtet sich an die Eltern und will auf die Bedeutung eines Krankenhausaufenthaltes für kleine Kinder aufmerksam machen. Kostenloser Bezug bei: Arbeiterwohlfahrt Bezirk Mittelrhein e.V., Venloer Wall 15, 5000 Köln 1.

Die Türkei. Ein kleiner Einblick in die Geographie, Geschichte und Kultur – Mit dieser Informationsschrift will die Arbeiterwohlfahrt das medizinische Fachpersonal ansprechen und über einen Einstieg zur weiteren Beschäftigung mit dem soziokulturellen Hintergrund der türkischen Familien motivieren. Kostenloser Bezug bei: Arbeiterwohlfahrt Bezirk Mittelrhein e.V., Venloer Wall 15, 5000 Köln 1.

Ciler und Arife im Krankenhaus – Dieser Film, der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung herausgegeben wird, spricht türkische Kinder und türkische Eltern in ihrer Landessprache zum Thema „Kind und Krankenhaus“ an. Der Inhalt: Arife, ein siebenjähriges Mädchen, erkrankt plötzlich und muß unvorbereitet ins Krankenhaus gebracht werden. Dort trifft sie die gleichaltrige Ciler, die schon länger in der Klinik ist. Ciler erzählt ihr, wie sie dorthin gekommen ist und was sie bisher erlebt hat. Schon vor der Einweisung hatte eine Schwester ihr und ihren Eltern die Krankenstationen und Untersuchungsräume, aber auch den Krankenhauskindergarten gezeigt. Von der Erzieherin hatte sie ein Bilderbuch mit nach Hause bekommen, in dem sie sich alles noch einmal in Ruhe ansehen konnte. Als Ciler dann ins Krankenhaus kam, lief zwar nicht alles so, wie sie es erwartet hatte, aber es war ihr kaum etwas wirklich fremd. Es gelang ihr gut, auch mit unangenehmen Situationen fertigzuwerden. Arife dagegen hat große Angst vor Spritzen und den Untersuchungen. Der Video-Film mit deutschen Untertiteln kann ausgeliehen werden bei allen Landesbildstellen, Landesfilmdiensten, ev. und kath. Medienzentralen, den Bezirksverbänden der Arbeiterwohlfahrt und dem Aktionskomitee Kind im Krankenhaus, c/o H. Köhnen, Raderthalgürtel 7, 5000 Köln 51.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat zu dem Film ein umfangreiches Begleitmaterial herausgegeben, das über die Einsatzmöglichkeiten des Filmes und über die soziokulturellen Besonderheiten türkischer Familien sowie über die Problematik „Kind und Krankenhausängste“ informiert. Kostenloser Bezug bei: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimer Str. 200, 5000 Köln-Merheim.

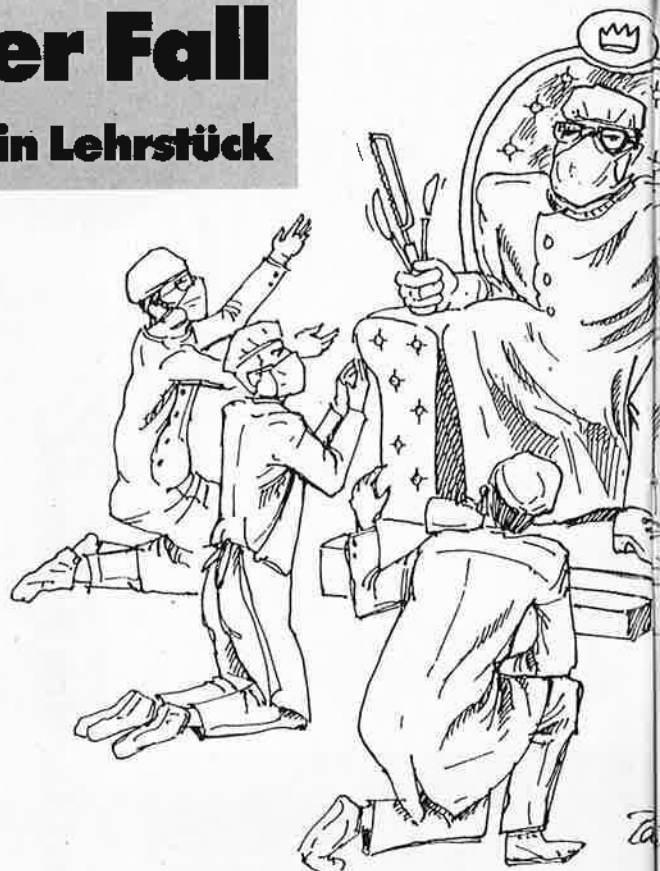
Ursula Moll ist Pädagogin und hat beim Kölner Projekt „Türkische Kinder im Krankenhaus“ mitgearbeitet



Der Fall

Ein Lehrstück

Im November 1987 hat die Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg dem ehemaligen (1963–1981) Chefarzt der orthopädischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Barmbek die Approbation als Arzt entzogen. Dieser ungewöhnliche Vorgang ist Schlußszene eines Dramas, das hier dargestellt werden soll. Es entsteht ein exemplarisches Schreckensbild, wohin hierarchisch organisierte Unordnung im Krankenhaus führen kann



2. Akt: Die Patienten

„Professor Dr. Dr. Rupprecht Bernbeck hat uns zu Krüppeln gemacht“, berichten sie am 10. Januar 1984 in der „Hamburger Morgenpost“. Ihre Vorwürfe lauten zusammengefaßt: Prof. Bernbeck habe zuviel und nach veralteten Methoden operiert, Patienten unzureichend über mögliche OP-Folgen aufgeklärt und sei autoritär mit ihnen umgegangen. Dadurch seien vermeidbare Schäden bei zahlreichen Patienten verursacht worden. Das Krankenhaus und die Gesundheitsbehörde hätten jahrelang miserable baulich-hygienische Verhältnisse geduldet und die Patienten einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt. Prof. B. habe Krankenunterlagen verschwinden lassen und gelegentlich auch gefälscht. Diese Mißstände seien unter vielen ärztlichen Kollegen in Hamburg bekannt gewesen und stillschweigend geduldet worden.

Erster Akt: Der Chefarzt

Im Hintergrund: eine ärztliche Kollageschicht, die die jahrelang bekannten Mißstände einer Krankenhausabteilung totschweigt und bis zuletzt versucht, jegliche Verantwortung für die von Patienten aufgedeckten Mißstände von sich zu weisen. Die Kulisse: die allgemein übliche hierarchische Krankenhausstruktur, am oberen Bildrand, eben in den Wolken erkennbar, der ärztliche Direktor, verantwortlich unter anderem für die Dienstaufsicht über den Oberakteur im Zentrum. Am linken, besser rechten Bildrand hervorliegend: Gesundheitsbehörde und Ärztekammer in Gestalt von Amtsschimmel und Weißkittel, ahnungslos und tatenlos die Szene beobachtend. Im Zentrum: ein selbstherrlich regierender und unablässig operierender Chefarzt der alten Schule, ihm zu Füßen (schweigend) seine Schüler.

Jahrelang kämpfen die in einer Initiative zusammengeschlossenen Patienten vergeblich um ihr Recht. Sie scheitern an philosophisch argumentierenden Gutachtern: „Zwischen unzureichendem ärztlichen Handeln und Perfektion bestehen verschiedene, kaleidoskopartige, bunte Schattierungen, die u. a. auch wesentlich von der Persönlichkeit des Akteurs beeinflusst werden“ (aus dem Gutachten der sogenannten Schlegel-Kommission).

Es ist der Grün-Alternativen Liste (GAL) in der Hamburger Bürgerschaft zu verdanken, daß der Patientenaufstand nicht im Sande verlief. Auf ihre Initiative hin, wenngleich auf formellen Antrag der re(a)gierenden SPD, wird ein parlamentarischer Untersuchungsausschuß (PUA) eingerichtet.

3. Akt: Der Bericht des Parlamentarischen Untersuchungsausschusses

Die drei damals in der Bürgerschaft vertretenen Parteien SPD, CDU und GAL legen im September 1986 ihren Abschlußbericht vor. Dieses lesenswerte Dokument bestätigte im wesentlichen die Kritik der Patienteninitiative, geht aber über die Aufzählung der Mißstände im einzelnen hinaus und wird grundsätzlich: Mangelhafte ärztliche Versorgung, permanente Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht, erhebliche Mängel der Krankenhausorganisation und nachweisliche Fehlbehandlung von dadurch geschädigten Patienten sind zumindest mitbedingt durch strukturelle, dem Medizinbetrieb immanente Ursachen.

Die hierarchische Struktur der Abteilung mit alleiniger Zuständigkeit des Chefarztes für Organisation von Patientenbetreuung, Hygiene und Gebietsarztweiterbildung hat im Fall Bernbeck erheblich zu den zu beklagenden Mißständen in seiner Abteilung beigetragen. Aussagen ehemaliger Mitarbeiter belegen ein Klima der Einschüchterung, in dem selbst Verständnisfragen während einer OP nicht geduldet wurden, geschweige denn eine Diskussion von OP-Indikation oder OP-Methode. Interne Kritik konnte so nicht erfolgen, Kritik so auch nicht nach außen gelangen. Ein Vertreter der Behörde sagte aus, die politisch Verantwortlichen hätten nicht weiter operieren lassen, wenn die Ärzte gesagt hätten, sie könnten unter diesen Umständen nicht operieren, ohne ihre Patienten zu gefährden.

Bernbeck

über die Hierarchie



Der zu *knappe Personalschlüssel* hat nach Aussagen aller Beteiligten – inklusive des Chefarztes – zu einer permanenten völligen Überforderung der Mitarbeiter geführt. Ein Vergleich mit dem Personalschlüssel in der orthopädischen Universitätsklinik läßt – auch bei Berücksichtigung der nur teilweise vergleichbaren Aufgabenbereiche – erkennen, warum eine verantwortungsvolle Patientenversorgung nicht möglich sein konnte.

Diese Verhältnisse haben zu *Prioritätensetzungen gezwungen*, dabei ist dem Operieren offensichtlich Vorzug gegeben worden gegenüber der prä- und postoperativen Patientenversorgung auf der Station.

Die *Weiterbildungsordnung* fördert indirekt eine solche Prioritätensetzung durch einen oftmals an der Realität des Klinikalltags vorbei erstellten OP-Katalogs, den es „auf Facharzt kommen“ zu erfüllen gilt.

Die *Ärztekammer* hat in der Vergangenheit ihre Aufgabe, Weiterbildung zu kontrollieren, damit als erfüllt angesehen, daß sie die eingereichten Zeugnisse auf Vollständigkeit hin überprüfte. Eine entsprechende laufende Kontrolle der Weiterbildungsseinrichtungen und der „ermächtigten“ Chefarzte erfolgte in den seltensten Fällen. Nur so konnten unter den nun bekanntgewordenen Verhältnissen Generationen von Orthopäden durch Prof. Bernbeck weitergebildet werden.

4. Akt: Die Ärztekammer

Reaktionen auf diese brisante Analyse bleiben nicht aus. Die Gesundheitsbehörde plant entsprechend den Empfehlungen der drei Bürgerschaftsfractionen, eine Änderung des Hamburgischen Ärztegesetzes vorzunehmen. Folgender Passus soll im Paragraphen 5 ergänzt werden: „Gegen die kollegiale Zusammenarbeit im Sinne von Absatz 2, Nr. 6 verstößt es nicht, wenn die Kenntnis oder der begründete Verdacht von Fehlern in der ärztlichen Behandlung eines Patienten oder Umstände, die Anlaß zur Überprüfung hinsichtlich eines Verfahrens zur Rücknahme, zum Widerruf oder zur Anordnung des Ruhens der Approbation sein könnten, an die Ärztekammer gemeldet werden.“

Die Ärztekammer Hamburg hat sich „in aller Schärfe“ („Kammer aktuell“ vom 25. Juli 86) gegen diese Formulierung einer Selbstverständlichkeit (?) gewandt. In der Kammerversammlung wird der „Denunziations-Paragraph“ mehrheitlich abgelehnt. Daß eine ähnlich-lautende Änderung der Berufsordnung durch die 1986 neugewählte Kammerversammlung dann doch noch erfolgte, zeugt sicher von taktischem Geschick (der Behörde mit ihrer Gesetzesänderung zuvorkommen) und würde zu mehr Hoffnung Anlaß geben, wenn sie nicht mit der knappsten denkbaren Mehrheit beschlossen worden wäre.

Die Ärztekammer setzt als einzige Reaktion im Fall Bernbeck auf einen hastig und heimlich initiierten, computergestützten Modellversuch „Qualitätssicherung in der Chirurgie“. Lange vor der Information der Kammerversammlung war die Firma Nixdorf im Geschäft. Durch die Speicherung von Patienten- und Operationsdaten soll ein relativer Qualitätsvergleich verschiedener chirurgischer Abteilungen ermöglicht werden. Noch bevor der erste Computer installiert ist, hat ein Vorstandsmitglied bereits das Ergebnis vorweggenommen: Es werde sich seiner Meinung nach herausstellen, „daß in Hamburg ordentlich operiert“ werde. Tendenz: Bernbeck – schwarzer Halbgott unter weißen!

Kritik an diesem Modellversuch erfolgt durch die Personalvertretungen und wird von der Hamburger Ärzteopposition gegen erheblichen Widerstand der Herausgeber im „Hamburger Ärzteblatt“ (4/87) veröffentlicht.

Katharsis

Mitleid (mit den Patienten) und Furcht (vielleicht vor den eigenen Fehlbarkeiten) sind als Reaktion auf die hier versuchte Inszenierung zu billigen. Die Frage, wie wir Ärzte es in Zukunft mit Behandlungsfehlern halten werden, bleibt brisant und angstbesetzt: Ängste vor kollegialer Repression sind realistischer als die vor einer um sich greifenden Denunziation. Ängste bestehen auch angesichts zu befürchtender versicherungsrechtlicher Konsequenzen beim offenen Eingeständnis dem Patienten gegenüber. Institutionen des Patientenschutzes sind zu fordern, die qualifiziert und unabhängig von standespolitischen Einflüssen Rechte der Patienten wahrnehmen können.

Gesundheitspolitiker sollten sich auf ihre eigentlichen Aufgaben besinnen und aufhören, lohnenkostenkennende Finanzpolizei sein zu wollen. Eine Gesundheitsbehörde, die unverdrossen betriebswirtschaftliche Überlegungen vor medizinische Notwendigkeiten stellt und weiterhin Bettenabbau betreibt, um letztlich qualifiziertes (= teures) Personal loszuwerden, hat aus dem Fall Bernbeck nichts gelernt.

Ein Ärztekammerausschuß, der den PUA-Bericht aufarbeiten sollte und zu dem Schluß kommt, von den Assistenten der Krankenhäuser mehr Zivilcourage zu fordern – gleichzeitig aber feststellt: „ein hierarchisch kontrollierter Aufbau des ärztlichen Dienstes in den Krankenhäusern“ sei ... „aus Gründen ... des reibungslosen Ablaufs und der Verantwortlichkeit gegenüber den Patienten unerlässlich“ hat damit die Erkenntnisse des PUA-Berichts den Interessen der Chefarzt-Lobby geopfert.

Eine Bürgerschaft, die sich ihrer gesundheitspolitischen Verantwortung durch Delegation an die Ständesvertretung der Ärzte entledigt, und die auch nach dem Fall Bernbeck nicht bereit zu sein scheint, über demokratische Strukturen der Krankenhausorganisation nachzudenken, läßt zu, daß kritisches Engagement auch in Zukunft durch mittelalterliche Feudalstrukturen im Keim erstickt wird. Einzig die Grün-Alternative Bürgerschaftsfraction hat konkrete Pläne zur Demokratisierung der Hamburger Krankenhäuser vorgelegt. Die Lehren aus dem Fall Bernbeck sind bisher 447 Seiten PUA-Papier.

Bernd Kalvelage

Bernd Kalvelage ist Internist in Hamburg und gehört zur dortigen Ärzteopposition.

Unter der Überschrift „Auf Wunsch schneidet Dr. Olbrisch die Brüste ab“ wurde am 9. Oktober darüber berichtet, daß ein Düsseldorfer Chefarzt die „prophylaktische Entfernung der Brüste“ propagiere. Bei Krebsangst sei eine konservative Behandlung genauso sinnlos wie eine psychiatrische Therapie einer entstellenden Hakennase, zitiert „MT“ den Arzt. Der Karikaturtext arbeitet mit der Doppeldeutigkeit von „gut abschneiden“. Rüber kommt, daß der eifrige Schnippler auch noch mit Dankbarkeit der Patientinnen zu rechnen hätte, beziehungsweise hoch in ihrer Gunst stände.



Die „MT“ wird als Bildzeitung unter den Zeitschriften für Mediziner behandelt. Die Zeichnung zeigt, daß das nicht weit hergeholt ist. Jeder, auch noch der banalste Inhalt wird sexualisiert. Interessant ist einzig, wie selbstverständlich auf den männlichen Blick gezielt wird: Der Zeichner läßt ausschließlich Frauen sexuelle Signale aussenden: Ass and tits.



Überraschende Einsicht in die Probleme von Frauen „ohne“ Brust wird dagegen unter der Überschrift „Brust mit Hormonen vergrößern“ gezeigt. Hinterfragt, ob das Problem nicht hauptsächlich in der Vorstellung besteht, daß Frauen einen großen Busen haben müssen, wird da selbstverständlich nicht. Immerhin werden Kritiker zitiert, wird zugestanden, daß die Ergebnisse mager und die Nebenwirkungen zum Teil gravierend sind. Macht aber nix, denn: „Positiv zu Buche schlägt sich die Dankbarkeit der Patientinnen.“ Und das sieht der Arzt ja immer gern. Auch die Karikatur bringt was fürs Männerherz. Nur es allein kann komisch finden, daß da einer nicht sieht, was doch offensichtlich ist.



Herrenwitze

„Medical Tribune“ und einfacher Sexismus

ud – Wer wissen will, wie es um das Bewußtsein bundesdeutscher Ärzte bestellt ist, der lese die „Medical Tribune“, eine bunte Mischung aus Gesundheitspolitik, Tips und Tricks für die Abrechnung, aktuellen fachlichen Themen und „Unterhaltung“ für den Arzt. 55 000 Exemplare werden pro Woche an den Mann gebracht. Daß die Mehrheit der Ärzte knackrechts ist, ist bekannt. Doch wie in der „MT“ ständische Auffassungen mit Frauenverachtung Hand in Hand gehen, erstaunt jede Woche aufs neue.

Da wird gefragt, ob Kinderlosigkeit das Herztodrisiko erhöht, und gewarnt: „Frauen, die sich allen bevölkerungspolitisch motivierten Mahnungen zum Trotz um die Mutterschaft drücken, bekommen möglicherweise im Klimakterium die Rechnung präsentiert.“ (3. April 1987). – Da wird gemahnt, bei Beckenbindegewebschwäche nicht vorschnell „vaginal zu liften“ und wenn schon, dann nicht überzukorrigieren, denn: „Nicht selten wird eine zuvor zu weite Scheide danach zu eng und ist für den Intimverkehr dann zunächst ganz verloren!“ Da werden vollbusige Krankenschwestern als Blutdruckregulierer empfohlen. Da wird vor Sexualtherapie für Frauen gewarnt, denn sie hat bei Erfolg auch „eine Kehrseite“: „Sexualtherapie befreit (meist auch vom Partner)“. Und wo kämen wir denn da hin? Da lassen wir die Alte doch lieber unbefriedigt, dann hat wenigstens der Gatte noch seinen Spaß, nicht wahr?



Optimaler Themenlieferant für „MT“ war der „8. Weltkongreß für Sexologie“. Der mit dem Titel „Kann der Beischlaf einen Eisprung auslösen?“ überschriebene Kongreßbericht zitierte ausschließlich Männer zu der Fragestellung, ob es einen Zusammenhang zwischen Libido und Ovulation beziehungsweise zyklusbedingtem Hormonspiegel und Libido gebe. Karikatur und Bildtext beruhen auf der urkomischen Annahme, daß man es Frauen nur richtig „besorgen“ müsse, damit sie normal werden. Ein typisches Beispiel für Pornographie, die auf die Darstellung eines nackten Frauenkörpers verzichten kann. Übrigens heißt es in dem Artikel, daß die Wissenschaftler keinen Zusammenhang zwischen Eisprung und Libido festgestellt haben. Die Redaktion hielt den Witz offensichtlich trotzdem für sehr gelungen.

Unter der Überschrift „Baby gedeiht schlecht“ warnt „MT“ vor ernährungsbewußten Müttern. Aus angstgeprägter Fürsorglichkeit würden Kindern wichtige Nährstoffe vorenthalten: „Kindesmißhandlung einmal anders“, kommentiert die Redaktion im Vorspann. Die Zwischentexte machen die Tendenz des Artikels deutlich: „Modehit gesunde Ernährung“ – „Viele alternative Eltern ernähren die Kinder falsch“ – „Blödsinniges Mißtrauen gegen Baby-Fertignahrung“. Trotzdem lenkt die Karikatur selbst bei der alternativen kindesmißhandelnden Schlampe noch den Blick auf die Brust.



H.-U. Deppe/K. Priester, Modelluntersuchung Ambulante Krankenpflege. Arbeitsweise und Stellung im Gesundheitswesen, Wiesbaden 1987. 283 Seiten, 28 Mark.

Im Jahre 1986/87 führte die Abteilung für Medizinische Soziologie an der Universitätsklinik Frankfurt eine Studie mit dem Ziel durch, die Arbeitsweise ambulanter Pflegeeinrichtungen in Hessen zu untersuchen. Am Beispiel des Main-Kinzig-Kreises als größtem hessischen Landkreis werden der Bedarf an ambulanten pflegerischen Leistungen, der Grad der Bedarfsdeckung durch ambulante Einrichtungen sowie Mechanismen, Erfahrungen und Defizite der Zusammenarbeit von ambulanten Pflegeeinrichtungen und anderen Institutionen des Gesundheitswesens, insbesondere niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, untersucht. Die Ergebnisse dieser Studie sollen Hinweise für die Auswertung einer landesweiten Erhebung ambulanter sozialpflegerischer Dienste und die politische Neubewertung dieses Bereichs der Gesundheitsversorgung liefern.

Die vorliegende Untersuchung geht jedoch noch ein ganzes Stück darüber hinaus, indem sie sich zu Beginn recht ausführlich mit der Pflegebedürftigkeit als elementarem Lebensrisiko auseinandersetzt. Hierbei wird Pflegebedürftigkeit als soziales Problem definiert, dessen Ursachen nicht allein in der Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung liegen. Vielmehr wird aufgezeigt, daß Alter und Pflegebedürftigkeit einander

keineswegs zwangsläufig bedingen müssen, sondern daß die gesellschaftliche Bedeutung und Dimension von Pflegebedürftigkeit stark bestimmt wird vom allgemeinen Gesundheitsniveau und der Qualität der medizinischen Versorgung im Krankheitsfall. Sie ist ferner abhängig von dem Ausmaß, in dem Hilfeleistung durch Institutionen des Gesundheitswesens und Hilfspotentiale im Bereich primärer Netzwerke (Familie, Nachbarn, Freundeskreis usw.) zu ihrer Bewältigung beitragen können.

Folgerichtig werden in dem sich anschließenden Teil neben der Altersstruktur einige Indikatoren für die Beurteilung der gesundheitlichen Verhältnisse und die Strukturen der medizinisch-pflegerischen Versorgung im Untersuchungsgebiet betrachtet und Versorgungsdisparitäten und -mängel aufgezeigt. Die Ergebnisse, in einer Gesamtübersicht festgehalten, ermöglichen dem Leser abschließend, zu einer Einschätzung des Niveaus der Krankenversorgung und medizinisch-pflegerischen Betreuung zu gelangen.

Im Mittelpunkt des qualitativen Teils der Studie stehen die Untersuchung der Arbeit ambulanter Krankenpflegeeinrichtungen und Vorschläge zur Verbesserung des ambulanten Pflege-sektors. Hierfür wurden Expertengespräche in ambulanten Krankenpflegeeinrichtungen, Interviews mit niedergelassenen Ärzten, Vertretern von Einrichtungsträgern, der Krankenkassen und anderen Expertinnen und Experten ausgewertet.

Sozialpolitisch verwertbare Vorschläge zur Verbesserung der Strukturen ambulanter Krankenpflege schließen die Untersuchung ab. Dabei wird zum einen die Notwendigkeit der Behebung akuter Versorgungsdefizite sowie der Feststellung des Versorgungsbedarfs und der Planung entsprechender

Dienstleistungsangebote herausgestellt. Zum anderen werden Maßnahmen zur Erweiterung des Aufgabenbereichs ambulanter Krankenpflege, ihre Integration in das System der Krankenversorgung, ihre Kooperation mit anderen pflegerisch-betreuerischen Diensten im Rahmen von Sozialstationen, die Sicherung und Verbesserung der Pflegequalität sowie Möglichkeiten zur Absicherung der finanziellen Rahmenbedingungen ambulanter Pflegeeinrichtungen und des Risikos der Pflegebedürftigkeit vorgeschlagen.

Positiv ist zu bewerten, daß sich in diesen Veränderungsvorschlägen die Forderungen der WHO zur Gestaltung der primären und gemeindenahen Gesundheitsversorgung (primary health care) wiederfinden: mehr Prävention, größere Chancengleichheit bei der Nutzung von Gesundheitsleistungen für alle Bürger und Abbau von Hierarchisierung und übermäßiger Spezialisierung der Berufe im Gesundheitswesen (besonders hinsichtlich der Differenzierung der Krankenpflegeberufe) zugunsten von Kooperation und Verbesserung der Pflegequalität.

Die hier besprochene Untersuchung liefert in verständlicher Sprache ein realistisches Bild der Bedarfs- und Versorgungssituation im ambulanten Krankenpflegesektor – auch über das Untersuchungsgebiet hinaus – und verweist auf die Dringlichkeit des Aus- und Umbaus dieses Bereichs der Gesundheitsversorgung. Hier sind in erster Linie die Sozialpolitiker gefordert, in deren Auftrag die vorliegende Studie ja nicht zuletzt durchgeführt wurde. Die Untersuchung wendet sich aber auch an andere Leserinnen und Leser im sozialpolitischen und wissenschaftlichen Bereich sowie in der Alten- und Krankenpflege, in Sozialstationen und Wohlfahrtsverbänden.

Die Studie liegt auch als Kurzfassung vor (69 Seiten, 10 Mark). Beide Fassungen sind zu beziehen über: HLT Forschung Planung Entwicklung, Abraham-Lincoln-Str. 38–42, 6200 Wiesbaden, oder über die Autoren: Abteilung für Medizinische Soziologie, Uni-Klinik Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 6000 Frankfurt 70.

Ingeborg Löser

W. Beck, G. Elsner, H. Mausbach (Hrsg.), Pax Medica. Stationen ärztlichen Friedensengagements und Verirrungen ärztlichen Militarismus, Hamburg 1986. VSA-Verlag, 173 Seiten, 19,80 Mark

Mal ehrlich, würde Sie der dröge Titel „Pax Medica“ mit dem noch entsetzlicheren Untertitel zum Kauf dieses Buches verleiten? Als ich vor einem Jahr im Inhaltsverzeichnis auch noch über Beiträge mit so bezeichnenden Titeln wie „Hippokratische Tradition und realpazifistische Ethik“, „Gesundheitsstatistiken der Stadt Leningrad (1909–1929)“ und „Bericht eines mitreisenden Nicht-Mediziners“ stolperte, wurde ich spontan zum konsequenten Nicht-Leser dieses sicher verdienstvollen Buches, wie ich damals meinte. Kurz vor Weihnachten ereilte mich dann – weil es offensichtlich anderen auch so gegangen war und sich keiner für eine Rezension bereit gefunden hatte – die gerechte Strafe meines Vorurteils. Der Auftrag zur Besprechung des Buches.

Was ich zunächst als lästige Pflicht empfand, wandelte sich bereits nach wenigen Seiten in Freude und Begeisterung über die vielen gehobenen Schätze. Was Thomas Ruprecht in seinem Beitrag „Einzelgänger und Außenseiter“ aus verborgenen Quellen zusammengetragen hat, ist schon bemerkenswert. Wir lesen von dem Psychiater August Forel, der 1915 und 1917 an den Weltfriedenskongressen teilnahm, und seinem Schüler Fritz Brupbacher, einem der Wortführer der schweizerischen „Antimilitaristischen Liga“, deren erklärtes Ziel die Beseitigung der Armee und die in den Jahren 1905 bis 1906 erheblichen Einfluß in der Schweiz gewann. Später gehörten beide mit Magnus Hirschfeld zu den Mitbegründern der „Weltliga für Sexualreform auf sexualwissenschaftlicher Grundlage“.

Ruprecht beleuchtet auch den „Fall Nicolai“, des Kardiologieprofessors, der mitten im Ersten Weltkrieg sein berühmtes Buch „Die Biologie des Krieges“ veröffentlichte, das den sogenannten „naturwissen-

Ingeborg Löser
ist Unterrichtsschwester in
Frankfurt

schaftlichen Pazifismus" begründete. Später rühmte sich der Reichsärztführer Leonardo Conti, als Student an der „Vertreibung des jüdischen Deserteurs Prof. Nicolai von der Universität Berlin“ mitgewirkt zu haben.

Die Rolle, die der Arzt Felix Bonenheim bei dem „Internationalen Kongreß gegen Krieg und Faschismus“ 1932 in Amsterdam spielte, dem größten Antikriegs-Treffen bis dahin, wird herausgearbeitet. Aus dieser Konferenz bildete sich 1933 die „Internationale Gesellschaft der Ärzte gegen Krieg und Faschismus“, einer Vorläuferin der IPPNW, bis zu deren Entstehung der Artikel reicht.

Ein weiterer enorm wichtiger Beitrag stammt von Professor Gine Elsner, die die oft verhängnisvolle Rolle der Betriebsärzte der IG Farben bei der „Betreuung“ Zehntausender von Fremdarbeitern, Kriegsgefangenen und KZ-Häftlingen betrachtet. Nicht nur KZ-Häftlinge wurden durch Arbeit getötet, das Programm der „Vernichtung durch Arbeit“ griff auch in verdeckter Form in die Fremdarbeiterlager ein. Die Betriebsärzte sahen das Leid dieser Menschen und taten nichts. Die Brutalität von SS-Ärzten und die Unmenschlichkeit derjenigen, die die Euthanasieprogramme durchführten, sind in mehreren Prozessen öffentlich geworden. Neben spektakulären Massenmorden gab es aber darüber hinaus Ärzte, die sich den Prinzipien nationalsozialistischer Ideen unterordneten und eine unmenschliche Medizin praktizierten, die mit der Vernichtung von Menschen im Dienste rüstungspolitischer Ziele einherging.

Von den übrigen Beiträgen sei noch besonders der über die Zusammenarbeit von deutschen und sowjetischen Ärzten in der Weimarer Republik hervorgehoben. Leichten Herzens kann ich die Empfehlung von Tili Bastian im Vorwort, das im üblichen üppig barocken Stil verfaßt ist, beipflichten: „Ich wünsche ihm (dem Buch) einen umfänglichen Kreis von Leserinnen und Lesern.“ So sei es!

gst

Helmut Hildebrandt/Alf Trojan (Hrsg.), Gesundere Städte – kommunale Gesundheitsförderung. Materialien und Ideen zum „Healthy Cities“-Projekt der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Hamburg 1987, 28 Mark

„Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ hat sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) seit 1978 auf ihre Fahnen geschrieben – ein Ziel, das von vielen als utopisch belächelt worden ist. Dennoch hat sich unter diesem Motto eine intensive Diskussion um ein neues Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung entwickelt, die den noch vor wenigen Jahren hochgehaltenen Strategien der individuellen Verhaltensveränderung im Rahmen der „Gesundheitszerstörung“ mittlerweile eine klare Absage erteilt hat. Die Förderung von Gesundheit wird nicht mehr in banaler Weise mit gesundem Essen, mehr Bewegung und frühzeitigen Vorsorgeuntersuchungen gleichgesetzt.

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ – so heißt es in der offiziellen „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“, die die WHO 1986 verabschiedet hat. Hierzu sind gesundheitspolitisch die Voraussetzungen zu schaffen – und damit beinhaltet Gesundheitsförderung weit mehr als medizinische oder soziale Versorgung. Grundlegende Bedingungen für Gesundheit sind nach der Charta gesunde Umweltbedingungen, ausreichende materielle Ressourcen, Frieden, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Ebenso wird die Bedeutung von sozialer Unterstützung im Alltag und die Möglichkeit der Vertretung der eigenen Interessen und der Gestaltung der persönlichen Umwelt als bedeutsam für die individuelle Gesundheit erkannt.

Um diese noch sehr allgemeinen programmatischen Forderungen durchzusetzen und konkreter werden zu lassen, hat das Europa-Büro der WHO das Projekt „Healthy Cities“ vorgeschlagen. Ab Anfang 1988 sollen ungefähr 20 europäische Städte in einem Zeitraum von

fünf Jahren Vorschläge und Projekte zur Gesundheitsförderung in der Stadt entwickeln und erproben.

Da bis zum Jahr 2000 nahezu 50 Prozent der Weltbevölkerung in Städten mit mehr als einer Million Einwohner leben wird und somit die Stadt als Lebensraum einen wesentlichen Einfluß auf die Gesundheit nicht nur der in den Städten lebenden Menschen hat, scheint diese Strategie zukunftsweisend zu sein. Mindestens ebenso attraktiv ist wohl der Versuch, Gesundheitsförderung nicht als ein von Experten zusammengestelltes Programmpaket zu vermarkten, sondern Bürger, Initiativgruppen, Verwaltung und Experten an der Entwicklung von gesundheitsfördernden Lebensweisen und konkreten Projekten gemeinsam zu beteiligen. Gesundheit wird so von einem passiven Zustand (Abwesenheit von Krankheit) zu einem aktivierenden Konzept – mit dem Ziel, die Lebenswelt der Menschen wieder gestaltbar zu machen.

Der vorliegende Materialienband von Helmut Hildebrandt und Alf Trojan möchte genau dazu anregen und vermittelt gleichzeitig ausführlichste Informationen über das Projekt. Meist sind Publikationen dieser Art nur als Projektberichte zu haben – und haben damit ihre Anregungswirkung fast vollständig verloren. Dieser Band lädt Kommunalpolitiker, Mitarbeiter in den Gesundheits- und Sozialverwaltungen, Krankenkassen, Bürger und Initiativgruppen dazu ein, sich an einer beginnenden Bewegung zu beteiligen und so gemeinsam mit anderen Städten in der Bundesrepublik in der kommunalen Gesundheitspolitik neue Maßstäbe zu setzen. Dabei wird erfreulicherweise kaum trockene Programmatik geliefert.

Ziele und Perspektiven des Aktionsprogramms „Healthy Cities“ werden im ersten Teil transparent beschrieben und mit Beispielen aus den beteiligten Städten und den ersten Anfängen der Bundesrepublik illustriert. Der zweite Teil wendet sich an die oben genannten Zielgruppen, die der Idee in den jeweiligen Städten Leben verleihen und eine jeweils spezifische Ausprägung geben mit einer Fülle von Ideen, die anders-

wo häufig schon erfolgreich praktiziert wurden. Anregungen zur Arbeit in bestimmten Themenfeldern – Kinder, Jugendliche und alte Menschen – schließen sich an.

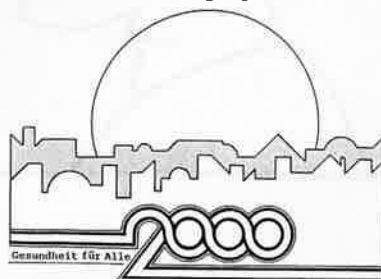
Der letzte Teil versorgt den spätestens jetzt neugierig gewordenen Leser mit Hintergrundinformationen: theoretische Grundlagen und Konzepte zum Gesundheitsbegriff, zur Gesundheitsförderung und zu einer neuen Vorstellung öffentlicher Gesundheitsversorgung geben einen knappen, aber informativen Abriss über den aktuellen Stand der Diskussionen, die nicht nur in der WHO, sondern auch in Gesundheitsläden und anderen Teilen der Gesundheitsbewegung in der Bundesrepublik geführt werden.

Dieser Band ist sicherlich nicht „aus einem Guß“ und, wie die Herausgeber selbst anmerken, durch die Kürze der Herstellungszeit auch nicht eine vollkommen repräsentative Sammlung aller Ideen und Projekte in diesem Bereich. Er erfüllt aber aufs beste die Kriterien eines Ideen- und Methodenhandbuchs, das zu Anfang des Projekts noch schmerzlich vermißt wurde. Gleichzeitig regt er immer wieder zum Durchblättern und Schmökern an und vermittelt dem Leser damit eine Idee davon, was mit Gesundheitsförderung gemeint ist und wie sie aussehen könnte – auch in der eigenen sozialen Umwelt. Die Ankündigung der Herausgeber, eventuell weitere Bände mit neuen Ideen, Erfahrungen in der Umsetzung und einer Beschreibung des jeweiligen Standes des „Healthy Cities“-Projekts in unregelmäßigen Abständen zu publizieren, kann daher nur begrüßt werden.

Das Buch kann bezogen werden von Sozialwissenschaften und Gesundheit e.V., Projektgruppe „Werkstatt Gesundheit“, c/o Institut für Medizinische Soziologie, Martinistr. 52, 2000 Hamburg 20.

Wolfgang Stark

Wolfgang Stark ist Mitarbeiter des Selbsthilfeszentrums München



Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Dappe (Frankfurt), Sabine Druke (Heidelberg), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hattingen), Christina Pöter (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. 0228/69 33 89 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

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

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

Ausbildung: Uschi Thaden (uth), **Demokratisierung:** Edi Erken (ee), **Frauen:** Karin Kieseyer (kk), Monika Gretentkott (mg), **Ethik:** Helmut Copak (hc), **Frieden:** Walter Popp (wp), **Gewerkschaften:** Norbert Andersch (na), **Historisches:** Helmut Koch (hk), Peter Liebermann (pl), **Internationales:** Gunar Stempel (gst), Stefan Schölzel (sts), **Krankenpflege:** Kirsten Jung (kj), **Gesundheitspolitik:** Matthias Albrecht (ma), Klaus Priester (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 Pressgesetzes.

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 8514-503, Stadtsparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühen).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Aprilheft: 8. März 1988

Graphik: Renate Alf, Christian Paulsen

Titelblatt: ud

Layout: Ursula Daalman, Joachim Neuschäfer, Gregor Weinrich

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

ISSN: 0932-5425



wir über uns

Nicht ganz so mies

Gleiche Arbeit, weniger Geld und weniger Rechte durch Gestellungsverträge an den Unikliniken Bonn und Essen. So charakterisierten wir im letzten Heft die Situation der DRK-Schwester. Eine Korrektur ist allerdings nötig. Wenn eine Schwester, die bislang als Gestellungspersonal arbeitete, vom selben Träger übernommen wird, bleibt ihre Einstufung erhalten. Beim Wechsel zu einem anderen Träger wird sie um eine Dienstaltersstufe zurückgesetzt. An der Beurteilung der Gesamtsituation hat sich dadurch nichts geändert.

Lob

Nachdem auch der Spiegel über die Auseinandersetzung um die „Vergangenheitsbewältigung“ der Deutschen Ärztekammer berichtete, sah sich das Deutsche Ärzteblatt wohl genötigt, gegenzuhalten. Keine Rede sei „bei der publizistischen Auseinandersetzung mit dem erwähnten Arzt, der offenbar schwer zu lokalisieren ist“ – das DÄ ist nicht einmal in der Lage, seinen Namen, Hartmut Hanauske-Abel, zu „lokalisieren“ – von „vaterlandslosem Gesellen“ oder „Nestbeschmutzer“ gewesen. Diese Worte habe der Spiegel erfunden oder „anderswo abgeschrieben“. Wo? Unter anderem bei einer „Zeitschrift mit dem allesagenden Titel ‚Demokratisches Gesundheitswesen‘“. Danke für die Blumen. Wir werden die Auseinandersetzung weiter verfolgen: Die im Januarheft geforderte Entschuldigung Karsten Vilmars bei Hartmut Hanauske-Abel steht immer noch aus.

dg: „Alaaf“

Karneval regiert das Rheinland – auch die dg-Endredaktion. Zwar haben wir bisher noch keinen Besuch vom Prinzenpaar oder anderen Jecken bekommen, dafür entschädigt uns allerdings die Kneipe unter unserem Büro ganz-tätig mit lauter Karnevalsmusik. Neben dieser jahreszeitlichen Alternative zur sonst üblichen „Kammermusik“ sorgte das rheinische „Brauchtumsfest“ auch für eine Verschiebung unserer Produktionstermine. Bis Aschermittwoch läuft bei Locher in Köln nichts mehr, so daß die Weiberfastnacht von unseren beiden Hauptamtlichen für den vorgezogenen Klebeumbruch mißbraucht werden mußte. Dem Heft werden es unsere Leserinnen und Leser hoffentlich nicht anmerken. Rosenmontag haben wir dann den vollen Überblick über das karnevalistische Treiben. „De Zoch kütt“ – direkt an unserem Büro vorbei.



Foto: Döhren

dg-Kontakte

Aachen: Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 75459; **Ansbach:** Brigitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8900 Ansbach, Tel. (0981) 14444; **Berlin:** Hermann Dittich, Sembritzkstr. 31a, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8226328; **Bonn:** Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5202 St. Augustin 2 (Hangelar), Tel. (02241) 29178; Stefan Schölzel, In der Asbach 29, 5305 Alfter-Impekoren, Tel. (0228) 6420034; Kurt Straif, Reuterstr. 121, 53/1, Tel. 212696; Gregor Wolnrich, Schumannstr. 30, 53/1 Tel. 219778; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausenitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 234371; **Bremerhaven:** Guner Stempel, Virchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Gestemünde, Tel. (0471) 200211; **Darmstadt:** Jürgen Frohnert, Soderstr. 87, 6100 Darmstadt, Tel. (06151) 421676; **Dillenburg:** Helmut Jäger, Lerchenweg 8, 6340 Dillenburg, Tel. (02771) 7599; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kühlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 753880; **Dettlev:** Uhlensbrock, Droste-Hülshoff-Str. 1, 46/1, Tel. 421768; **Düsseldorf:** Joachim Gill-Rode, Heyerstr. 62, 4000 Düsseldorf 12, Tel. (0211) 295388; **Duisburg:** Thomas Wellig, Prinz-Albrecht-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (0203) 342188; **Essen:** Christian Paulsen, Overbeckstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 743731; Norbert Andersch, Pollerborgring, 22, Tel. 747131; Walter Popp, Sundornholz 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:** Ralf Birkenfeld, Otto-Laufer-Str. 16A, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 31134; **Gütersloh:** Jan-Hendrik Herdtlass, Vennstr. 10, 4830 Gütersloh, Tel. (05241) 26552; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Faabweg 9, 2000 Hamburg 20, Tel. (040) 488927; Barbara Wille, Willhöden 21, 2000/50, Tel. (040) 862114; **Hanau/Main:** Hans See, Süding 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47231; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000

Hannover 1, Tel. d: (05132) 906557/ p.: (0511) 818688; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02324) 67410; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Parkstr. 19, 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-Vorhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8424; **Köln:** Peter Liebermann, Garthestr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 763844; Helmut Schaaf, Berrenrath Str. 359, 5/41, Tel. 443818; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 503355; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Mönchengladbach:** Eckhard Kleinlützum, Wilhelm-Strauß-Str. 127, 4050 Mönchengladbach 2, Tel. (02166) 44157; **München:** Margret Lambert-von Gosen, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 781504; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67 a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; Barbara Halboisen-Lehnert, Hoyastr. 11, Tel. 287431; Uli Menges, Davensberger Str. 10 a, Tel. 788399; Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7, Tel. 7801437; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 83658; **Recklinghausen:** Petra Voss, Stuckenbuschstr. 157, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 15453; **Riedstadt:** Harald Skoblies, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 6161; **Siegburg:** Richard Beltzen, Hagebutterweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 383590; **Siegen:** Michael Regus, Berleburger Str. 59, 5900 Siegen, Tel. (0271) 63847; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 52798; **Ulm:** Wolf Schleinzner, Reschweg 12, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 86088; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmatal 1, Tel. (02163) 4191; **Westerland:** Achim Harms, Norderstr. 81, 2280 Westerland/Sylt, Tel. (04651) 27925; **Wiesbaden:** Brigitte Ende-Scharf, Matthias-Claudius-Str. 11, 6200 Wiesbaden, Tel. (06121) 300214;

PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000KOELN
G 2961 E 394711 353

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

**... ich dg
nicht kenne**

Ehrlich gesagt, legen wir darauf aber auch keinen besonderen Wert.

Wetten, daß . . .

noch viel mehr Leute als unsere Abonnentinnen und Abonnenten ein demokratisches Gesundheitswesen wollen, aber dg nicht kennen?

Wetten, daß . . .

Sie jemanden kennen, der dg noch nicht kennt, sich aber freuen würde, uns kennenzulernen?

Der einfachste Weg:

Schreiben Sie uns, wem wir ein kostenloses Probeheft unverbindlich zum Probelesen schicken sollen.

Oder: Verschenken Sie ein dg-Kennenlern-Abo: Die beiliegende Kennenlern-Karte ausfüllen. 10 Mark in Briefmarken, bar oder als Scheck beilegen und losschicken. Wenn wir nach drei Monaten nichts von Ihnen hören, wird die Belieferung einfach eingestellt.

Übrigens: Jede und jeder, die oder der uns ein dg-Jahresabo vermittelt, verschenkt oder nennt, kann sich eine Schallplatte aussuchen.

Maria Farantouri: „Live im Olympia“



Hannes Wader: „Live '86“



Für Kinder: „Lieder zum Singen,
Spielen und Tanzen“



dg – rezeptfrei und ohne Pharmawerbung!