

dg

Demokratisches
Gesundheitswesen
Nr. 4 · April 1988
Einzelheft 5 Mark
G 2961 E

Daten- schutz

**Pst!
Schweigepflicht**



**Münster – Symposium über Niedrigdosisstrahlung
Eine Zwangssterilisierte berichtet**

Mit Spielgeld an die Börse?



Norbert Andersch ist Arzt und arbeitet an einer Klinik in Duisburg

Aus Schaden wird man bekanntlich klug. Es sei denn, man läuft ständig mit dem Kopf gegen die Wand – so wie es die Düsseldorfer DGB-Zentrale mit ihren gesundheitspolitischen Initiativen macht. Von der banalen Erkenntnis nämlich, daß die Probleme des bundesdeutschen Gesundheitswesens ganz ordinar durch widerstreitende Interessen bedingt sind, daß dieselben Strukturen, die Gesundheitsleistungen für die Versicherten schlecht und teuer machen, für die Ärztelobby und die Pharmaindustrie vorteilhaft sind, ist man beim DGB-Bundesvorstand offensichtlich meilenweit entfernt.

Was die Naivität der Gewerkschaftsspezialisten bisher gebracht hat, zeigt ein Blick auf die letzten 15 Jahre:

- Krankenhausbedarfsplanung: Aus einem erhofften massiven Gewerkschaftseinfluß wurde eine Beteiligung, die im Promillebereich anzusiedeln ist. Der Einfluß ist effektiv gleich Null.
- Kostendämpfung: Aus einer erhofften zweckmäßigen Nutzung der Ressourcen wurde ein massives Rotstiftdiktat.
- EDV im Krankenhaus: Aus der erhofften patientenzentrierten Anwendung – weniger Doppeluntersuchungen, kürzere Wege, mehr Zeit für die Patienten – wurde eine ökonomisch begründete Umorganisation des Krankenhauses.
- Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: In 20 Sitzungen wurde nichts getan, als ständig Betriebsamkeit vorzutäuschen.

Tatsächlich sind alle Empfehlungen der Konzertierte Aktion absolut unverbindlich. Und selbst diese Unverbindlichkeiten kamen nur dann zustande, wenn Vorabsprachen getroffen wurden, die keinem der Beteiligten zu nahe traten. Selbst für Verfechter derartiger Grenzen ist es beschämend, daß sich der DGB dort mit vier von 59 Sitzen abspeisen läßt. Allein die Ärzte, ohne die Kollegen Zahnklempner, haben doppelt so viele Vertreter wie die Millionen zählende Einheitsgewerkschaft. Die ÖTV als Vertreterin von 1,7 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen und 200 000 Mitgliedern darf einen dieser vier Sitze einnehmen – halb so viele wie die Vertreter allein der Privatkliniken. Der Part der Gewerkschaftsvertreter ist vergleichbar mit dem der Kuh, die nur

deshalb dabei sein muß, weil sie es ist, die gemolken wird.

Doch statt aus diesem Zirkus der Illusionen auszusteigen, sitzen die DGB-Vertreter schwergewichtig in ihren wenigen Sesseln und entwerfen Szenarien, die in ihrer Naivität an den Dreikäsehoch erinnern, der mit seinem Spielgeld an der Börse Millionen verdienen will: Jetzt soll zum Beispiel „unverzüglich“ „eine systematische und regelmäßige Gesundheitsberichterstattung“ her, um „endlich“ Orientierungshilfen für gesundheitspolitisches Handeln zu schaffen. Damit soll die halbtote Konzertierte Aktion politische Vorgaben erarbeiten, „die durch das Parlament beraten und verabschiedet werden“ sollen, und außerdem, ja, das ist wichtig, sollen sich auch alle dran halten.

An Daten für das Gesundheitswesen fehlt es nicht, sondern an der Fähigkeit von Funktionären, daraus Ihre Schlüsse zu ziehen. Mit ein wenig Realitätssinn ließe sich auch erkennen, daß Interessengegensätze nicht durch eine noch so gute Statistik aufgehoben werden. Wie sonst wäre es zu erklären, daß Millionen Arbeitslose und umfassendes Datenmaterial, etwa der Nürnberger Bundesanstalt für Arbeit, noch zu keinem Beschäftigungsprogramm, zu keiner Linderung der Arbeitslosigkeit geführt haben. Und das, obwohl die, die über die Zahlen verfügen, auch noch mit parlamentarischen Kompetenzen ausgestattet sind.

Den DGB-Funktionären, die die erprobte Sackgasse jetzt auch noch in einem kompetenzlosen Gremium beschreiten wollen, sei ein Besuch im Krankenhaus empfohlen. Manchmal sollen die banalen Alltagsrealitäten ja auch Erkenntnisse vermitteln. Zum Beispiel die, daß mit einer Spitzenposition bei der Zahl der Gesundheitsökonomen im internationalen Vergleich kein Gesundheitswesen zu verbessern ist, wohl aber mit examinierten Pflegekräften. Nur nimmt da die Bundesrepublik die drittletzte Stelle von 20 registrierten Staaten der westlichen Welt ein.

Nicht Statistiken, sondern die katastrophalen Verhältnisse führen zu Aktionen. Die Warnstreiks in vielen Krankenhäusern haben gezeigt, daß man dort nicht auf das endgültige Datenmaterial aus der Abteilung Sozialpolitik beim DGB-Bundesvorstand warten will. Besser als Konzertierte Nichtstun wäre allemal gewerkschaftliche Aktion. Da dürfte der DGB auch mehr Vertreter hinschicken als in die Bonner Runde.

inhalt

dg 4/88

dg-Report

Pst! Schweigepflicht
Datenschutz im Krankenhaus 12

Satire

Herztransaktion 18

Umwelt

Mit Rebellen
Symposion über die Wirkung
niedriger Strahlendosen 24

Historisches

Unter dem großen Jesuswort
Bericht einer Zwangssterilisierten 26

KZ-Traumen
Die Auschwitz-Hefte der
„Przeglad Lekarski“ 32

Ethik

Zyniker im Ärzteblatt 28

Aktuelle Gesundheits- politik

Mit Gips ins Büro
Teilarbeitsfähigkeit soll Kosten
senken 29

Back to the Sixties
Kahlschlag im Landschaftsverband
Rheinland 34

Gewerkschaft

35-Stunden-Woche
Vorgewarnt 30

Dokumente

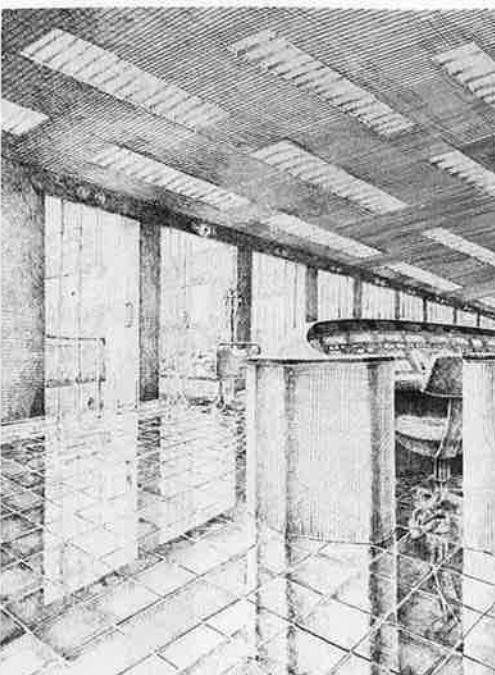
Die Finanzierung der Versorgung
Pflegebedürftiger
Daten zur Gesundheits- und
Sozialpolitik 18

Einplanung des Gesundheits-
wesens für Verteidigungsbelange 22

Fallpauschalen
Ein Preissystem für Krankenhaus-
leistungen?
Von Erich Standfest 23

Rubriken

Aktuelles 6
Termine / Anzeigen 9
Buchkritik 36
Comic 38
Wir über uns 39



**Herr Mustermann muß ins
Krankenhaus. Wenn er
wieder nach Hause kann,
bleibt eine kleine Mustermann-
kopie mit seinen
Daten zurück. Walter Popp
hat ihn auf seiner Reise
durch den Datenschungel
begleitet.** Seite 12



**Neue Berechnungen über die atomare Strahlung in Hiroshima
haben ergeben, daß die Wirkung niedrigdosierter Strahlung bisher
wesentlich unterschätzt worden ist. In Münster diskutierten jetzt
die Experten.** Seite 24



**Frau X wurde 1936 im Alter
von 19 Jahren in Bethel
eingeliefert. Sie war angeblich schizophren. Wenige
Monate später sterilisierte man sie – ohne ihr
Wissen, ohne ihre Einwilligung. Sie berichtet auf
Seite 26.**

80% unserer Abos werden von Leserinnen und Lesern geworben



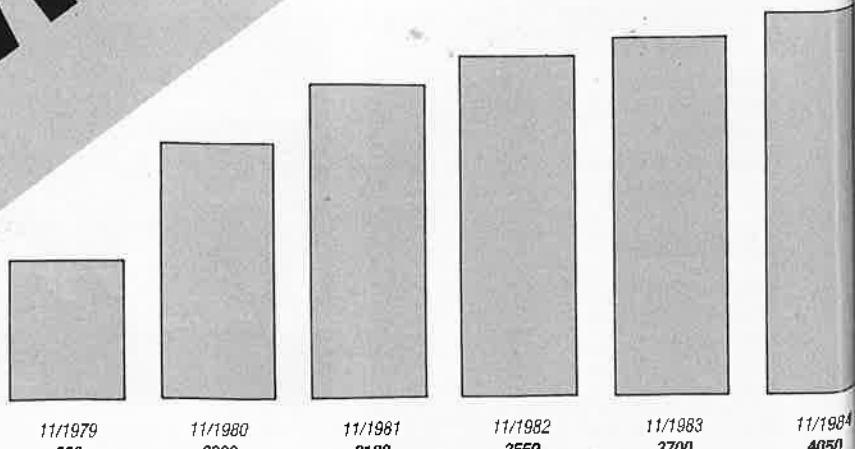
Iris Hoffmann

38 Jahre
Anästhesieschwester,
BG-Unfallklinik, Duisburg,
Vorsitzende des ÖTV-Vertrauens-
leutekörpers:

„Ich habe dg von Anfang an abonniert. Ich bin im großen und ganzen zufrieden. Ich kann für die Arbeit in der Klinik einiges an Informationen rausziehen. Für mich ist es wichtig zu wissen, was in den anderen Häusern läuft. Einen Abonnenten habe ich bisher noch nicht geworben. Das ist wohl mehr Gedankenlosigkeit gewesen. Ich nehme die Zeitschrift mit zur Station und bin eigentlich schon froh, wenn andere Kollegen dg auch lesen. Ich habe nicht daran geglaubt, daß die Zeitschrift auch einmal wirtschaftliche Probleme haben könnte. Ärger mit den Standesorganisationen habe ich da eher erwartet. Der Gedanke ist mir gar nicht gekommen, daß ich als dg-Leser für die Abo-Werbung wichtig sein könnte.“

Es sind leider häufig freundliche Vorurteile über uns, die dg langfristig zu schaffen machen. Wir brauchen nicht nur zufriedene, sondern vor allem aktive Leser. Neue dg-Abonnenten werden in 80 von 100 Fällen von den jetzigen Beziehern der Zeitschrift geworben. Denken Sie daran, auch wenn Sie bisher nicht zu den Werbern gehörten.

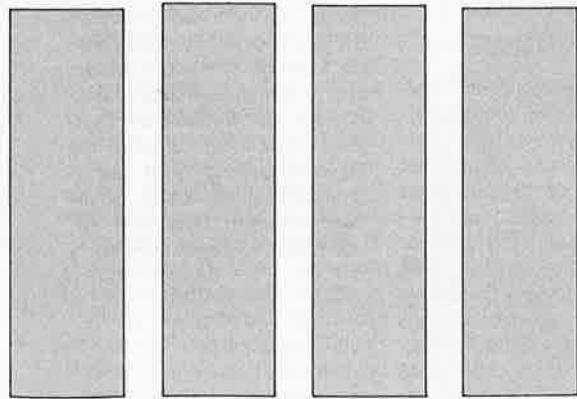
Wir brauchen



500 Neue

dg-Abonnentenentwicklung

Sie sehen, bis Ende 1984 ging es deutlich aufwärts: pro Jahr mehrere hundert zusätzliche Abonnentinnen und Abonnenten. Ab 1985 verlangsamte sich das Wachstum von dg deutlich. Seit 1986 muß man von Stagnation reden, und das können wir uns leider nicht leisten.



7000 Abonnenten braucht eine Zeitschrift wie dg, um ihr Erscheinen zu finanzieren:
Für ein Büro und zwei Hauptamtliche.

Wenn alle anderen Redakteure umsonst arbeiten.

Wenn Spesen nicht erstattet werden.

Wenn sparsam gewirtschaftet wird.

Wenn dg weiter monatlich erscheinen, und der Abo-Preis auch für Lernschwestern und PJ-Ärzte bezahlbar bleiben soll.

Wenn Anzeigenkunden nicht in Inhalt und Aussagen hineinreden sollen.

Wenn Pharma-Werbung außen vor bleibt.

4213 Abonnenten hatte dg am 1. 3. 1988. Ziemlich viele für eine politische Zeitschrift ohne professionelle Werbung. Zuwenig, um langfristig überleben zu können.

500 Neuabonnenten braucht dg als ersten Schritt bis Ende 1988, um seinen Fortbestand zu sichern. Auch wenn Sie es nicht wußten: 80 Prozent der Neuabonnenten werden durch unsere jetzigen Leser geworben. Es liegt also auch an Ihnen, daß die einzige linke Monatszeitschrift im Gesundheitswesen erhalten bleibt.

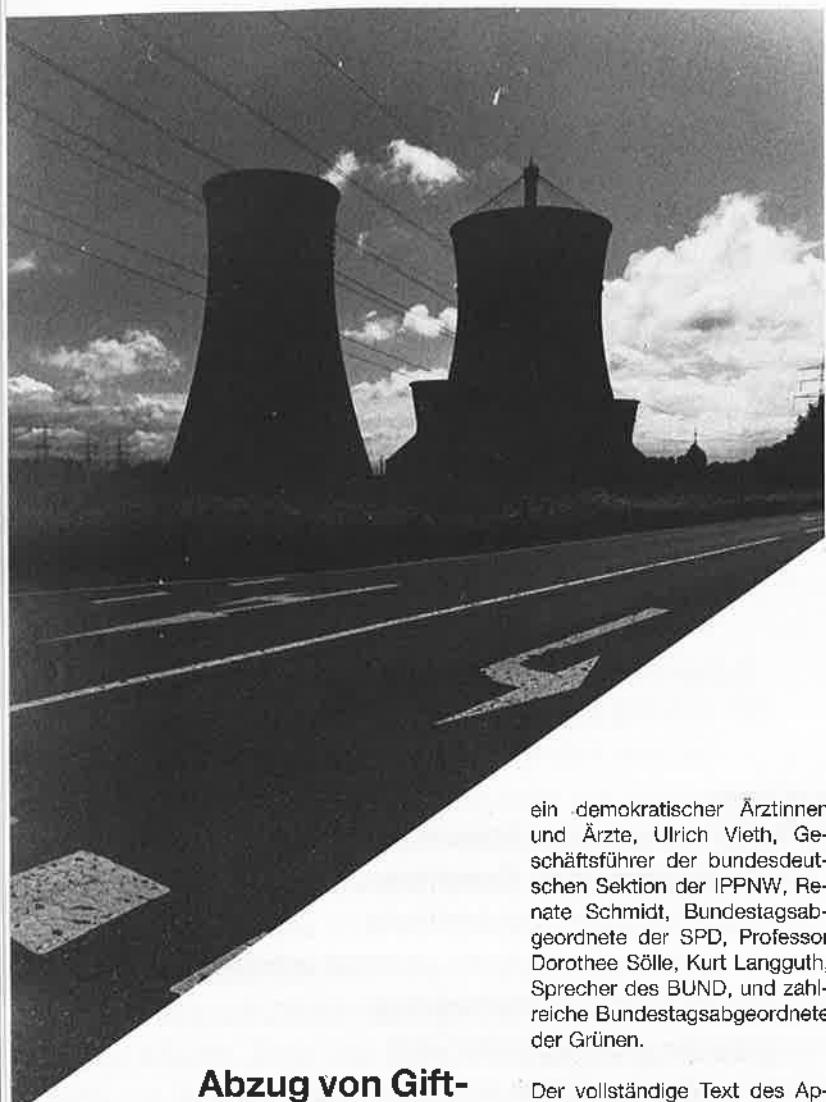


Foto: Linie 4

Abzug von Giftgas gefordert

Den sofortigen Abzug der in der Bundesrepublik gelagerten Bestände chemischer Kampfstoffe der US-Streitkräfte hat jetzt der Bundesverband gegen Giftgas e.V. gefordert. Gleichzeitig veröffentlichte der Verband eine Liste mit 36 Orten, an denen C-Waffen gelagert sind. In einem an die Bundesregierung und die Regierung der Vereinigten Staaten von Amerika gerichteten Appell heißt es: „Die teilweise Jahrzehntealten C-Waffen befinden sich im Zustand der Zersetzung und Verrottung. Die davon ausgehende tödliche Gefahr für die Zivilbevölkerung übertrifft jedes menschliche Vorstellungsvermögen. Noch nie in der Geschichte der Menschheit war die Bevölkerung eines ganzen Landes derartig durch chemische Massenvernichtungsmittel bedroht.“

Der Appell wurde von zahlreichen Persönlichkeiten aus der Bundesrepublik unterzeichnet, unter ihnen Winfried Beck, Ver-

ein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, Ulrich Vieth, Geschäftsführer der bundesdeutschen Sektion der IPPNW, Renate Schmidt, Bundestagsabgeordnete der SPD, Professor Dorothee Sölle, Kurt Langguth, Sprecher des BUND, und zahlreiche Bundestagsabgeordnete der Grünen.

Der vollständige Text des Appells kann angefordert werden beim Bundesverband gegen Giftgas, c/o Waldemar Stadherr, Postfach 2704, 6780 Pirmasens.

Gegen HIV-Test bei Schwan-geren

Der Deutsche Ärztinnenbund hat sich dagegen ausgesprochen, den HIV-Test fest in die Schwangeren-Vorsorgeuntersuchung einzubauen. Die Ärztinnen erklärten in ihrem Mitteilungsblatt „Ärztin“, daß es sich nur um freiwillige Tests handeln könne. Eine Testpflicht solle sich höchstens auf Frauen aus Risikogruppen beschränken. Bei allen anderen solle der Arzt die Frage nach einer möglichen Gefährdung durch den Partner oder durch eigene Sexualkontakte „im vertraulichen Gespräch“ klären.

Radioaktive Grundbelastung wie in den 60ern

Die heutige radioaktive Grundbelastung liegt heute etwa so hoch wie zur Zeit der Atombombenversuche in der Atmosphäre in den sechziger Jahren. Dies teilte der Informationsdienst der Unabhängigen Strahlenmeßstelle Berlin, das „Strahlentelex“, mit. Zwar ergaben die Messungen der meisten Lebensmittel heute kaum Werte über fünf Becquerel pro Kilogramm. Doch die Erleichterung darüber führt zu falschen Deutungen. Es sei nur der Praxis des Mischens von hoch- und niedrigbelasteten Lebensmitteln zur Vermeidung von Spitzenwerten zuzuschreiben. Dies aber führt zur breiteren Verteilung der Radioaktivität, der ständigen Wiedereinführung in die Nahrungskette und damit zu einer Verlängerung des Zeitraums erhöhter Belastungen. Dem Gesundheitsschutz sei besser damit gedient, wenn höher radioaktiv verseuchte Lebensmittel aus dem Verkehr gezogen und endgelagert würden.

In den sechziger Jahren hatten die radioaktiven Belastungen der Bevölkerung zu weltweiten Protesten geführt, die schließlich 1963 zum sogenannten Atomteststoppabkommen führten. Darin hatten sich die USA und die UdSSR verpflichtet, nur noch unterirdische Versuche vorzunehmen, die eine bestimmte Sprengkraft nicht übersteigen sollten. Wie das „Strahlentelex“ erklärte, war erst Ende der siebziger, Anfang der achtziger Jahre die Belastung der meisten Lebensmittel wieder unter ein Becquerel pro Kilogramm gesunken.

Vergütungsanspruch bei Überstunden

Leistet ein Assistenzarzt Überstunden, die nicht von der Verwaltung, sondern nur vom Chefarzt der Abteilung angeordnet wurden, hat der Assistenzarzt gleichwohl Anspruch auf Bezahlung dieser Überstunden. Auf ein entsprechendes Urteil des Düsseldorfer Landesarbeitsgerichts, das vor kurzem ergangen ist, wies jetzt der Marburger Bund hin. (AZ 9 Sa 1231/87)

Gerangel um Arzt im Praktikum

Scharfe Kritik von allen Seiten hat sich das Bundesgesundheitsministerium für seine AiP-Politik zugezogen. Nachdem im Januar verlautete, daß die AiP-Phase auf 12 Monate verkürzt werden sollte, hatten sich vier Bundesländer von der geplanten Praxisphase distanziert. Das Saarland und Hamburg forderten die Bundesregierung auf, von der Regelung „Arzt im Praktikum“ Abstand zu nehmen. Während die saarländische Gesundheitsministerin, Brunhilde Peter (SPD), vor allem kritisierte, daß nicht genügend Stellen vorhanden seien und keine Kostenneutralität gewährleistet sei, monierten in Hamburg Gesundheitssenatorin Christine Maring (SPD) sowie Chefärzte, Gewerkschafter und Fachschaftsrat Inhaltliches: Der AiP werde nachteilige Konsequenzen für Patienten, Studierende und Beschäftigte haben.

In Schleswig-Holstein und Niedersachsen zeigen sich vorerst die Ärztekammern aus der Planung für den AiP zurück. Mit der Verkürzung werde all das, was man trotz vieler Nachteile für vorteilhaft am AiP hielt, nicht mehr erreicht. „Wir werden schlicht nicht mehr mitmachen“, erklärte der Hauptgeschäftsführer der ÄK Schleswig-Holsteins, Karl-Werner Ratschko.

Auch der hessische Sozialminister, Karl Heinrich Trageser (CDU), räumte Schwierigkeiten mit dem AiP ein. Es sei nicht vorauszusehen, ob und wie das Modell umgesetzt werden könnte.

Scharf kritisiert hat auch die Bundesärztekammer den neuartlichen Meinungswechsel der Bundesregierung zur Praxisphase, die nur nach Auskunft der zuständigen Staatssekretärin, Marlene Schleicher, wieder auf 18 Monate verlängert werden soll. Der Vorstand der Bundesärztekammer forderte die Bundesregierung jetzt nachdrücklich auf, zu erklären, ob die Bestimmungen über den AiP überhaupt vollzogen werden.

Arzthelferinnen: Gegen Samstagsarbeit

Der Bundesverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen will eine Änderung des Manteltarifvertrags und eine höhere Dotierung für Samstagsarbeit, wenn es künftig generell zu Samstagsprechstunden bei niedergelassenen Ärzten kommen wird. Dies kündigte die Vorsitzende des Verbands, Gudrun Klöß, gegenüber der „Ärzte-Zeitung“ an. Dies werde unter Umständen notwendig, weil nach dem neuen einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) Samstagsarbeit für Ärzte attraktiv geworden sei. Den Helferinnen dagegen muß nach dem geltenden Manteltarifvertrag kein Zuschlag für Samstagsarbeit gezahlt werden, wenn sie insgesamt nicht mehr als durchschnittlich 40 Stunden pro Woche arbeiten.

Robert Jungk angeklagt

Der österreichische Zukunftsforscher und Kernkraftgegner Robert Jungk ist wegen Landfriedensbruch und Aufrufen zu Gewalttaten angeklagt worden. Jungk habe mit seinen Äußerungen „Macht kaputt, was Euch kaputt macht“ und „Gewaltfrei oder militant, Hauptache Widerstand“ auf einer Demonstration am 8. November 1986 in Hanau zu Straftaten ermuntert, wie der Hanauer Oberstaatsanwalt Ort erklärte. Die Hauptverhandlung gegen Jungk ist für diesen Monat angesetzt.

Patentschutz für Gentec-Tiere?

Am 3. Februar hat vor dem Rechtsausschuß des Bundestags eine Anhörung zu Fragen des Patent- und Sortenschutzes für gentechnologische Produkte und Verfahren stattgefunden. Vertreter des Patentamts, des Max-Planck-Instituts und des Verbands der chemischen Industrie plädierten dabei für eine gesetzliche Verankerung des Patentschutzes auf gentechnisch veränderte Tiere und Pflanzen. Das derzeitige Patentrecht schließt eine Patentierung von höheren Lebewesen aus.

Aachen: Alle sauber?

Und – Im Aachener Klinikum sind Tausende von Menschen – Patienten und Beschäftigte – auf HIV-Antikörper getestet worden. Man hatte Angst vor feuchter Aussprache

Wer als Patient ins Aachener Großklinikum geht, muß sich auf einiges gefaßt machen. In einem Merkblatt für Patienten über Blutuntersuchungen zur Krankheitserkennung – Mitautor ist der Gauweiler-Berater G. Frösner – muß sie oder er gleich eine Einwilligungserklärung für einen HIV-Test abgeben. Wird diese verweigert, so werde man wie folgt verfahren: „Patienten, die einen Aids-Test verweigern, müssen schon in ihrem eigenen Interesse zum Schutz gegen Infektionsgefahren unter Umständen so behandelt werden, wie wenn eine Aids-Infektion nachgewiesen wäre.“

Was das konkret bedeutet, läßt sich in einem Aushang des Ärztlichen Direktors, Dr. H. Jung, und des Verwaltungsdirektors, D. Klimpe, nachlesen: HIV-positive Patienten sollen nicht mit anderen Patienten zusammengelegt werden. Nach größeren Operationen, Eingriffen und Entbindungen seien sie zu isolieren. Und zwar richtig: Selbst der Transport dürfe nur einzeln erfolgen – „auch in Aufzügen“. Sie müssen eigene Toiletten benutzen und bekom-

men „grundsätzlich nur Einmalmaterial“ als Geschirr – außer es gibt eine gesonderte Geschirrspülmaschine.

Doch so ganz klappt das perfid-perfekte System noch nicht. Nach Auskunft der Fachschaft Medizin der Universität Aachen wird bisher wahllos getestet, mal gefragt, mal ungefragt, mal mit Aufklärung über die Bedeutung eines Tests, mal ohne. Und da hält man es auch mit dem Datenschutz nicht so genau: Studenten eines Chemiepraktikums konnten bei einer Führung durch das Zentrallabor eine DIN A 2 große handgeschriebene Liste bewundern, auf der Namen von Patienten mit dem Vermerk „positiv“ zu lesen waren. Auf Nachfrage bestätigte sich ihr Verdacht: Es handelte sich um Hepatitis- und HIV-Positive. Immerhin verschwand die Liste einige Tage später, als die Studenten Protest einlegten.

In solch einem sauberen Haus muß natürlich auch das Personal „sauber“ sein. Deshalb wird grundsätzlich vor Einstellung, auch der PJler, getestet. Beim Wissenschaftsministerium von

Nordrhein-Westfalen fand man das alles nicht so schlimm, denn bisher hätten sich doch alle „freiwillig dem HIV-Test unterzogen“, wie er der Fachschaft Medizin antwortete. Und wenn einer dann doch mal positiv wäre, so sei „keineswegs geplant, ihn vom weiteren Studium ... auszuschließen“.

Das allerdings haben Studenten von Hochschularzt Dr. Waterlooh anders gehört. Er hatte einige, die den Test verweigern wollten, damit gedroht, daß sie darin eben nicht in die Chirurgie kämen – ein für den Studienabschluß notwendiger Abschnitt des PJs. Die Notwendigkeit des „HTLV-III-Tests“, so Waterlooh und der Dekan der Medizinischen Fakultät in einem Schreiben an den Rektor, ergäbe sich daraus, daß von Infizierten Ansteckungsgefahr ausgehe, „beispielsweise durch feuchte Aussprache“.

Einige andere Studentinnen und Studenten wurden erst gar nicht informiert, bevor Dr. Waterlooh den HIV-Test anordnete. Allein im letzten Jahr waren es mindestens 30, nämlich die, die jetzt an die Öffentlichkeit gingen. Eine von ihnen, Sigrun Thaden, entschloß sich jetzt zur Klage wegen Körperverletzung. Auf den Ausgang des Prozesses darf man gespannt sein.

„Haarsträubend“ jedenfalls lautete das Urteil der Bundestagsabgeordneten und Ärztin Heike Wims-Kegel (Die Grünen), die über die Vorgänge in Aachen in einer Pressekonferenz informierte. Unterstützung findet Sigrun Thaden mit ihrer Klage auch bei rund 100 Ärztinnen und Ärzten aus dem Raum Aachen, die die Patienten- und Einstellungstests für unsinnig erklärten.

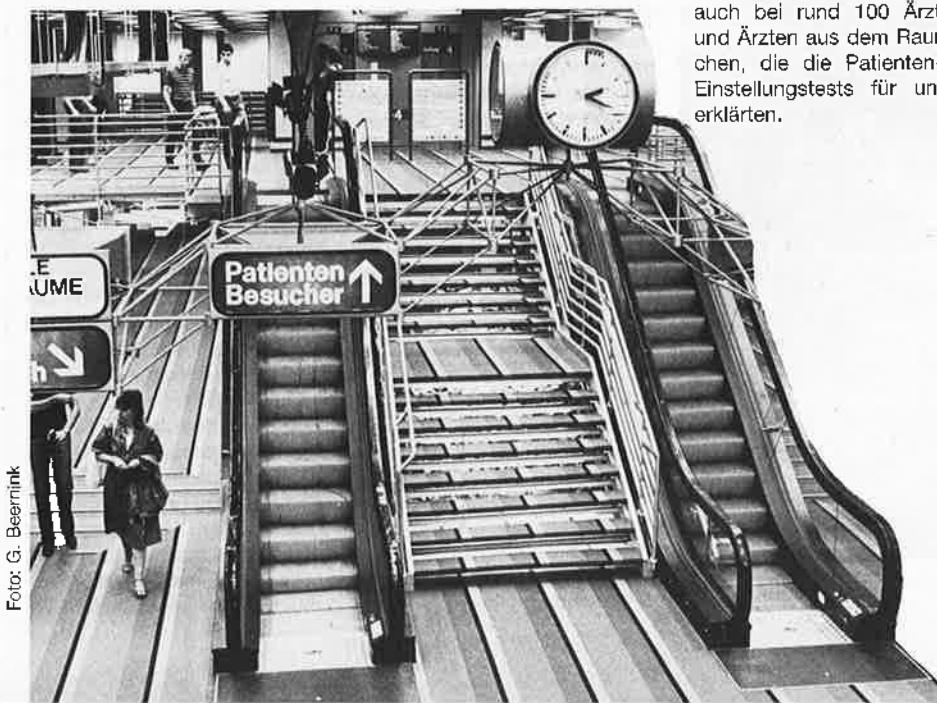


Foto: G.

Heilberufsgesetz in NRW: Entrümpelung

ma – Für Aufregung in der Ärzteschaft sorgte die Landesregierung von Nordrhein-Westfalen. Die konservative Mehrheit fürchtet die Entmachtung der Kammern

Die Aufregung wundert nicht, denn das Heilberufsgesetz ist gesetzliche Grundlage der Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerkammern. Außerdem werden in ihm die Weiterbildung in diesen Berufen sowie die Berufsgerichtsbarkeit geregelt. Von den oppositionellen Listen, die mittlerweile in allen Kammern vertreten sind, werden allerdings die wesentlichen Absichten dieser Novelle begrüßt.

Gerade im Wahlrecht, das bislang die konservativen Standesorganisationen bevorzugte, soll eine kräftige Entrümpelung stattfinden. Relikte der fünfziger Jahre, wie die Vorschrift, daß für eine Kandidatenliste eineinhalbmal so viele Kandidaten benannt werden müssen, wie überhaupt Sitze zu vergeben sind, werden nach dem Entwurf der Vergangenheit angehören.

Die Ausschüsse in den Kammern und die Delegationen zu den „Beschlußgremien auf Bundesebene“, womit vorsichtig Ärzte- und Apothekertage umschrieben werden, sollen in ihrer Zusammensetzung das Wahlergebnis widerspiegeln. Bislang waren Vertreter der Opposition bis auf einige Ausnahmen, trotz Sitzen in der Ärztekammer, vom Ärztetag ausgeschlossen gewesen. Was in Parlamenten gang und gäbe ist, wird nun auch nach dem Entwurf in den Kamversammlungen möglich: die Bildung von Fraktionen. Wer das für überflüssig hält, mag sich vor Augen halten, daß in der Kam-

mersammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe zum Beispiel die Delegierten nach dem Alphabet angeordnet sitzen.

Die konservative Mehrheit der Standesvertreter sieht in dem vorliegenden Gesetzentwurf die Entmachtung der Kammern. Ihre Kritik richtet sich vor allem gegen die geplante Streichung des Paragraphen 5 c, nach dem es zu den Aufgaben der Kammern gehört, die „beruflichen Belange der Kammerangehörigen“ zu vertreten. Dabei trieb die Vertretung der „beruflichen Belange“ solche Blüten wie den gemeinsamen Aufruf der Zahnärztekammer und des Freien Verbandes der Zahnärzte zum Streik im vergangenen Jahr. Die Landesregierung begründet die geplante Streichung des Paragraphen denn auch damit, daß – siehe oben – einige Kammern immer wieder Stellungnahmen ohne gesetzliche Grundlagen abgegeben hätten. dg wird in der nächsten Ausgabe ein Gutachten des Rechtswissenschaftlers Professor Gerhard Stuby dokumentieren, in dem er auch ausführlich zum Paragraphen 5 c Stellung bezieht.

Doch auch die oppositionellen Listen sind für eine Beibehaltung der bisherigen Regelung, da sie für ein allgemeines sozial- und gesundheitspolitisches Mandat eintreten. Sie hielten beispielsweise eine klare Stellungnahme der Kammern zu den medizinischen Folgen der Reaktorkatastrophe in Tschernobyl für erforderlich. Statt dessen war damals eine gemeinsame Anzeige von Bundesärztekammerpräsident Villmar und der stromerzeugenden Industrie veröffentlicht worden. Ein weiteres Manko des Gesetzesvorhabens sieht die Opposition in der fehlenden Legalisierung der Teilzeitweiterbildung. Aufgrund der heutigen Arbeitsmarktsituation wäre dies tatsächlich dringend notwendig, wenn diese Art der Weiterbildung nicht wie bisher von der gnädigen Genehmigung durch die Kammern abhängig bleiben soll.

Bis Ende des Jahres will die Landesregierung das Gesetz durch den Landtag verabschieden lassen. Für die oppositionellen Listen wird dann – bei aller Kritik – an Stelle der politischen „Ausnahmesituation“ ein Stück Normalität entstehen.

Nachfolger von Asmus Finzen angetreten

Nachfolger des ehemaligen ärztlichen Direktors am Landeskrankenhaus Wunstorf, Professor Asmus Finzen, ist Medizindirektor Andreas Spengler, ehemals Universitätsklinik Eppendorf in Hamburg, geworden. Spenglers Schwerpunkte liegen auf den Bereichen Sexualpsychiatrie, der Notfallpsychiatrie und dem Feld der epidemiologischen und praktischen Versorgungsprobleme, wie das niedersächsische Sozialministerium mitteilte. Spengler, der Mitglied der Hamburger Gesellschaft für soziale Psychiatrie ist, gilt dort als „rechts außen“.

Mitgliederversammlung der IPPNW

Am 20. und 21. Februar haben sich in Mainz rund 200 Mitglieder der IPPNW zur jährlichen Mitgliederversammlung getroffen. Wichtiger Gegenstand der Diskussion war die künftige Verbandsstruktur, über die es bereits im Vorfeld einige Auseinandersetzungen gegeben hatte. Ein Vorschlag war dabei gewesen, ein Delegiertenystem einzuführen. Die Mitgliederversammlung beschloß jedoch, alles beim alten zu lassen.

In den neuen Vorstand der Anti-Atom-Ärzte wurden die Professoren Gottstein (Frankfurt), Richter (Gießen) und Themi (Karlsruhe) sowie die Psychiaterin Müller-Belkoff aus Stückenbrok gewählt. Der neue Beirat besteht aus acht Mitgliedern, darunter dg-Redakteur Walter Popp. Künftige Arbeitsschwerpunkte sollen die Kampagne für einen Atomwaffenteststopp, die Aufklärung über Kurzstreckenwaffen, die in der Bundesrepublik gelagerten chemischen Waffen wie die zunehmende militärische Kooperation mit Frankreich sein.



Wer soll Ausbildung zahlen?

Ein heftiger Streit zwischen den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung und den Gesundheitsministern der Bundesländer ist darüber ausgebrochen, wer die Kosten des theoretischen Teils der Ausbildung in den nichtärztlichen Berufen des Gesundheitswesens zu tragen habe. Während die Länder die weitere Finanzierung über die Pflegesätze, also über die Krankenkassen, fordern, wollen die Kassenverbände die Ausbildungskosten von den Ländern gezahlt sehen. Sie lehnen eine Initiative des Bundesrats, die Krankenkassen mit den rund 250 Millionen Mark, die jährlich anfallen, dauerhaft zu belasten, strikt ab. Ausbildungskosten fielen unter Ländersachen, argumentieren die Kassen.

UdSSR: Neues Psychiatriegesetz

Am 1. März ist in der Sowjetunion ein neues Psychiatriegesetz in Kraft getreten, das die Rechte psychisch Kranke erweitern soll, wie die Nachrichtenagentur adn mitteilte. Das Gesetz legt fest, daß die örtlichen Machtorgane zuständig für die Gewährleistung der Rechte sind; dazu gehörten unter anderem eine strenge Einschränkung der Zwangseinweisung – sie soll nur möglich sein, wenn der Betreffende eine physische Gefahr für sich oder andere darstellt –, die Pflicht einer monatlichen Kontrolle der Zwangseinweisung durch eine unabhängige Kommission und das Recht der Anfechtung vor Gericht. Allein in Moskau sollen nach Information von adn in den nächsten zwei Jahren voraussichtlich rund 50 000 Kranke wieder für mündig erklärt und in das normale gesellschaftliche Leben eingegliedert werden.

Darüber hinaus sollen Personen, die bisher nach einer Verurteilung wegen „gesellschaftlich gefährlicher Taten“ in „speziellen Krankenhäusern des Ministeriums des Innern“ zwangseingewiesen waren, erneut untersucht werden mit dem Ziel der Straferlassung und Einweisung in normale Krankenhäuser. Die Kliniken des Innenministeriums sollen nach dem neuen Gesetz gänzlich an das Gesundheitswesen übergeben werden. (Wir möchten an dieser Stelle auf einen Bericht aus der sowjetischen Psychiatrie aufmerksam machen, den wir im Dokumententeil der kommenden Nummer abdrucken werden.)

steriums sollen nach dem neuen Gesetz gänzlich an das Gesundheitswesen übergeben werden. (Wir möchten an dieser Stelle auf einen Bericht aus der sowjetischen Psychiatrie aufmerksam machen, den wir im Dokumententeil der kommenden Nummer abdrucken werden.)

Härteregelungen für NS-Opfer beschlossen

Am 24. Februar hat der Innenausschuß des Bundestags „Richtlinien für Härteregelungen“ für Opfer des Nationalsozialismus beschlossen, gegen die die Verfolgtenverbände bereits im Vorfeld eindringlich Stellung bezogen hatten. Statt der von den Verbänden geforderten Mitbestimmung in einem Beirat für die Vergabe von Leistungen haben die Koalitionsfraktionen einen Unterausschuß des Parlaments eingesetzt, der keine eigenen Weisungsrechte hat. Die Aufsicht über die Abwicklung des Härtefonds wird das Bundesfinanzministerium führen. Abgelehnt wurde die von den Grünen und der SPD geforderte Verankerung eines Rechtsanspruchs für Leistungen aus dem Härtefonds. Ausgeschlossen von den Entschädigungen wurden alle ausländischen Verfolgten und alle Kommunisten. Eine erhaltene Sozialhilfe wird voll auf Leistungen aus dem Härtefonds angerechnet.



Antje Vollmer (Die Grünen) bewertete die Richtlinien als „großes Täuschungsmanöver“. Man müsse davon ausgehen, daß die beschlossenen zusätzlichen Mittel von 300 Millionen Mark gar nicht ausgegeben werden sollten, sondern als Rücküberweisung von nicht ausgeschöpften Geldern wieder zurück in die Kassen des Finanzministeriums gingen.

Am Donnerstag, dem 11. Februar 1988, haben sich zwischen Zentralbibliothek und dem Baugelände der lange geplanten neuen Mensa rund 250 Studenten und Vertreter des Rektorats der Medizinischen Universität zu Lübeck (MUL) zu einer „Trauerfeier“ eingefunden. Anlaß war, daß die seit 26 Jahren geplante neue Mensa immer noch nicht gebaut ist.

Bereits aus dem Jahre 1962 datieren die Pläne für den Bau der Mensa, die zusammen mit der neuen Fachhochschule errichtet werden sollte. Sechs Jahre später gab es zwar eine Fachhochschule, aber die Mensa fiel unter den Tisch. 1972 wurde sie erneut geplant – mit Zustimmung des Finanzministeriums. Die Fertigstellung sollte 1980 oder 1981 erfolgen, wie das Kultusministerium 1976 zusicherte. 1979 wurde dann der Baubeginn (!) „definitiv“ auf 1980 festgelegt, das Jahr, in dem die Verantwortlichen die gesamte Planung stoppten.

Damit war dann erst einmal Schweigen im Walde, bis 1986 die Lübecker Studenten einen provisorischen Grundstein legten, denn wieder einmal begann man zu planen: 1987 sollten die Ausschreibungen beginnen. Ein Modell vom Landesbauamt war erstellt worden, und die Bundesregierung hatte ihre 50 Prozent der Baukosten zugesagt. Doch aus dem Landeshaushaltspol für 1988 war der Posten Mensa mittlerweile ganz gestrichen.

Das jedoch ist nur die Spitze des Eisbergs. Die Universität Lübeck wird systematisch von der Kieler Landesregierung benachteiligt. So sieht der Stellen schlüssel, der bundesweit für Krankenhäuser 2,6 Stellen pro Patient beträgt, in Lübeck nur 2,0 Stellen vor. Das bedeutet, daß rund 600 Stellen geschaffen werden müßten, um „Bundesniveau“ zu erreichen. Doch seit einigen Wochen gab es in Lübeck einen Einstellungs stopp. Frei werdende Stellen durften nicht oder nur in Ausnahmefällen wieder besetzt werden, und zwar so lange, bis 95,5 Stellen, die zwar besetzt, aber nicht vom Landtag genehmigt wurden, wieder abgebaut waren.

In anderen Universitätsstädten sind die Hochschulbibliotheken in der Regel von 8 bis 21 Uhr geöffnet. In Lübeck ist auch das

Lübeck: Trauerspiel

Lübecker Medizinstudenten fühlen sich systematisch von der Landesregierung Schleswig-Holsteins benachteiligt. Alljährliche Versprechungen werden alljährlich nicht eingehalten. Jetzt gibt es Protest. Und zum Wahlkampf neue Versprechungen

ganz anders. Hier kann nur von 9 bis 18 Uhr gelesen werden, ab 17 Uhr halten studentische Hilfskräfte den Betrieb aufrecht. Bücher liegen bis zu zwei Jahren im Keller, können nicht ausgepackt und eingesortiert werden, da dazu das Personal fehlt.

Anfang März tauchte nun Kultusminister Bendixen im Senat auf. Und alles ward ganz neu. Wieder einmal ist der Mensabau versprochen, eine weitere Bibliotheksstelle soll eingerichtet werden, und von den 95,5 Stellen seien nun 57 im nachhinein genehmigt worden. Außerdem versprach er 50 weitere Stellen, wenn der erste Bauabschnitt des Zentralklinikums beendet ist. Mal sehen, was von den Wahlversprechungen übrigbleibt. Nach dem 8. Mai ist sowieso wieder alles ganz anders.

Ingo Meeßen

Ingo Meeßen ist Mitglied des ASTA der Medizinischen Universität zu Lübeck



Lübecker Studenten begruben im Februar ihre Mensa

termine

„

Betr.:
125 Jahre BAYER
Aktionärsversammlung
am 22. Juni in Köln

BAYER sorgt
für den
Umweltschutz,
und
die Erde ist
eine Scheibe.

125 Jahre BAYER —
125 Jahre Umweltverschmutzung
und Menschengefährdung

Denn das Geld bestimmt
das Handeln der Konzerne
und Banken. Umweltschutz
und sichere Arbeitsplätze sind
nicht so wichtig.

Übertragen Sie deshalb nicht
Ihrer Bank, sondern uns, den

Kritischen
BAYER-Aktionären,
die Stimmrechte Ihrer BAYER-
Aktien.

Sprechen Sie mit Ihrer Bank
und senden Sie Ihre Vollmacht
ein an:

Verein Kritischer Aktionäre e.V.
Professor-Neeb-Str. 24
6501 Saarbrücken

Oder noch besser:
Kommen Sie persönlich am
22. Juni 1988 nach Köln zur
Hauptversammlung.

Gemeinsam
erreichen wir mehr.

Weitere
Informationen
können Sie gern
bei uns anfordern.

“

8. – 10. 4.

**Bielefeld
und Schelklingen-Hausen
bei Ulm**

Seminare „Kein Pharma-Müll
für niemand – Für eine rationale
und durchschaubare Arzneimit-
telpolitik!“
Kontakt: BUKO-Pharmakam-
pagne, August-Bebel-Str. 62,
4800 Bielefeld 1, Tel. (0521)
60550.

12. – 14. 4.

Iserlohn

„Irrtum ist menschlich“ – Exper-
tengespräch zur Lage der
Psychiatrie in Deutschland
Kontakt: Evangelische Akade-
mie Iserlohn, Berliner Platz 12,
5860 Iserlohn, Tel. (02371)
35240/47.

13. 4.

Iserlohn

Akademieforum: Kranksein im
Krankenhaus
Kontakt: Evangelische Akade-
mie Iserlohn, Berliner Platz 12,
5860 Iserlohn, Tel. (02371)
35240/47.

13. 4.

Bremen

Tagung: Krankenpflege – Beruf
ohne Lobby? Kontakt: SPD
Landesorganisation + Bremen,
Findorffstr. 108, 2800 Bremen.

15. – 17. 4.

Fulda

BBU-Aktionskonferenz: Pluton-
ium – Einstieg in den Atom-
staat
Kontakt: Bundesverband Bü-
gerinitiativen Umweltschutz
(BBU), Friedrich-Ebert-Allee
120, 5300 Bonn 1, Tel. (0228)
233099.

18. 4.

Attendorn

Beginn einer zweijährigen be-
rufsbegleitenden sozialthera-
peutischen Zusatzqualifikation
für Mitarbeiter aus Einrichtun-
gen der Alkohol- und Drogenar-
beit
Kontakt: Landschaftsverband
Westfalen-Lippe, Koordina-
tionsstelle für Drogenfragen
und Fortbildung, Warendorfer
Straße 24, 4400 Münster, Tel.
(0251) 5913838.

19. 4.

Frankfurt

Seminar: Mein Arbeitsplatz ist
das Altenheim – Arbeitsbedin-
gungen und Arbeitsschutz
Kontakt: Berufsbildungs-
werk FZBA, Gutleutstraße 169-
171, 6000 Frankfurt/Main 1, Tel.
(069) 23509192.

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. (06151)
403348.

25. – 29. 4.

Darmstadt

Seminar: „Rechte alter Men-
schen – Rechte der Helfer“
Kontakt: Abteilung Fort- und
Weiterbildung Elisabethenstift
Darmstadt, Stiftstraße 14, 6100
Darmstadt, Tel. (06151)
403348.

27. 4.

Iserlohn

Akademieforum: Der Patient im
Umfeld einer Operation. Die pe-
rioperative Situation
Kontakt: Evangelische Akade-
mie Iserlohn, Berliner Platz 12,
5860 Iserlohn, Tel. (02371)
35240/47.

29. 4.

Frankfurt

Seminar: Pflegesatzrichtlinien/
Pflegeschlüssel – Was hat mei-
ne Vergütung mit dem Pflege-
satz zu tun?
Kontakt: Berufsbildungs-
werk FZBA, Gutleutstraße 169-
171, 6000 Frankfurt/Main 1, Tel.
(069) 23509192.

29. 4. – 1. 5.

Loccum

Seminar: Umweltinformationen
und Umweltberichterstattung
Kontakt: Evangelische Akade-
mie Loccum, 3056 Rehburg-
Loccum, Tel. (05766) 810.

6. – 7. 5.

Konstanz/Bodensee

7. Tagung der Deutschen Ge-
sellschaft für Suchtforschung
und Suchttherapie. Thema:
Rückfall und Rückfallprävention
Kontakt: Dr. Hans Watzl, Uni-
versität Konstanz, Fachgruppe
Psychologie, Postfach 5560,
7750 Konstanz/Bodensee.

6. – 8. 5.

Loccum

Tagung: „Jugendhilfe – Hilfe für
wen?“ Begründungen, Kriterien
und Realisierungschancen ei-
ner Reform des Jugendhilfe-
rechts
Kontakt: Evangelische Akade-
mie Loccum, 3056 Rehburg-
Loccum, Tel. (05766) 810.

7. 5.

Köln

Zweites Vierteljahrestreffen der
Bayer-Coordination
Kontakt: Bayer-Coordination,
Hofstraße 27a, 5650 Solingen
11, Tel. (0212) 334954.

7. – 8. 5.

Düsseldorf

21. Tagung des Arbeitskreises
Medizin-Psychologie der Deut-
schen Sektion von amnesty in-
ternational
Kontakt: Dr. D. Schmitz-Bur-
chartz, Idastraße 65, 4270 Dor-
sten 21.

9. – 11. 5.

Maikammer

4. Workshop „Psychologie der
Arbeitssicherheit“
Kontakt: Dipl.-Psych. Boris
Ludborzs, Zentrum für Arbeits-
sicherheit der Berufsgenossen-
schaft der chemischen Indu-
strie, Weideweg 37, 6735 Mai-
kammer, Tel. (06231) 588402.

10. – 14. 5.

Frankfurt

91. Deutscher Ärztetag
Kontakt: Bundesärztekammer,
Lewinstraße 1, 5000 Köln 41,
Tel. (0221) 40041.

anzeigen

13. – 15. 5.

Köln

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

10. 5.

Frankfurt

Seminar: Pflege im Nationalsozialismus
Kontakt: Berufsforschungswerk FZBA, Gutleutstraße 169-171, 6000 Frankfurt/Main 1, Tel. (069) 23 50 91/92.



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: Enicedem, 94, rue de Charenton, 75012 Paris, Tel. 43 07 54 74.

25. – 27. 5.

Iserlohn

„Ausgeschlossen – Abgeschnitten – Ausgemerzt“ – Die Aufarbeitung der Novemberpogrome 1938 und des Genozids in Jugend- und Gemeindearbeit
Kontakt: Evangelische Akademie Iserlohn, Berliner Platz 12, 5860 Iserlohn, Tel. (023 71) 3 52 40/47.

30. 5. – 1. 6.

Darmstadt

Tagung: Strukturwandel im Gesundheitswesen – Auswirkungen auf die Aufgabenstellung im Pflegebereich
Kontakt: a.f.w., Elisabethenstift Darmstadt, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (061 51) 40 33 48.

10. – 12. 6.

Bonn

„Chips und Ticks“ – Neue Medien und psychosoziale Arbeit
Kontakt: Gustav-Stresemann-Institut, Langer Grabenweg 68, 5300 Bonn 2.

10. – 12. 6.

Darmstadt

Seminar: Umgang mit Zeit und Stress im Krankenhaus
Kontakt: a.f.w., Abteilung Fort- und Weiterbildung, Elisabethenstift Darmstadt, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (061 51) 40 33 48.

15. – 19. 6.

Frankfurt

Tagung: „Homosexualität und Gesundheit“
Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft Schwule im Gesundheitswesen (BASG), Bahnhofstraße 15, 4400 Münster, Tel. (02 51) 4 44 11.

21. – 24. 6.

Wien

Europäische Pflegekonferenz 1988
Kontakt: Dr. Marie Farrell, Leiterin des Referats Pflegewesen, Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen 0, Dänemark.

Wir suchen zum 1. April 1988 oder später

examinierte Krankenschwestern / Krankenpfleger

Das Krankenhaus Langenberg ist eine Gemeindepsychiatrische Einrichtung zur Behandlung Suchtkranker und verfügt über 90 Betten. Behandelt werden alkohol- und medikamentenabhängige Männer und Frauen. Unser Angebot erstreckt sich von der ambulanten Versorgung über akut-klinische und psychotherapeutische Behandlung bis hin zur Behandlung chronisch Kranker. Das Konzept des Fachkrankenhauses entspricht den Prinzipien einer therapeutischen Gemeinschaft.

Unser Haus hat den Gesamtversorgungsauftrag für die Städte Wuppertal, Heiligenhaus und Velbert.

Wir erwarten:

- erfolgreich abgeschlossene dreijährige Berufsausbildung
- Erfahrungen in der Psychiatrie
- Engagement für sozialpsychiatrische Arbeit
- Bereitschaft zur Teamarbeit

Wir bieten:

- angenehmes Arbeitsklima
- Vergütung nach BAT/KF
- zusätzliche Altersversorgung
- regelmäßige Supervision
- innerbetriebliche Fortbildung
- Fachweiterbildung für Psychiatrie

Sollten Sie an einer Bewerbung interessiert sein, so setzen Sie sich bitte telefonisch mit Frau Lutz (Telefon-Nummer 0 20 52/60 70) in Verbindung.

Gerne bieten wir Ihnen an, Einrichtung und Mitarbeiter/innen kennenzulernen.

Krankenhaus Langenberg
Krankenhausstraße 17
5620 Velbert 11

Versierte(r) Praxisassistent(in)

für große

Allgemeinpraxis / Sportmedizin

im Rhein-Sieg-Kreis für sofort gesucht (Weiterbildungsermächtigung für 1 Jahr liegt vor).

Vorausgesetzt wird eine gute allgemeinärztliche-internistische Vorbildung (Endoskopie, Sonographie, Ergometrie), erwünscht werden chirurgische, pädiatrische und naturheilkundliche Kenntnisse.

Bei guter Kooperation Bildung einer Gemeinschaftspraxis beabsichtigt.

Bewerbungen mit Zeugnissen und Angabe bisheriger Praxistätigkeiten erbeten unter: Tel. (022 41) 38 10 81.

Nicaragua: Baubrigade sucht medizinisches Fachpersonal aus Süddeutschland zur Betreuung der Brigadiст/ин/ен

Termin: Aug./Sept. 88

Kontakt: Kai, Tel. (089) 2 01 01 03

Kinderärztliche Gemeinschaftspraxis in Köln sucht zum 1. 6. eine **Kinderkenschwester** als Vollzeitmitarbeiterin. Tel. (0221) 85 22 00.

Herr Mustermann hat sich endlich entschlossen, zur Abklärung seiner ewigen Bauchschmerzen ins Krankenhaus zu gehen. Mit einer vollgepackten Reisetasche in der Hand steht er, kläglich wie alle Neuankömmlinge, in der marmorverkleideten Eingangshalle der Klinik. Die Anmeldung hat er schnell ausgemacht. Freundlich lächelnde Damen empfangen ihn am Treppen: Jawohl, auf einer internen Station sei ein Bett für ihn reserviert. Man brauche nur noch einige Daten. Damit beginnt für Herrn Mustermann und dg-Redakteur Walter Popp die Reise in den Datenschungel, der die Zukunft der Krankenhauslandschaft mit prägen wird. Herr Mustermann merkt davon wahrscheinlich nicht einmal etwas. Er wird, wenn er das Krankenhaus verlässt, auch nicht vermuten, daß eine kleine Mustermannkopie, bestehend aus Daten seiner Person, zurückbleiben wird.

PST!

Schweigepflicht!



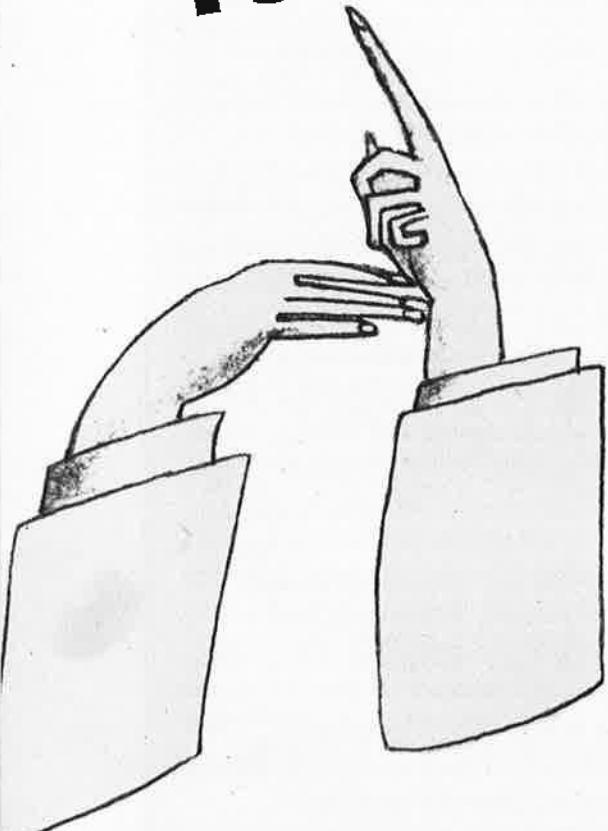
... Zuerst einmal aber fragen die freundlichen Damen nach Herrn Mustermanns Vornamen, „Michael.“ – Es folgen Fragen nach dem Wohnort, dem Geburtsdatum, nach der Krankenversicherung, sehr wahrscheinlich auch nach der Konfession, nach Angehörigen und nach dem Hausarzt. Auch seinen Beruf und seinen Arbeitgeber wollen die Damen von ihm wissen. Und er wird natürlich prompt alles beantworten: Wer Hilfe braucht, hadert ungern mit Nebensächlichkeiten.

Doch sind es gerade diese Nebensächlichkeiten, die die Brisanz der Datenbanken auch in der Medizin ausmachen. So manches, was die freundlichen Damen fragen, ist nicht eindeutig abgesichert. Denn eigentlich, das ist jedenfalls die Meinung der Datenschutzbeauftragten der Länder und auch die der meisten Länderregierungen, dürfen die Krankenhäuser keineswegs alles fragen, was sie wollen. Maßstab für die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung von Daten ist nämlich ihre „Erforderlichkeit für die ordnungsgemäße Abwicklung des Behandlungsvertrages“, wie es bei diesen Stellen so schön heißt. Auf gut deutsch: Es darf nichts gefragt werden, was nicht für die Gesundung des Patienten gebraucht wird (oder was ansonsten rechtlich abgesichert ist). Zum Beispiel ist der Datenschutzbeauftragte für den Datenschutz, Reinhold Baumann, der Meinung, daß die Fragen nach Geburtsort, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Beruf und Anzahl der Kinder höchst zweifelhaft sind. Die Religionszugehörigkeit dürfe nur freiwillig angegeben werden. Und der Datenschutzbeauftragte von Nordrhein-Westfalen, Heinrich Weier, hat große Bedenken gegen Fragen nach dem Arbeitgeber des Patienten oder seines Ehegatten. Das gehe allenfalls auf freiwilliger Grundlage.

Die Datenschutzbeauftragten können sich dabei auf Paragraph 9, Absatz 2 des Bundesdatenschutzgesetzes berufen. Dort heißt es: „Werden Daten beim Betroffenen aufgrund einer Rechtsvorschrift erhoben, dann ist er auf sie, sonst auf die Freiwilligkeit seiner Angaben hinzuweisen.“ Dies würde für Herrn Mustermann bedeuten, daß er an der Anmeldung darauf hingewiesen werden muß, daß er Fragen nach der Religionszugehörigkeit nicht unbedingt beantworten muß. In einem konfessionellen Haus kann das schon einmal von Bedeutung sein.

Ob dies so geschehn ist, wissen wir nicht. Herr Mustermann hat jedenfalls alle Fragen beantwortet und kann nun, mit einer Reisetasche in der einen Hand und einem Etikettenbündel samt verschiedener Formulare in der anderen, zur Station abmarschieren.

Pst!



Wenn Herr Mustermann Glück hatte, wurde ihm zuvor ein Aufnahme- und Behandlungsvertrag ausgeschändigt, in dem auch zum Datenschutz Stellung bezogen wird. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat da schon 1979 einen formidablen Vorschlag erarbeitet, in dem es heißt: „Ich erkläre mich damit einverstanden, daß im Rahmen des mit mir abgeschlossenen Aufnahmevertrages personenbezogene Daten über mich gespeichert und – soweit nicht offenkundig dadurch meine Interessen verletzt werden – an Dritte übermittelt werden. Diese Regelung gilt als Einwilligung im Sinne des Paragraphen 3 BDSG.“ Das ist freilich nichts anderes als eine Einverständniserklärung des Patienten, daß mit seinen Daten alles passieren darf.

Die Praxis in vielen Krankenhäusern fällt häufig noch hinter die Vorschläge der DKG – die auch die Bestellung von Datenschutzbeauftragten in den Krankenhäusern vorschreiben – zurück. Denn dem Bundesdatenschutzgesetz, auf das sich die DKG bezieht, unterliegen nur die Häuser in privater und freigemeinnütziger Trägerschaft. Die öffentlich-rechtlichen unterliegen dagegen dem jeweiligen Landesrecht, und für die kirchlichen Häuser gilt nur Gottes Wort. Und das haben beide Kirchen in eigene Datenschutzregelungen gefaßt. Einige diakonische Einrichtungen aber wenden weiter staatliches Datenschutzrecht an, was der Datenschutzbeauftragte der Evangelischen Kirche in Hessen-Nassau auch heftig klagt, wo doch längst das EKD-Kirchengesetz über den Datenschutz aus dem Jahre 1984 gelte.

Nur in einigen Bundesländern liegen eigene datenschutzrechtliche Bestimmungen für den Krankenhausbereich vor. Immerhin gibt es sie – meist als Teil des Landeskrankenhausgesetzes – in Bayern, im Saarland, in Rheinland-Pfalz und in West-Berlin. Dagegen enthält das Krankenhausgesetz von Baden-Württemberg keinerlei Regelung zum Schutz der Patientendaten. Daran konnte bislang auch das Engagement der Datenschutzbeauftragten Ruth Leuze nichts ändern. Vergeblich forderte sie klare Vorgaben des Gesetzgebers. Ihre Begründung: „Das derzeit geltende Recht, nämlich die allgemeinen Datenschutzgesetze und die ärztliche Schweigepflicht, können den gebotenen Schutz nicht sicherstellen.“

In den Stadtstaaten Hamburg und Bremen werden zur Zeit Krankenhausgesetzentwürfe mit Teilen zum Datenschutz auf den parlamentarischen Weg gebracht. In Nordrhein-Westfalen dagegen ist der Landesregierung ein besonderer Coup gelungen, ob willent-

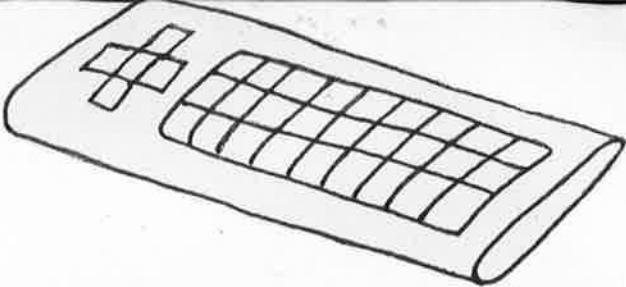
lich, sei dahingestellt. Ihr soeben verabschiedetes Krankenhausgesetz enthält keinerlei Bestimmungen zum Datenschutz, weil gleichzeitig ein eigenes Datenschutzgesetz für den Gesundheitsbereich geplant war und auf der parlamentarischen Strecke geblieben ist. Ohnchin wären, wie gesagt, die kirchlichen Häuser, die in Nordrhein-Westfalen die Mehrheit stellen, nicht betroffen.

Doch all das weiß Michael Mustermann nicht. Er hat seine Daten an der Pforte abgegeben und geht nun auf Station. Dort wird er von der Stationsschwester empfangen, die ihm sein Bett in einem Vier-Bett-Zimmer anweist. Herr Mustermann ist es zufrieden. „Hauptsache, mir wird geholfen.“ Er knüpft auch gleich Kontakt zu seinen Zimmernachbarn, die ihn über das Für und Wider der Station und das Personal informieren. Früh am Nachmittag kommt der Stationsarzt und nimmt die

Die Reise ins Niemandsland Datenschutz beginnt bereits beim ersten angeschriebenen Ministerium. Für den Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit antwortet – im Auftrag, Mcyn: „In Ihrem Schreiben . . . sprechen Sie Fragen zur Datenschutzthematik an, die im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung bearbeitet werden. Ich schlage Ihnen daher vor, Ihre Anfrage dorthin zu richten. Von seiten des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit gibt es jedenfalls keine Stellungnahmen zu den von Ihnen angesprochenen Fragen, auch keine Forderungen und Planungen.“

Doch der Wegweiser führt in die Irre: „Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung stellt keine besonderen Überlegungen und Planungen z. B. im Hinblick auf den Erlass von Richtlinien für den Personaldatenschutz in Krankenhäusern an. Im übrigen sind die Länder . . . für die Aufsicht über Krankenhäuser zuständig. Ich empfehle Ihnen, sich mit Ihrem Anliegen an die für Krankenhäuser zuständigen Landesbehörden zu wenden.“ Immerhin verweist das Ministerium – im Auftrag, Hoffmann – auf das Merkblatt der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

Sollten wir im dritten Anlauf den zuständigen Ansprechpartner gefunden haben? „Das Sozialministerium wünscht Ihnen bei Ihrer Ausarbeitung viel Erfolg“, schreibt – mit freundlichen Grüßen, Ciecienski – das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg. Zum Erfolg trägt das Ministerium aller-



Anamnese bei Herrn Mustermann auf. Die körperliche Untersuchung schließt sich an. Herr Mustermann ist es zwar nicht gewöhnt, sich vor drei illustrierten lesenden Kollegen auszuziehen und dabei auch noch eine eingehende Untersuchung der Hoden und des Schließmuskels zu erfahren, doch wie gesagt, er nimmt einiges hin.

Die Arzt-Patient-Beziehung, zentraler Bestandteil der Leistung des Krankenhauses wie auch des hohen Ansehens der Ärzteschaft, ist damit aufgebaut. Zu dieser Beziehung gehört auch das Arzt-Patient-Geheimnis, bekannt als ärztliche Schweigepflicht. Dies ist sowohl in der ärztlichen Berufsordnung als auch in einer Rechtsvorschrift des Strafgesetzbuches (Paragraph 203 Abs. 1 StGB) festgelegt. Die Schweigepflicht gilt dabei auch für „Gehilfen“ des Arztes, worunter etwa Schwestern, Pfleger und MTAs fallen. Was aber die Auswirkungen der Datenverarbeitung

auf die Schweigepflicht genau bedeuten, das liegt selbst bei ihren Berufsverbänden oder den Überwachungsbehörden im Nebel, wie ihre Antworten auf unsere Anfragen zeigen (siehe Kasten).

Es sind in erster Linie die Datenschutzbeauftragten der Länder, die über Datenschutz von Krankenhauspatienten gearbeitet haben. So verabschiedeten sich 1986 gemeinsame Empfehlungen. Doch um die scheren sich sogar die Landesregierungen einen Teufel, wie Ruth Leuze bei den Verhandlungen zum Landeskrankenhausgesetz in Baden-Württemberg erfahren mußte. Bei der Verabschiedung fanden ihre Vorschläge keine Berücksichtigung, und sie wurde auch noch ermahnt, daß sie nicht „die Hüterin der ärztlichen Schweigepflicht“ sei.

Ein weiteres Problem bei der Arbeit der Datenschützer: Sie können ledig-

lich – meist auf Anfrage – in Einzelfällen tätig werden. Freilich ist auch das pikant, zeigt sich hier doch beispielhaft, wie das Thema Datenschutz gehandhabt wird: Der niedersächsische Datenschutzbeauftragte, Klaus Tebarth, mußte bei einer Untersuchung feststellen, daß Patientenakten von einem Aidskranken offen in einem Arztzimmer herumgelegen hatten. Da die Akten nicht ausreichend vor Besuchern geschützt waren, hatte er in Absprache mit dem Arzt beim Kanzler der Universität einen verschließbaren Stahlschrank angefordert. Der allerdings war noch nach Monaten nicht vorhanden. Anders erging es dem ärztlichen Leiter eines Krankenhauses in Bremen. Nach einer Demonstration, in deren Verlauf es zu gewalttätigen Auseinandersetzungen gekommen war, hatte die Polizei in den Kliniken nach ambulant behandelten Personen gefragt, um gegen sie gegebenenfalls ein Ermittlungsverfahren einzuleiten. Der Arzt

Weiße Flecken

Um Nähernes über Datenschutz im Krankenhaus zu erfahren, wandte sich dg an Ministerien, Ärztekammern und Berufsverbände. Die Ergebnisse gleichen einer Landkarte des 18. Jahrhunderts.

Jede Menge weißer Flecken

dings wenig bei. Es verweist auf zahlreiche Publikationen zur Frage des Datenschutzes und empfiehlt: „Bei der Ermittlung der Fundstellen wird Ihnen jede wissenschaftliche Bibliothek gerne behilflich sein. Hier hält sich das Sozialministerium auf dem Gebiet des Krankenhauswesens in ständiger Praxis bewußt zurück.“ Selbst der Tätigkeitsbericht der Datenschutzbeauftragten des Landes, Ruth Leuze, fällt unter das Verdikt der vornehmen Zurückhaltung. Aufgrund ihrer Kritik am Landeskrankenhausgesetz und seiner Entstehung verständlich.

In der Erwartung, daß ein anderer Zugang erfolgreicher ist, bittet dg die Ärztekammern um eine Stellungnahme. Eine Hoffnung, die nicht unbegründet ist, findet sich doch im „Blauen Papier“ des Deutschen Ärztetages 1986 ein umfangreicher Passus zu „Datenschutz und Datennutzung in der Medizin“. Ein Papier, das in weiten Teilen gemeinsam mit den Datenschutzbeauf-

tragten der Länder verfaßt sein könnte. Doch bei der Bundesärztekammer scheint es in Vergessenheit geraten zu sein: „Zu unsrem Bedauern müssen wir Ihnen mitteilen, daß seitens der Bundesärztekammer keine umfassende Stellungnahme zu dem Sic interessierenden Problem vorliegt.“

Und die Landesärztekammern? Zumindest der von Baden-Württemberg ist das Ärztetagspapier in Erinnerung geblieben. Sie schickt auszugsweise Kopien und verweist außerdem auf die Stellungnahme der baden-württembergischen Datenschutzbeauftragten zum Entwurf des Landeskrankenhausgesetzes. Ansonsten herrscht aber weitgehende Funkstille. „Eine grundsätzliche Stellungnahme, insbesondere zu den durch den zunehmenden Einsatz von EDV sich ergebenden Problemen, ist jedoch bisher nicht erarbeitet worden“, heißt es aus Berlin. Die Ärztekammer Hamburg hält sich für nicht zuständig und schreibt: „Insofern ist

auch die Gesundheitsbehörde Ihr Ansprechpartner, wenn es um Fragen des Datenschutzes im Krankenhaus geht.“

Diesen Kreislauf der Zuständigkeiten kennen wir ja mittlerweile. Das Ergebnis im Fall des Landes Baden-Württemberg auch. Des Karussellfahrens müde, können uns vielleicht die Berufsverbände weiterhelfen. Die Gewerkschaft ÖTV wird in den nächsten Monaten eine Broschüre zum Thema „Computer im Krankenhaus“ herausbringen, teilt Ulrike Peretzki-Leid vom ÖTV-Hauptvorstand mit. Aus dem vorliegenden Entwurf der Broschüre erhalten wir den Absatz über den Schutz von Patientendaten. Allerdings befindet sich dieses Papier noch in der Diskussion.

Beim Deutschen Berufsverband für Krankenpflege (DBFK) gibt es immerhin eine zentrale Arbeitsgruppe zum Thema EDV und Krankenpflege, an die unser Schreiben weitergeleitet wird. Zwar ist man sich dort der Thematik des Datenschutzes sehr bewußt, wie es im Antwortschreiben heißt, doch beschäftigt man sich zur Zeit mit Wichtigerem: „Die Frage nach einer zweckmäßigen EDV-Anwendungsmöglichkeit innerhalb der Krankenpflege steht bei uns noch im Vordergrund.“ Und weiter: „Wir werden Position beziehen, jedoch später.“

Es bleibt zu hoffen, daß dies „später“ nicht zu spät sein wird. Die Entwicklung der Datenverarbeitung geht in der Zwischenzeit munter weiter. Weiße Flecken im Datenschutz werden diese Entwicklung nur erleichtern. Der Patient hat das Nachsehen. □

gab tatsächlich Auskunft, vor Gericht wurde er deshalb wegen Bruchs der Schweigepflicht verurteilt.

An Herrn Mustermanns Untersuchung im Vierbettzimmer, die ja nicht nur jedem Schamgefühl widerspricht, sondern auch beliebig viele Daten des Untersuchten den Mitpatienten offenbart, haben die Datenschutzbeauftragten nichts auszusetzen. Wenn es um „Kostengünstigkeit“ und „Arbeitsteiligkeit“ im Krankenhaus geht, kuscheln sie meist. So sieht der Bundesdatenschutzbeauftragte es als nicht änderbar an, daß Anamnese und Untersuchung *coram publico* in Mehrbettzimmern erfolgen müssen. Der Berliner Gesundheitssenator hat immerhin Anweisung gegeben, daß auf Wunsch des Patienten in einem gesonderten Zimmer untersucht werden muß. Bei Herrn Mustermann ist das nicht geschehen.

Am folgenden Tag beginnt bei ihm die Diagnostik: Blutentnahme, EKG-Registrierung, Röntgen-Thorax-Aufnahme. Es folgen eine Sonographie und die endoskopischen Untersuchungen. Dann gibt es auch noch ein Konsil durch eine andere Abteilung. Täglich findet eine Visite statt, abgehalten von mehreren Ärzten der Station. Dies ist nach überwiegender Meinung durchaus tragbar und noch keine unzulässige Datenoffenbarung, denn im allgemeinen gilt, daß die medizinischen Daten eines Patienten nur vom behandelnden Arzt eingesehen werden dürfen. Daß dies je nach Organisation einer Abteilung recht verschieden ist, schen auch die Datenschützer ein.

Viel schwerer wiegen bei den Visiten die Gespräche am Bett mit dem Patienten – nicht selten auch über ihn. Doch hier stellen die Datenschutzbeauftragten abermals den Fakt des Machbaren über den Datenschutz. Sie scheren sich entweder nicht um dieses Problem oder sie postulieren eine „konkludente Einwilligung“ des Patienten. Diese Hilfskonstruktion ist immer wieder beliebt, wenn Betroffene nicht gefragt werden. So braucht Sicherheits- und Ordnungsbehörden der Aufenthalt nicht mitgeteilt zu werden, es sei denn, daß er angeordnet wurde, zum Beispiel für eine Drogentherapie. Ebenso hat ein Gerichtsvollzieher kein Auskunftsrecht. An die Polizei sollte der Aufenthalt nur weitergegeben, beziehungsweise bestätigt werden, wenn der Patient als Opfer eines Verbrechens anzusuchen ist, oder wenn er durch die Datenweitergabe sicher nicht belastet werden kann.

Wenn der Patient bei der Aufnahme nahestehende Personen angegeben hat, so darf der behandelnde Arzt davon aussehen, daß er diese mit Zustimmung des Patienten informieren darf.

Zugriffsrecht auf die Patientendaten haben natürlich auch die mit behandelnden Stellen im Krankenhaus: Zum Beispiel der konsiliarisch tätige Arzt oder die MTA in der Röntgenabteilung dürfen sich ohne Angst aus der Patientenakte bedienen, soweit sie Daten für ihre Arbeit brauchen.

Überprüfung, daß „ganze Dateien zwischen beliebigen Rechenzentren“ ausgetauscht werden konnten. Ferner führt nach seiner Meinung die hohe „Flexibilität“ in dem Konzept zu einer mangelnden Sicherheit. So könne von vielen Peripheriegeräten aus einfach Zugang gefunden werden zur Programm- und Betriebsebene sowie auf große Datenbestände. Die heißt konkret: Wer zum Beispiel in der Verwaltung sitzt und einige Minuten mit erdachten Passwörtern experimentiert, kann leicht große medizinische Datenbestände für sich öffnen, die ihm eigentlich gar nicht offenstehen.

Ähnliche Probleme, die jedem Datenschutz Hohn sprechen, beschrieb der Hessische Datenschutzbeauftragte bei dem Laborsystem LABOSYS, das vom Hessischen Datenverarbeitungs-Verein seit 1986 angeboten wird. Dieses System wurde zuerst in den Städt. Kliniken Wiesbaden eingesetzt, wo es immerhin die Daten aller Patienten abspeichert – jährlich sind dies 24 000 stationäre und ein großer Teil der jährlich 30 000 ambulanten Patienten. Eine Überprüfung 1986 ergab große Sicherheitsmängel. So gelang mehrfach der Zugang zum System ohne Passwörter; ebenso gelang problemlos der Zugang zur Gruppe der Systemspezialisten, jene Nutzer mit der umfassendsten Berechtigung, die zum Beispiel Veränderungen am System vornehmen können. In der Benutzerliste fand sich bei der Überprüfung eine Zulassung auf den Namen „HACKER“; dieser gehörte ebenfalls der Gruppe der Systemspezialisten an, war allerdings niemandem bekannt.

Zum Glück weiß Herr Mustermann von all dem nichts; nach einigen Tagen haben sich auch die Ursachen für seine Bauchschmerzen gefunden: ein Ulkus im Magen, das nun ambulant weiterbehandelt werden kann. Herr Mustermann geht mit folgenden Diagnosen nach Hause: „Ulcus ventriculi; äthylotoxische Hepatopathie“. Leider waren nämlich bei ihm auch die gamma-GT erhöht und die Transaminasen grenzwertig, so daß der eifige Stationsarzt sich der Zusatzdiagnose nicht entsagen konnte.

Wichtig für Michael Mustermann ist, daß sein Hausarzt einen Bericht erhält. Doch wer denkt, daß der Datenaustausch zwischen Ärzten kein Problem ist, der täuscht sich. Keineswegs darf der behandelnde Arzt an jeden x-beliebigen Arzt einfach Informationen über den Patienten weitergeben. Das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten genießt höheren Schutz als der freie Datenaustausch zwischen

Bei Herrn Mustermann wird der Konsilzettel noch von Hand aus gefüllt, die Labordaten finden sich noch im Stationsfach und müssen von einem Schüler abgeholt werden. Und die Befunde der Röntgenabteilung kommen nach fünf Tagen getippt auf die Station. Herr Mustermann ist also noch nicht in einem jener Häuser gelandet, in denen die moderne Technik in Form allgegenwärtiger Datenverarbeitung Einzug gehalten hat. Dabei gehört dieser Technik die Zukunft. Entsprechende Systeme sind bereits entwickelt. Sie zeichnen sich dadurch aus, daß Soft- und Hardware nicht nur für die Abrechnung der Verwaltung taugen, sondern auch im pflegerischen und medizinischen Bereich einsetzbar sind.

Derartige EDV-Systeme sind zunächst völlig offene Systeme. Es darf aber nicht sein, daß sich jede MTA die Belegliste einer Station ausdrucken lassen kann. Oder daß ein Arzt auf der chirurgischen Station an die Daten eines Patienten auf einer internistischen Station kommt, mit dem er überhaupt nichts zu tun hat. Vor allem muß eine strikte Trennung gewährleistet sein zwischen den medizinischen und den für die Verwaltung wichtigen Daten eines Patienten. Das bedeutet, daß die Verwaltung nur die Daten erhalten darf, die sie für die Abrechnung benötigt. Umgekehrt hat der behandelnde Arzt durchaus das Recht, auf für die Verwaltung wichtige Daten zurückzugreifen. Entscheidend sind also die „Zugriffsregelungen“, die festlegen, wer wie Zugriff zu Daten erhält.

Doch in den Krankenhäusern, so stellt Ruth Leuz in ihrem Tätigkeitsbericht fest, herrsche heute schon die Vorstellung vor, das ganze Krankenhaus sei eine Einheit, die Patientendaten dürfen frei hin und her fließen. „Diese Vorstellung degradiert das Arztgeheimnis mit Hilfe des Zauberworts „stillschweigende Einwilligung“ zum Krankenhausgeheimnis.“

Aussagen über möglichen Datenmissbrauch liefern auch die wenigen Erfahrungen der Datenschutzbeauftragten, die stichprobenartige Überprüfungen von EDV-Systemen vorgenommen haben. So reklamierte der Berliner Datenschutzbeauftragte 1987 bei einer

Ärzten. Wenn zum Beispiel externe Ärzte nach Patientenunterlagen oder Arztbriefen fragen, so wäre der Krankenhausarzt am besten beraten, wenn er eine entsprechende Einverständniserklärung des Patienten hat. Auch gibt es keine Begründung, den Entlassungsbefund automatisch an den einweisenden Arzt zu senden. Korrekt wäre es, beim Patienten den behandelnden Arzt zu erfragen und dann an diesen den Bericht zu schicken. Allerdings gilt allgemein die Angabe eines Hausarztes durch den Patienten als entsprechendes Einverständnis.

Bei Herrn Mustermann soll dies auch so geschehen; nach drei Wochen hat er keine Beschwerden mehr, eine ambulante Kontrollgastroskopie zeigt, daß das Geschwür abgeheilt ist. Für Herrn Mustermann ist damit das Kapitel Krankenhaus endgültig abgeschlossen – nicht so für das Krankenhaus. Denn es will von der Kasse das Geld für die Behandlung sehen. Die Kosteneintreibung übernimmt die Verwaltung, die somit auch Zugang zu Mustermannschen Daten erhält. In der Regel werden dabei an die Kostenträger die Einweisungsdiagnose, die Entlassungsdiagnose, die Dauer des Aufenthaltes und die abzurechnenden Leistungen weitergegeben. Seit dem 1. Januar 86 verpflichtet allerdings die Bundespflegesatzverordnung obendrein die Krankenhäuser, eine anonymisierte Diagnosestatistik zu führen, die einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten soll. Darin sind die Hauptdiagnose, die durchgeführten Operationen, die Verweildauer und das Alter aufzuführen. Für die Diagnosen wird zumeist der international übliche ICD-Schlüssel gebraucht. Das heißt, daß der behandelnde Arzt oder eine Person seines Vertrauens auf der behandelnden Station die Hauptdiagnose in den ICD-Code zu verschlüsseln hätte und danach die verschlüsselten Datensätze – also ohne Namen – an die Verwaltung weiterzuleiten hätte.

Tatsache in den meisten Häusern ist jedoch, daß die Diagnoseschlüssel – häufig noch mit den ausgeschriebenen Diagnosen auf demselben Blatt – dem Patienten namentlich zugeordnet an die Verwaltung gegeben werden. Ein eindeutiger Verstoß gegen das Arzt-Patient-Geheimnis, wie die Datenschutzbeauftragten immer wieder reklamieren. Obendrein hält sich kaum ein Haus an der Hauptdiagnose auf; meist werden sämtliche Diagnosen verschlüsselt und weitergegeben, obwohl es dafür keinerlei rechtliche Grundlage gibt. Auch die DKG sieht dieses Problem. Doch sie meint, daß mit Hilfe der Nebendiagnosen hausinterne Statistiken erstellt werden können, die „wertvolle Hilfe etwa bei planerischen

Entscheidungen bieten“ können. Gegenüber dg führt sie auch die Pflegesatzverhandlungen ins Feld, wo mit Hilfe der Nebendiagnosen die Verweildauer gegenüber anderen Häusern besser begründet werden könnten. Allerdings, so die DKG, sollten die Nebendiagnosen durch von der Verwaltung unabhängige Mitarbeiter erfaßt werden, die nur dem Arzt verantwortlich

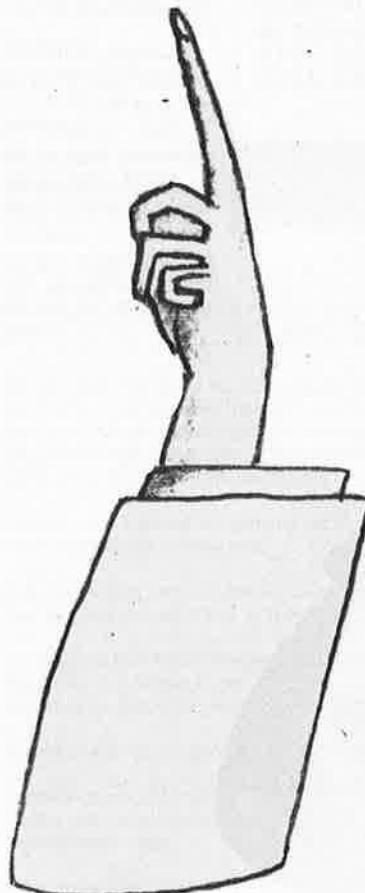
seien – ein Vorschlag, der wohl in den wenigsten Krankenhäusern so praktiziert wird.

Ein weiteres Problem ergibt sich daraus, daß gerade viele kleine Häuser ihre gesamte Abrechnung bereits extern – also in anderen Krankenhäusern oder gar kommerziellen Rechenzentren – erstellen lassen. Daß die Abrechnung heutzutage außerhalb des Hauses abgewickelt werde, bezeichnet selbst Ruth Leuze als „üblich“; mit ihrer Parteinahme gegen die Rechenzentren war sie zuvor schon in Baden-Württemberg gescheitert. Dieses Verfahren wirft neue Probleme für den Datenschutz auf. Im Krankenhaus sind alle Mitarbeiter, also auch jene der Verwaltung, auf die Schweigepflicht festzulegen. Dies ist bei externen Rechenzentren keineswegs so einfach möglich. Außerdem trägt das Krankenhaus als speichernde Stelle grundsätzlich die Verantwortung für den Datenschutz; es müßte also in den Verträgen mit den Rechenzentren entsprechende Überwachungsmöglichkeiten vorsehen – doch wo ist dies schon der Fall?

Geht es gar darum, Daten gegen einen Patienten zu verwenden, so können sich die Mitarbeiter eines Krankenhauses immer auf ihr Zeugnisverweigerungsrecht im Strafverfahren stützen. Bei den Mitarbeitern der Rechenzentren gilt dies jedoch nicht. Daten sind hier wesentlich schlechter geschützt. Daß über die reine Abrechnung hinaus weitere Patientendaten in externen Rechenzentren verarbeitet werden, hält die baden-württembergische Datenschutzbeauftragte für schlechterdings untragbar, doch die Haltung ihrer eigenen Landesregierung wie auch der Kommunalen Datenverarbeitung Mittlerer Neckar, die viele Krankenhäuser derartig versorgt, geben ihrer Position wenig Aussicht auf Erfolg.

Nur wenige – vornehmlich die Datenschutzbeauftragten und einige kritische Gewerkschafter – weisen in Einzelfragen immer wieder auf die Probleme für den Datenschutz hin. Die technische Entwicklung aber geht zügig voran, ohne daß irgend jemand eine Übersicht hat, was wo wie läuft. Daß so kein vernünftiger Abgleich zwischen den Interessen des Patienten auf Schutz seiner Daten und den andererseits notwendigen Erfordernissen des Krankenhauswesens und der medizinischen Forschung erfolgen kann, ist klar. Ohne Planung, die EDV-Entwicklung immer einige Schritte voraus, scheint im Augenblick die Entwicklung kaum aufzuhalten sein, die den „gläsernen Patienten“ eines Tages so in Rage bringt, daß sein Vertrauen in das Gesundheitswesen noch stärker abnimmt als schon bisher. □

Viele kleine Häuser lassen ihre Abrechnungen in externen Rechen- zentren erstellen. Mit Schweigepflicht ist dort nichts.



Herztransaktion

„Da bist Du ja wieder. Gut sichste aus. Haben Dich ja echt gut hingekriegt. Komm, setz Dich. Erzähl 'mal, wieviel hat's denn gebracht?“

„Ja, paß auf. Den rechten Arm bin ich für 230 000 losgeworden. Die Niere hat 150 000 gebracht. Der linke Lungenflügel nochmal 200 000. Kniescheibe 40 000. Die spielt jetzt in der Bundesliga. Und dann noch das Ohr für 8000.“

„Das Ohr hastest auch verkauft? Wolltestest doch zuerst nicht. Bringt nichts, hastest gesagt.“

„Schon, aber ich bin mein Auge nicht losgeworden – kaum gefragte Augenfarbe – und da hab ich dann statt dessen mein Ohr verkauft. 8000 ist schließlich kein schlechter Preis.“

„Das ist zusammen ja über ne halbe Million.“

„628 000 genau. Aber da geht für Prothesen noch was von runter.“

„Wieso, bezahlt das nicht die Krankenkasse?“

„Nicht ganz. Fünfzig Prozent mußt ich beim Organersatz selbst berappen. Und billig ist das Zeug nicht.“

„Na ja, aber ausgesorgt hastest jetzt fürs erste. Ich hab mir's ja auch schon 'mal überlegt. Deine Arbeitskraft wirste heute nirgends mehr los. Nur mit Blut- und Samenspenden kommstest nicht über die Runden. Meine Frau bringt als Leihmutter auch nicht mehr so viel wie früher nach Haus – Konkurrenz ist zu groß geworden, sagt se. Und mit Kindern kannstest heute kein Geschäft mehr machen, wenn se nicht gerade aus Fernost sind.“

„Ja, ja“, stimmte ihm sein Gegenüber zu.

Die Gesprächspartner legten eine Schweigeminute für die dahingeschiedenen Einkommensquellen ein, bestellten ein Bier und setzten die Diskussion der durch die Deregulierung des Organhandels neu geschaffenen Verdienstmöglichkeiten fort.

Was ich Dich noch fragen wollte: wie ist das denn mit 'nem Herz?“

„Ah, da sind se ganz scharf drauf. 800 000 haben se mir geboten. Der Chefarzt da hat mir das genau erklärt. Die, die's Geld haben – Manager, Bankiers, und so – haben wegen Streß einen unheimlich hohen Herzverschluß. Daher haben die immer Bedarf, den die Motorradfahrer allein nicht decken können. Bei der Leber is' es so ähnlich. Wenn die nämlich immer ne andere Leber kriegen können, dann können die auch ohne Rücksicht auf die Gesundheit sausen.“

„Und warum hastest das nicht gemacht?“
„Weißt' ich, man hat ja nur ein Herz und nur eine Leber. Was nutzen dir 800 000, wenn du se nicht mehr ausgeben kannst. Ein Sarg ist billiger. Und die Kunsterzen funktionieren doch alle nicht so richtig. Ich hab mich da genau erkundigt. Und dann noch die fünfzig Prozent Eigenanteil bei Ersatzorganen. Da bleibt von den 800 000 am Ende nur die Hälfte übrig.“

„Hättetest denen denn nicht sagen können, gut, das Herz könnt ihr in en paar Jahren haben; das Geld gebt ihr mir aber schon heute? Dann hätte man doch noch was von dem Kies.“

„Mein Reden. Aber auf dem Ohr waren die total zu. Mit dem Geld würde ich doch in den paar Jahren mein Herz so ruinieren, daß sie das keinem mehr einpflanzen könnten. Geschworen hab ich, nicht zu rauchen, nicht zu trinken, Sport zu treiben. Nichts zu machen. Also, Herz kannst vergessen, wenn du noch was vom Leben haben willst. Wenn du deine Hinterbliebenen reich machen willst, dann ist Herz allerdings genau das Richtige.“

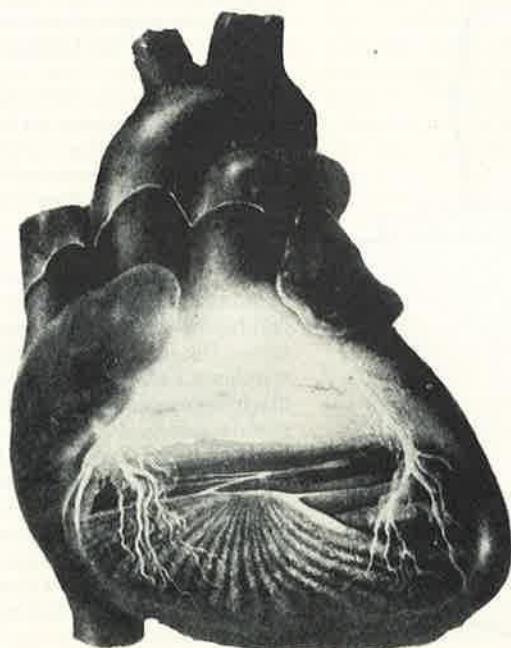
„Schade, und ich dachte schon, man könnte sich auf die Tour noch en paar schöne Stunden machen.“

„Nee, is nicht. Leider. Wäre mir auch lieber gewesen. Was willste jetzt machen?“

„Weiß noch nicht. Beim Verband der Chemischen Industrie suchen se einen, der den Kopf für den letzten Unfall hinhält, und Niedersachsen hat ne Stelle ausgeschrieben für einen, der die Hand dafür ins Feuer hält, daß unsre Atomkraftwerke sicher sind.“

Joachim Eisbach

Joachim Eisbach ist Wirtschaftswissenschaftler und arbeitet an der Universität Bielefeld.



Die Finanzierung der Versorgung Pflegebedürftiger

Daten zur Gesundheits- und Sozialpolitik

kp – In den ersten Folgen der „Daten zur Gesundheits- und Sozialpolitik“ (siehe dg 11/1987, 1/1988 und 2/88) haben wir uns mit dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und der häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger in der Bundesrepublik befaßt. Die finanziellen Aspekte der Pflegebedürftigkeit, die einen wesentlichen Anteil daran haben, daß diese zu einem individuellen und sozialpolitischen Problem ersten Ranges geworden ist, werden im folgenden betrachtet.

Da das herrschende Sozialrecht Pflegebedürftigkeit und Krankheit unterschiedlich definiert und sozialpolitisch gewichtet, ist dieses Lebensrisiko innerhalb des Sozialleistungssystems nur sehr mangelhaft finanziell abgesichert: Nach der Reichsversicherungsordnung (RVO) und der Rechtsprechung der Sozialgerichte hat die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Leistungen lediglich im Falle der Krankheit, nicht aber im „reinen“ Pflegefall zu erbringen. Pflege wird dabei definiert als eine Hilflosigkeit, die nicht nur vorübergehend besteht, Pflegermaßnahmen also nicht Bestandteil eines Therapieplanes oder Mittel eines Heilprozesses darstellen (vgl. WldO 1984, S. 74). Dient häusliche Pflege allerdings zur Sicherung der ärztlichen Tätigkeit oder Vermeidung von Krankenhausaufenthalt – beldes nach Definition des behandelnden Arztes –, dann ist sie (in einem eng verstandenen, auf die Behandlung orientierten Sinn) durch die Krankenkassen zu finanzieren. In den meisten anderen Fällen werden Pflegebedürftige, wenn sie ambulante oder stationäre Heim- und Pflegeleistungen in Anspruch nehmen müssen und diese nicht aus eigenen Mitteln bezahlen können, an die Sozialhilfe verwiesen. Für bestimmte Personengruppen treten darüber hinaus im Pflegefall auch noch andere Zweige der Sozialversicherung (Unfallversicherung), des staatlichen Sozialleistungssystems (z. B. Kriegsopferfürsorge und -versorgung, Beihilfe für Beamte) oder andere Leistungsträger (z. B. aufgrund von Pflegegeldgesetzen in einigen Bundesländern) mit finanziellen Hilfen ein.

Wer erhält finanzielle Hilfen zur Pflege?

Die genaue Zahl der Empfänger der genannten finanziellen Leistungen unter den Pflegebedürftigen ist ebensowenig bekannt wie die exakte Höhe der hierfür verausgabten Mittel. Einen ersten Eindruck über die finanziellen Dimensionen des Problems Pflegebedürftigkeit können jedoch die folgenden Daten vermitteln (Tabelle 1), die aus einer repräsentativen Untersuchung vom Ende der siebziger Jahre stammen (Brög u. a. 1980).

Die Angaben in Tabelle 1 beziehen sich allerdings nur auf die rund 2,5 Mio. zu Hause lebenden Hilfs- und Pflegebedürftigen, lassen also Heimbewohner u. ä. unberücksichtigt. Es wird deutlich, daß nur etwas mehr als die Hälfte aller Pflegebedürftigen (53 Prozent) und ein Drittel aller sonstigen „nur“ Hilfsbedürftigen (34 Prozent) überhaupt finanzielle Hilfen zur Pflege (also ohne Berücksich-

tigung sonstiger Sozialleistungen, die aus anderen Gründen gezahlt werden, z. B. Alters-, Witwen- und Waisenrenten usw.) auf gesetzlicher Grundlage erhält. Mindestens 4 von 10 Pflegebedürftigen erhalten dagegen keinerlei finanzielle Hilfen zur Pflege, wobei der Anteil der finanziell Unversorgten mit dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit abnimmt. Hilfen zur Pflege aus diversen Versicherungsleistungen erhält etwa ein Viertel der Pflegebedürftigen (26 Prozent), Sozialhilfeleistungen dagegen nur ein Sechstel (17 Prozent), sonstige finanzielle Hilfen auf gesetzlicher Grundlage ein Zehntel (10 Prozent) der Pflegebedürftigen. Staatliche Versorgungs- bzw. Entschä-

Tabelle 1:
Finanzielle Hilfen zur Pflege für zu Hause lebende Hilfe- und Pflegebedürftige¹

Hilfeart	Anteil der Pflege- und Hilfebedürftigen (Prozent)				
	insgesamt	Pflegebedürftige			Hilfebedürftige
		davon:	Schwerst-	Schwer-	
Finanzielle Hilfe zur Pflege auf gesetzlicher Grundlage insgesamt	53	52	54	53	34
davon ² :					
Versicherungsleistungen ³	26	18	20	31	20
Sozialhilfe ⁴	17	43	27	8	12
staatl. Versorgungs- bzw. Entschädigungs- + leistungen ⁵	4	6	2	5	11
sonstige finanzielle Hilfen ⁶	10	2	8	13	1
Keine finanzielle Hilfe zur Pflege auf gesetzlicher Grundlage	41	37	38	43	56
Keine Angaben über finanzielle Hilfen	6	11	8	4	10
Insgesamt	100	100	100	100	100

1 Berechnet auf der Basis von 2,53 Mio. zu Hause lebenden Hilfs- und Pflegebedürftigen; Bundesrepublik 1978. – Die einzelnen Gruppen sind wie folgt besetzt: Pflegebedürftige insgesamt: 1,565 Mio. Personen (davon: Schwerstpflegebedürftige: 0,21 Mio., Schwerpflegebedürftige: 0,42 Mio., Leichtpflegebedürftige: 0,935 Mio.), Hilfebedürftige: 0,965 Mio. – Zur Definition dieser Hilfegradgruppen siehe näher Brög u. a. 1980, S. 38–38.

2 Aufgrund von Mehrfachnennungen pro Person ergibt die Summe der einzelnen Hilfearten nicht die oben angegebene Prozentzahl.

3 Z. B. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Unfallversicherung, Erwerbsunfähigkeits- und andere Invalidenrenten, Unfallrenten usw.

4 Hauptsächlich Hilflosen-Pflegegeld, Eingliederungshilfe für Behinderte, Hilfe zur Weiterführung des Haushalts; Zuschüsse wegen krankheitsbedingt höherer Lebenshaltungskosten in Form von Ernährungszulage, Diabetikergeld usw. nach dem Bundes-Sozialhilfegesetz.

5 Hauptsächlich Leistungen aus der Kriegsopfersorgung, dem Lastenausgleich usw.

6 Insbesondere Leistungen mit Vergünstigungscharakter, z. B. erhöhter Steuerfreibetrag, Erlass der Radio- und Fernsehgebühren, Ermäßigung oder Preisnachlaß für die Besitzer von Schwerbeschädigtenausweisen usw.

Quelle: Socialdata; Brög u. a. 1980, S. 70.

digungsleistungen haben dagegen nur einen verhältnismäßig geringen Stellenwert für die Pflegebedürftigen, einen höheren dagegen für die „nur“ Hilfsbedürftigen: von ihnen erhält jeder neunte (11 Prozent) derartige Hilfen zur Pflege. In der Gruppe dieser Hilfsbedürftigen im weiteren Sinne (das sind u. a. Blinde, Stumme, Taube sowie anderweitig in ihrer Kommunikationsfähigkeit und ihrem Aktionsradius eingeschränkte Personen) erhält darüber hinaus jeder fünfte Versicherungsleistungen zur Pflege (20 Prozent) und jeder achte Pflegeleistungen aus der Sozialhilfe (12 Prozent). Beinahe 6 von 10 Hilfsbedürftigen erhalten keinerlei Finanzhilfen auf gesetzlicher Grundlage. Betrachtet man die Häufigkeit der Hilfearten nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit ihrer Empfänger, so fällt auf, daß die schweren Pflegefälle überdurchschnittlich häufig Sozialhilfeleistungen in Anspruch nehmen.

Nachweisen läßt sich ferner, daß der Anteil der Empfänger finanzieller Hilfen zur Pflege auf gesetzlicher Grundlage mit dem Alter der Pflegebedürftigen sinkt: Während fast vier Fünftel (79 Prozent) der 7–17jährigen Pflegebedürftigen solche Leistungen erhalten, sind es bei den über 79jährigen weniger als die Hälfte (45 Prozent) (vgl. Brög u. a. 1980, S. 71f.). Allerdings ist dabei zu beachten, daß in der untersten Altersgruppe außer Leistungen der Sozialhilfe u. a. deshalb keine anderen Hilfen in Anspruch genommen werden (können), da in der Regel noch keine Versicherungsansprüche (aus sozialversicherungspflichtiger Erwerbstätigkeit) erworben worden sind. Ferner ist zu berücksichtigen, daß in den oberen Altersgruppen zu den Pflegeleistungen aus unterschiedlichen Quellen noch Leistungen aus der Altersversorgung (Rente) usw. hinzukommen.

Über die finanzielle Lage von Pflegebedürftigen in Heimen und anderen stationären Pflegeeinrichtungen liegen ebenfalls nur Daten vom Ende der siebziger Jahre vor. Die Bundesregierung nimmt in ihrem „Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit“ (1984, S. 7) an, „daß etwa 30 Prozent aller stationär untergebrachten Pflegebedürftigen die Kosten der Pflege voll aus eigenen Mitteln tragen können“, während der größere Anteil – über zwei Drittel der pflegebedürftigen Heimbewohner – „ganz oder teilweise auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen“ sind. Nach einer Zusatzerhebung zur jährlichen Sozialhilfe-Statistik aus dem Jahr 1977 (die seitdem nicht mehr durchgeführt wurde) verfügten von den pflegebedürftigen Sozialhilfeempfängern in Einrichtungen

- 25 Prozent über kein Einkommen,
- 32 Prozent über weniger als 800 DM monatlich,
- 37 Prozent über 800 bis 1.200 DM monatlich und
- 6 Prozent über mehr als 1.200 DM monatlich.¹

Demnach hatte weit mehr als die Hälfte der stationär versorgten pflegebedürftigen Sozialhilfeempfänger kein Einkommen oder keines in nennenswerter Höhe. Als Gründe hierfür nennt die Bundesregierung „häufig angeborene Behinderungen, die eine übliche Einkommenssicherung verhindert haben“, sowie einen hohen Anteil von Frauen mit niedrigen Renten unter den stationär Pflegebedürftigen (Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit 1984, S. 7). Aus dieser – zahlenmäßig nicht unbedeutenden – Gruppe von Heimbewohnern rekrutieren sich in erster Linie die mit weniger als 200 DM monatlich abgespeisten „Taschengeldempfänger“ – ein vom herrschenden Sozialrecht vernachlässigter Teil der Bevölkerung, dem letztlich erst auf dem Weg grundsätzlicher Umorientierungen in der Sozialpolitik (vgl. die Diskussion über Mindesteinkommen, Grundsicherung u. ä.) ein finanziell halbwegs abgesichertes Dasein ermöglicht werden könnte.

Öffentliche und private Ausgaben für Pflegeleistungen

Unter den gegenwärtigen Bedingungen werden Pflegeleistungen nicht nur weitestgehend privat erbracht (in der häuslichen Pflege zumeist von Familienangehörigen der Pflegebedürftigen), sondern in starkem Maße auch direkt (Kostenanteil) für Heimunterbringung und häusliche Pflegeaufwendungen und indirekt (z. B. durch Aufgabe der Erwerbstätigkeit der Pflegeperson) privat finanziert. Die vorliegenden Daten illustrieren diesen Sachverhalt nur unvollständig, da sich das gesamte Ausmaß der privat erbrachten (und hier besonders der familiär-„ehrenamtlichen“) Pflegeleistungen nicht abschätzen läßt. Dieses dürfte jedoch weitaus höher liegen als hier angegeben. Immerhin zeigen die – z. T. geschätzten – Daten, daß der privat finanzierte Anteil an den häuslichen und stationären Pflegekosten ca. 44 Prozent, der aus verschiedenen Quellen öffentlich oder quasi-öffentlicht (z. B. Sozialversicherung) finanzierte Anteil etwa 56 Prozent der Gesamtaufwendungen ausmacht. (Tabelle 2)

Von den für Pflegeleistungen insgesamt ausgegebenen rund 11,6 Mrd. DM werden rund 6,5 Mrd. DM öffentlich und (mindestens) ca. 5,1 Mrd. DM privat finanziert. Unter den öffentlichen Aufwendungen machen allein die (Netto-)Leistungen der Sozialhilfe für Pflege mit rund 4,5 Mrd. DM gut zwei Drittel aus.

Ein etwas anderes Bild ergibt sich, wenn man die Ausgaben für ambulante und stationäre Pflege gesondert betrachtet: Zunächst einmal wird deutlich, daß das Schwergewicht der Ausgaben im stationären Sektor liegt: Für die Heimpflege werden gut zwei Drittel (8,1 Mrd. DM) der Gesamtausgaben aufgewendet, für die ambulante Pflege

dagegen nur rund ein Drittel (3,5 Mrd. DM). Bei den von öffentlich-rechtlichen Trägern verausgabten Mitteln beträgt das Verhältnis zwischen stationär und ambulant ebenfalls etwa 2:1. Vergenwärtigt man sich zudem das Verhältnis der Zahl stationär versorgter Pflegebedürftiger zu den in häuslicher Pflege Betreuten (etwa 1:10), dann wird deutlich, wie schlecht es um die öffentliche finanzielle Unterstützung zu Hause lebender Pflegebedürftiger (und ihrer Familien) trotz aller gegebenen Beteuerungen z. B. der Bundesregierung („ambulant vor stationär“, „Schutz und Förderung der Familie“ usw.) bestellt ist. Zugleich läßt sich an diesen Zahlen ablesen, wie kostenintensiv der stationäre Pflegesektor verglichen mit dem ambulanten ist – und dies vor dem Hintergrund einer (quantitativ wie qualifikationsmäßig) gegenwärtig sicher noch zu schlechten Personal ausstattung. Dies gilt erst recht, wenn man berücksichtigt, daß nicht alle privaten Aufwendungen für ambulante Pflegeleistungen in die vorliegenden Schätzungen und Berechnungen eingegangen sind.

Im Bereich der stationären (Heim-)Pflege sind die privaten Aufwendungen in etwa gleich hoch wie die öffentlichen Ausgaben. Daran wird sichtbar, in welchem Ausmaß stationär versorgte Pflegebedürftige und deren Angehörige zur Finanzierung der Heimpflege herangezogen werden. Außer der Sozialhilfe, die fast 90 Prozent der öffentlich getragenen Kosten der stationären Versorgung übernimmt, tragen andere öffentliche Leistungsträger kaum zu den stationären Pflegekosten bei (von öffentlichen Investitionen und Zuschüssen zum Bau und Unterhalt stationärer Einrichtungen einmal abgesehen). Dagegen spielt die Sozialhilfe für die häusliche pflegerische Versorgung unter den öffentlichen Trägern insgesamt gesehen nur eine geringere Rolle; sie finanziert

Tabelle 2:
Netto-Ausgaben für Pflegeleistungen nach Leistungsträgern 1982 (in Mio. DM)¹

Leistungsträger	Ausgaben für		
	stationäre Pflege	ambulante Pflege	insgesamt
Kriegsopferversorgung ²	206,4 ³	452,9 ³	659,3
Lastenausgleich	3,9	172,0	175,9
Beihilfe für Beamte	236,0	–	236,0
Landes-Pflegegesetze ⁴	–	210,0	210,0
Gesetzliche Unfallversicherung	2,0 ³	80,0 ³	82,0
Gesetzliche Krankenversicherung ⁵	–	210,5	210,5
Träger ambulanter Einrichtungen ⁶	–	500,0	500,0
Sozialhilfe ⁷	3671,5	782,7	4454,2
Summe öffentlich-rechtliche Träger	4119,8	2408,1	6527,9
Private Aufwendungen ⁷	4000,0	1100,0	5100,0
Zusammen	8119,8	3508,1	11627,9

1 Daten z. T. geschätzt.

2 Netto-Ausgaben; Einnahmen aus Überleitungen, insbesondere von Ratten und Unterhaltsansprüchen, wurden von den in der amtlichen Statistik ausgewiesenen Brutto-Ausgaben abgezogen. Diese dürften sich bei der Sozialhilfe auf etwa 30 Prozent der Ausgaben für stationäre Unterbringung belaufen; das sind rund 1,6 Mrd. DM. Bei der Kriegsopferfürsorge im Rahmen der Kriegsopferversorgung sind es geschätzt rund 0,2 Mrd. DM. Die Brutto-Ausgaben der Sozialhilfe („Hilfe zur Pflege“) beliefen sich auf rund 6 Mrd. DM. – Vgl. Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, S. 8.

3 Aufteilung in Aufwendungen für stationäre und ambulante Pflege geschätzt. – Vgl. Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, S. 8.

4 Nur in Bremen, Rheinland-Pfalz und Berlin/West.

5 Aufwendungen für häusliche Krankenpflege nach § 185 RVO lt. Angaben des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. – Vgl. Forum Sozialstation 25/1983, S. 9.

6 Geschätzte Nettobelastung. – Vgl. WldO 1984, S. 184 und 206.

7 Private Aufwendungen für die ambulante Pflege auf der Basis von Modellberechnungen für Schwerst- und Schwerpflegebedürftige geschätzt (nur Sachmittel-Aufwand). – Vgl. Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, S. 8.

Quelle: Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, S. 8; WldO 1984, S. 184; Forum Sozialstation 25/1983, S. 9.

hier nur ein knappes Drittel der Pflegeleistungen, während andere staatliche Leistungsträger und die Unfall- und Krankenversicherung, in besonderem Umfang jedoch auch die Träger sozial-pflegerischer Einrichtungen (Städte und Gemeinden, „Wohlfahrtsverbände“) selbst zur Finanzierung beitragen. Immerhin (mindestens) ein Drittel der Ausgaben für häusliche Pflege muß privat getragen werden. Sie liegen tatsächlich viel höher als hier angenommen, denn die angeführten Daten umfassen nur die (geschätzten) Sachmittel-Kosten, die für die Pflege Schwerst- und Schwerpflegebedürftiger aufgewandt werden müssen. Hinzuzurechnen wären noch die in ihrer Höhe nicht bekannten Kosten der Versorgung leichterer Pflegefälle, die Ausgaben für privat bezahltes Pflegepersonal sowie als fiktive Kosten die Einkommen aus „erlangter Erwerbstätigkeit“ von Pflegekräften in der Familie von Pflegebedürftigen, nicht realisierte Rentenansprüche dieser Pflegepersonen und vieles andere mehr.

Die Entwicklung der Kosten der pflegerischen Versorgung

Die Aufwendungen für Pflegeleistungen sind in den letzten anderthalb Jahrzehnten sehr stark gestiegen. Betrachtet man allein die beiden inzwischen wohl wichtigsten öffentlich-rechtlichen Kostensträger, für die verwertbare Daten in Zeitreihenform vorliegen, nämlich die Sozialhilfe und die GKV, dann zeigt sich, daß die Ausgabensteigerungen im Pflegesektor sehr wesentlich von den stark gestiegenen Heimplatz-Kosten und erst in zweiter Linie vom Wachstum der Zahl der Pflegebedürftigen bestimmt werden.

Die Sozialhilfe-Statistik² weist für den Zeitraum 1970 bis 1985 eine von 260 000 auf 467 000 um rund 80 Prozent gestiegene Zahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ aus, wobei der Anstieg bei Empfängern außerhalb von Einrichtungen (95 000/215 000; + 126 Prozent) deutlich höher ausfällt als bei Empfängern in Pflegeeinrichtungen (166 000/252 000; + 49 Prozent). Im gleichen Zeitraum haben sich die Ausgaben für „Hilfe zur Pflege“ von 1,1 Mrd. DM 1970 auf 7,1 Mrd. DM 1985 mehr als versechsfacht (+ 545 Prozent).³ Fast neun Zehntel dieser Kosten (rund 6,3 Mrd. DM) wurden 1985 für Heimbewohner aufgewendet, nur rund 12 Prozent der Ausgaben (0,8 Mrd. DM) gingen an zu Hause lebende Empfänger. Bei den Ausgaben sind für die Empfänger außerhalb von Einrichtungen stärkere Steigerungsraten zwischen 1970 und 1985 festzustellen (+ 566 Prozent) als für Heimbewohner (+ 542 Prozent), was jedoch auf deren stärker gestiegene Zahl zurückzuführen ist. Je Hilfeempfänger haben sich die Aufwendungen insgesamt von 4 257 DM 1970 auf 15 296 DM 1985 erhöht (+ 259 Prozent), wobei die Steigerung der Fallausgaben je Hilfeempfänger außerhalb von Einrichtungen mit 194 Prozent schwächer ausfiel als je Hilfebezieher in Einrichtungen (+ 324 Prozent). Demnach sind eindeutig die Kosten für die stationäre Versorgung Pflegebedürftiger (überwiegend in Heimen), die 1985 im Durchschnitt fast 25 000 DM je Fall betrugen (1970: 5 900 DM) für die starke Expansion der Ausgaben verantwortlich. Dagegen ist die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger im Rahmen der Sozialhilfe für die öffentlichen Träger relativ billig: Je Fall wurde hierfür 1985 nur etwa ein Sechstel des für Heimunterbringung aufgewendeten Betrages ausgegeben, nämlich 3 944 DM (1970: 1 342 DM).

Es wurde bereits angedeutet, daß nur etwa jeder sechste zu Hause lebende Pflegebedürftige in der Bundesrepublik Sozialhilfeleistungen zur Pflege erhält (Tabelle 1). Wie hoch die Zahl der anspruchsberechtigten selbst nach den rigiden Kriterien des Sozialhilferechts tatsächlich ist, läßt sich nicht feststellen. Sie dürfte jedoch wesentlich über den hier ausgewiesenen Zahlen liegen, wobei nicht ausgenutzte Ansprüche auf Sozialhilfe-

leistungen schwerpunktmäßig eher bei zu Hause lebenden Pflegebedürftigen auszumachen sein dürften als bei Heimbewohnern.

Angesichts dieser Zusammenhänge ist leicht vorstellbar, was passieren könnte, wenn eine weiter wachsende Zahl zu Hause lebender Hilfeberechtigter in Zukunft auch ihre Ansprüche durchsetze und gleichzeitig die stationären Versorgungskapazitäten und damit die Zahl der Heimbewohner weiter wachsen: Das Sozialhilfe-System, zu mehr als 40 Prozent durch kommunale Träger finanziert, das aufgrund der allgemeinen Finanznot der Städte und Gemeinden, der Ausbreitung der „neuen Armut“ infolge hoher und lang andauernder Arbeitslosigkeit schon länger starken Belastungen ausgesetzt ist, wäre diesen Anforderungen nicht mehr gewachsen. 1985 machten die „Hilfen zur Pflege“ mit mehr als einem Drittel (34,3 Prozent) nach den „Hilfen zum Lebensunterhalt“ (38,5 Prozent) bereits den zweitgrößten Anteil an den Sozialhilfe-Ausgaben aus. Da die „Hilfe zur Pflege“ im Unterschied zu anderen Sozialhilfeleistungen zudem eine langfristig angelegte Hilfeform ist, ihre Empfänger zumeist alte und dauerhaft pflegebedürftige Menschen mit geringen Renteneinkünften sind und sie außerdem zu den ausgabenintensivsten Hilfearten je Empfänger zählt, werden sich die Finanzierungsprobleme für die Träger der Sozialhilfe mittelfristig wahrscheinlich drastisch verschärfen.

In prinzipiell ähnlicher Weise – wenn auch augenblicklich noch in wesentlich kleinerer Dimension – stellt sich die Kostenfrage auch für einen anderen Träger von (allerdings nur häuslichen) Pflegeleistungen, nämlich die Gesetzliche Krankenversicherung. Diese wendet zwar augenblicklich nicht mehr als 0,4 Prozent ihrer Leistungsausgaben für häusliche Krankenpflege (nach § 185 RVO) auf, aber mit steigender Zahl ambulant tätigen Pflegepersonals, der weiteren Verringerung der Krankenhaus-Verweildauern und langfristigen Veränderungen in der Alters- und Sozialstruktur der Bevölkerung wird auch hier die Nachfrage nach Pflegeleistungen wachsen und in stärkerem Maße auch befriedigt werden (können).

Ein Anzeichen für diese Entwicklung ist der rasche Anstieg der GKV-Ausgaben für häusliche Krankenpflege bereits im vergangenen Jahrzehnt (Abb. 5): Wurden hierfür 1973 von den Krankenkassen erst rund 11 Mio. DM aufgewendet, so waren es 1986 schon mehr als 463 Mio. DM, was einer Steigerung auf gut das 40-fache und einer jahresdurchschnittlichen (l) Wachstumsrate von etwa 31 Prozent entspricht (Quelle BMAS). Im Zeitalter der „Kostendämpfung“ ähnlich hohe Steigerungsraten in anderen Zweigen der GKV zu finden, dürfte schwerfallen. Gleichwohl spielt dieser Ausgabenposten für die GKV noch lange keine bedeutende Rolle. Ob sich die mit dem Ausbau des ambulanten pflegerischen Sektors langfristig verbundenen Hoffnungen auf entsprechende – wenn nicht höhere – Einsparungen im Krankenhausbereich realisieren lassen, ist fraglich. Denn einmal vollziehen sich derartige Entwicklungen in den einzelnen Bereichen der Krankenversorgung weitgehend unkoordiniert: Es gibt keine Institution im Gesundheitswesen, deren ausdrückliche Aufgabe es – und die in der Lage wäre, Patientenströme gleichsam von einem Sektor der Versorgung in einem anderen „umzulenken“. Zum anderen ist derzeit überhaupt nicht bekannt, wie hoch die Betreuungskapazitäten des ambulanten pflegerischen Sektors sind, d.h. wieviele Patienten versorgt werden (können). Daher sind die möglichen Entlastungseffekte des ambulanten Sektors zugunsten des Krankenhaussektors auch nur sehr schwer abzuschätzen.

Wie billig häusliche Krankenpflege auch für die GKV ist, zeigt folgender Vergleich: 1986 gaben

alle gesetzlichen Krankenkassen je Mitglied (einschl. Rentnern) 12,71 DM für häusliche Krankenpflege aus; am wenigsten die Ersatzkassen für Arbeiter (6,32 DM) und Angestellte (6,69 DM), die Innungskrankenkassen (6,88 DM) und die Seekrankenkasse (9,95 DM), am meisten die Bundesknappenschaft (Bergbau) (30,82 DM), die landwirtschaftlichen Krankenkassen (28,65 DM) und die Ortskrankenkassen (15,91 DM). Im gleichen Jahr wandte die GKV dagegen pro Mitglied für die Krankenhauspflege fast den hundertfachen Betrag (1 027,42 DM), für die ambulante ärztliche Behandlung immer noch beinahe das Fünfzigfache (558,89 DM) auf.⁴

Dieses Mißverhältnis zwischen häuslicher Krankenpflege einerseits und ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhauspflege andererseits wird sich in nächster Zeit selbst dann nicht grundlegend verändern, wenn die Leistungsverpflichtung der GKV für häusliche Pflege im Rahmen einer sog. Strukturreform – wie augenblicklich diskutiert – erweitert werden sollte. Die aus dem Bundesarbeitsministerium hierzu bislang bekanntgewordenen Pläne sehen jedenfalls nicht vor, den „reinen“ Pflegefall (d.h. ohne das Vorliegen ärztlich attestierter Krankheit im Sinne der GKV) generell, d.h. für alle Pflegebedürftigen, im Rahmen der Krankenkassen-Leistungen abzusichern. An die Einführung einer Pflegeversicherung oder einer gesetzlichen Regelung zur finanziellen Absicherung aller Pflegebedürftigen scheint die Bonner Regierungskoalition trotz entsprechender Initiativen des Bundesrats und der Grünen im Bundestag demnächst ebenfalls nicht zu denken. Alles in allem kurzfristig keine rosigen Aussichten für die Pflegebedürftigen.

Anmerkungen

- 1 Für nähere Angaben siehe: Empfänger von Hilfe zur Pflege 1977, in: Wirtschaft und Statistik 10/1979, S. 759 ff.; Leistungen der Sozialhilfe für Pflegebedürftige 1977, in: Wirtschaft und Statistik 3/1980, S. 198 ff.
- 2 Zu den folgenden Daten aus der Sozialhilfe-Statistik vgl. Wirtschaft und Statistik, lfd.
- 3 Bei diesen Angaben handelt es sich im Unterschied zu den vorher angeführten Daten um unbereinigte Brutto-Ausgaben der Sozialhilfe.
- 4 Alle Daten zu den GKV-Ausgaben für häusliche Pflege nach Angaben des Bundesarbeitsministeriums. – Vgl.: Forum Sozialstation 25/1983, S. 9; Bundesarbeitsblatt, lfd; eigene Berechnungen.

Literatur

- Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit. Bundestags-Drucksache 10/1943 vom 5.9. 1984.
- Brög, W. u.a.: Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Stuttgart usw. 1980 (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Band 80.) [= Socialdata-Studie]
- Deininger, D.: Sozialhilfeaufwand 1985, in: Wirtschaft und Statistik 11/1986, S. 904 ff.
- Empfänger von Hilfe zur Pflege 1977, in: Wirtschaft und Statistik 10/1979, S. 759 ff.
- Forum Sozialstation 25/1983, S. 9.
- Leistungen der Sozialhilfe für Pflegebedürftige 1977, in: Wirtschaft und Statistik 3/1980, S. 198 ff.
- Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO): Ausgewogene Absicherung von Gesundheitsrisiken, Bonn 1984 (WIdO-Schriftenreihe, Band 7).

Das Datenmaterial liegt auch in übersichtlicher Darstellung in Form von Diagrammen vor. Sie können gegen 2 Mark in Briefmarken von der Redaktion bezogen werden.

Einplanung des Gesundheitswesens für Verteidigungsbelange

Nicht erst mit dem Gesetzentwurf des Innenministeriums zum Zivilschutz wird das Gesundheitswesen für den sogenannten „Verteidigungsfall“ fest verplant. Wir dokumentieren eine Aufstellung der Bedarfszahlen für Schwesternhelferinnen und den Stand des Baus von „Hilfskrankenhäusern“. Zusammengestellt wurden die Daten von Christian Busold.

I. Schwesternhelferinnen

„Der in einem Verteidigungsfall entstehende Bedarf an Pflegekräften in Krankenhäusern, Hilfskrankenhäusern und in der ortsfest militärischen Lazarettorganisation der Bundeswehr soll vornehmlich durch den Einsatz von Schwesternhelferinnen (SH) gedeckt werden. Diesem Zweck dient die im Auftrag des Bundes, von DRK, Maltesern und Johannitern durchgeführte Aus- und Fortbildung von SH“ („Zivilschutz heute“, BMI 1980, Seite 47/48).

Schon bevor die Notstandsgesetze 1968 unter anderem die Möglichkeit schufen, Frauen im Kriegs- oder Spannungs-Fall zwangsweise zu Sanitätsdiensten zu verpflichten (Art. 12a, 80a GG), führten seit 1961 die genannten Hilfsorganisationen 28-tägige Ausbildungskurse durch. Allein der Arbeiter-Samariterbund als vierte große Hilfsorganisation hat sich an der Durchführung dieser Kurse ausdrücklich wegen deren Ausrichtung auf den Kriegsdienst nicht beteiligt (vgl. Zeit. 20. 10. 80). Die Kurse werden seither zu 30 % aus dem Verteidigungsetat (Kapitel 1408 – Sanitätswesen –, Titel 671.01: lt. Haushaltsentwurf 1988 2785 Tausend DM) und zu 70 % aus dem Zivilverteidigungs-Etat des BMI (Kapitel 3804, Titel 671.73: lt. Haushaltsentwurf 1988 6500 Tausend DM) finanziert.

Nach der Vereinbarung zwischen dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung und den Hilfsorganisationen von 1980 haben letztere die Einsatzbereitschaft der von ihnen ausgebildeten Schwesternhelferinnen u. a. mit zu gewährleisten, z. B. indem sie die Bedarfsträger ständig über Adressenänderungen der SH unterrichten. Wer während der Kursausbildung die Verpflichtungserklärung für den Kriegseinsatz bzw. Auswahl unter den o. g. drei Einsatzbereichen verzögert, wird von der weiteren Kursteilnahme ausgeschlossen, da „das Übungziel nicht erreicht werden kann“.

Während diese Grundlagen vielfach schon veröffentlicht worden sind, ist die Tatsache noch weitgehend unbekannt, wie hoch die Bedarfszahlen der verschiedenen Einsatzbereiche angesetzt worden sind. Der Gesamtbedarf wird mit rund 174 000 SH beziffert. Im Hinblick auf die tatsächliche Verfügbarkeit im Kriegsfall gehört eine doppelte Ausbildungszahl angestrebt, woraus sich ein Ausbildungssoll von rund 348 000 ergibt. Hier von sind nach den Unterlagen der Arbeitsämter 1987 verfügbar gewesen 252 510 Schwesternhelferinnen. Von dem o. g. Gesamtbedarf entfallen 124 000 SH (71,26 %) auf den zivilen Bereich und 50 000 SH (= 28,74 %) auf den Bundeswehrbereich. Aus diesen Bedarfszahlen folgt im übrigen auch die Kostenaufteilung. Im einzelnen stellt sich der Bedarf wie folgt dar: (Tabelle 1)

Jede Schwesternhelferin kann sich nun selbst ausrechnen, an welchem Einsatzort sie bereits eingepflanzt ist. Denn dieser soll im „Tagespendelverkehr“ von ihrem Wohnort aus erreichbar sein, um die SH „auch im Spannungs- oder Verteidigungsfall in ihrem gewohnten Lebensbereich zu belassen“ (Nr. 1b der o. g. Vereinbarung). Dort selbst sollen sie in Fortbildungskursen grundsätzlich „mit ihren Aufgaben in einem Spannungs- oder Verteidigungsfall objektbezogen vertraut“ gemacht werden (Nr. 4.3 der „Gemeinsamen Regelung zur Feststellung und Deckung des Bedarfs an Arbeitskräften im zivilen Gesundheitswesen sowie in der ortsfesten militärischen Lazarett-Organisation“ vom 17. 7. 1980).

II. Hilfskrankenhäuser

Das „demokratische gesundheitswesen“ 2/1983 veröffentlichte eine Liste von 190 Hilfskrankenhäusern (HKS) mit insgesamt 75 535 Betten (Stand 1982). Seither sind 24 weitere Objekte mit 5042 zusätzlichen Betten fertiggestellt worden (zuletzt Anfang 1987 St. Michaelisdonn in Schleswig-Holstein und Aarbergen-Kettenbach; das

Objekt Altleiningen in Rheinland-Pfalz wurde wegen Unwirtschaftlichkeit aufgegeben). Im einzelnen stellt sich die Situation wie folgt dar: (Tabelle 2)

In Bau sind zur Zeit vier Objekte mit insgesamt 1507 Bettenplätzen (Wilhelmshaven, Niedersachsen; Münster, NRW; Bad Ems, Rh-Pf; Heckeshorn, Berlin). Dabei handelt es sich bei zwei Objekten um einen Vollausbau mit insgesamt 600 Bettenplätzen, bei den zwei weiteren um das erweiterte Sofortprogramm mit insgesamt 907 Bettenplätzen. Geplant bzw. bereits im Bau sind Objekte in Stade, Kleinostheim und Markt Geisenhausen.

Die Bundesländer-Konferenz vom 25. 6. 1986 hat die Überarbeitung der „Bautechnischen Grundsätze für Hilfskrankenhäuser und Richtlinien für die Vorbereitung von Hilfskrankenhäusern“ sowie die gezielte Fortführung des Bauprogramms beschlossen. Die Restkosten für die vier in Bau befindlichen sowie die drei genannten neuen Objekte betragen nach derzeitiger Schätzung 43,6 Mio. DM.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, daß der ehemalige Inspekteur des Heeres, Generalleutnant von Sandrat (ab 1. 10. 1987 alliierter Oberbefehlshaber Europa-Mitte), gefordert hat, auf dem Gebiet der sanitätsdienstlichen Versorgung der Bundeswehr müsse stärker auf zivile Krankenhäuser zurückgegriffen werden können. Dies setzt allerdings die Verabschiedung des Gesundheitssicherstellungs-Gesetzes voraus. (vgl. „Die Bundeswehr 10/1987“). Daher kann man zumindest darüber sinnieren, ob nach den derzeitigen Planungen außer Zivilisten auch Militärs in

Tabelle 1

1. Im zivilen Gesundheitswesen

1.1 in Hilfskrankenhäusern	
– 100 000 Bettenplätze in baulich vorbereiteten Objekten	
– 120 000 Bettenplätze in baulich nicht vorbereiteten Objekten	
Gemäß Stärke- und Ausstattungsnachweis (STAN)-Entwurf: 42 SH pro 200 Betten ergibt 46 200 SH	
1.2. in Krankenhäusern als Ersatz für die für Hilfskrankenhäuser im Verhältnis 1:4 abzuziehenden rund 16 500 Krankenschwestern	66 000 SH
1.3 für die Kapazitätserweiterung von Krankenhäusern	12 000 SH
	124 200 SH
2. im Bundeswehrbereich	
2.1. in Reservelazaretten	10 000 SH
2.2. als Ersatz für die in Reservelazarett im Verhältnis 1:4 aus Krankenhäusern abgezogenen rund 10 000 Krankenschwestern	40 000 SH
	50 000 SH
3. Gesamtbedarf: rd. 174 000 SH	

(Anmerkung: Während diese Zahlen dem Erläuterungsband zum Haushaltsentwurf 1988 entstammen, nennt der Generalarzt des Heeres, Dr. med. Schaefer, für die BW-Reservelazarett einen Bedarf von 7000 SH und 17 400 Krankenschwestern; vgl. „Die Bundeswehr 6/87“. Die Diskrepanz kann hier nicht erklärt werden).

Tabelle 2

Hilfskrankenhäuser mit einfacherem Sofortprogramm (nur oberirdische Vorbereitung)	Anzahl	Bettenplätze
erweitertem Sofortprogramm (Unterbringung der Funktionsräume und ggf. der Frisch-Operierten-Stationen im Grundschutz und der Bettenräume oberirdisch)	68	32 228
Vollausbau (Unterbringung komplett im Grundschutz)	17	8 774
	214	80 577

den HKS untergebracht werden sollen. Hierfür spricht, daß zumindestens bis vor kurzer Zeit nach den Richtlinien über die Standardausstattung der HKS dort jeweils Exemplare der berüchtigten ZDv 49/50 („Die dringliche Kriegschirurgie“) zu lagern waren, also eine Versorgungsanleitung nach militärispezifischen Kriterien.

III. Sanitätsmaterial

In besonderen Sanitätsmaterial-Lagern werden zur Zeit Arzneimittel zur Versorgung von 240 000

Verletzten, Verbandsstoffe für 290 000 und ärztliches Gerät für 206 000 Verletzte gelagert.

IV. Forschungsvorhaben der Schutzkommis- sion

Die seit 1951 bestehende „Schutzkommision beim BMI“ hat für 1988 folgende Forschungsvorhaben vorgesehen:

1. Radioaktive Kontamination (Schnellmeßmethoden für Trinkwasser und Lebensmittel; Personen-dosimetrie; Neutronenabschirmung)

2. Strahlenwirkung/Strahlenkrankheit bei Gamma- und Neutronenstrahlen (Diagnose: biologische Dosimetrie; Prophylaxe-Therapie: chemischer Strahlenschutz).

3. Katastrophenmedizin (Polytrauma inkl. Verbrennungs-krankheiten: biochemisches Geschehen, Diagnose-Therapie; chemische Stoffe; Therapiemöglichkeiten; Immunologie-Schnelldiagnose-Therapie; Verhalten in Belastungssituationen; Reaktionsvorhersagemöglichkeiten, insbesondere für Führungskräfte, Handlungsanweisungen und Therapiemodelle).

Fallpauschalen

Ein Preissystem für Krankenhausleistungen?

**Kostendämpfung im Krankenhaus – nach den Vorstel-
lungen marktwirtschaftlich orientierter Gesundheitsöko-
nomen soll das mittels fallspezifisch fester Vergütungs-
sätze erfolgen. Erich Standfest, Referatsleiter für
Gesundheitspolitik beim DGB-Bundesvorstand, kritisiert
das US-amerikanische Modell.**

„Reisen bildet“! Getreu diesem Motto zogen vor einigen Jahren marktwirtschaftlich orientierte Ökonomen aus der Bundesrepublik in das „ge-lobte Land“, die USA, um dort die Segnungen der Marktsteuerung im Gesundheitswesen zu studieren. Sie wurden fündig, und alsbald verkündeten die Heimgekehrten den staunenden Daheimgebliebenen die Patentrezepte für eine wirtschaftlichere und qualitativ bessere Krankheitsversorgung. Insbesondere die Konzepte HMO (Health Maintenance Organisations) und DRG (Diagnosis Related Groups) hatten das Wohlgefallen der Gesundheitsökonomie gefunden. Was man geflissentlich übersehen hatte: Obwohl das amerikanische Gesundheitswesen das teuerste der Welt ist, werden die Ziele der Bedarfsgerechtigkeit und der Chancengleichheit dort eklatant verfehlt.

Das Konzept der DRG (Dieardschies, wie die Kenner das Kürzel in amerikanischem Slang gebräuchlich zu dehnen pflegen) fand – soweit zu sehen ist – als einziges der marktwirtschaftlichen Mitbringsel Eingang in die seriöse politische Diskussion. In der neugeregelte Bundespflegesatzverordnung wurde aufgenommen, daß dieses Konzept in Modellvorhaben erprobt werden sollte, der Bundesarbeitsminister hat dazu einen Forschungsbericht erstellen lassen (Nr. 143 der Reihe Gesundheitsforschung). Dieser Bericht und die darum geführte Diskussion haben aber die anfängliche Euphorie um dieses Konzept erheblich erschüttert: Die Nachteile dürften die möglichen Vorteile um etliches übersteigen.

Was sind DRG, und wozu sollen sie dienen?

DRG sind diagnoseorientierte Fallpauschalen, die, geht es nach den Befürwortern, dazu dienen sollen, für Krankenhausleistungen fallbezogene Preise als Vergütungssystem zu installieren: Jede Krankheit soll einen Preis haben. Für die Marktwirtschaftler liegen die Vorteile auf der Hand: Für die Krankenkassen entfällt das mühselige Geschäft, die Kostennachweise der Krankenhäuser studieren und prüfen zu müssen, sie zahlen für die Blinddarmoperation einen bestimmten, festgelegten Preis (in den USA meist staatlich administriert). Die Krankenhäuser, so die weitere Annahme, würden dadurch zu mehr Wirtschaftlichkeit animiert. Sie erhalten Preise für ihre Leistungen,

und wenn die Preise die Kosten übersteigen, kann Gewinn gemacht werden. Durch die so entstehende Konkurrenz würde gleichzeitig die Qualität der Krankenhausversorgung gesteigert.

Soweit die reine Theorie, die aber nicht mit der reinen Wahrheit verwechselt werden darf. Das Konzept hat nämlich so viele Pferdefüße, daß es beim Laufen ständig ins Stolpern kommt. Abgesehen davon, daß schon die Erstellung von DRG erhebliche methodische Probleme mit sich bringt, die Konsequenzen eines darauf basierenden Preissystems können außerordentlich bedenklich sein. Einige seien aufgezählt:

1. Die Ausgaben der Krankenkassen müssen in einem solchen System nicht notwendigerweise geringer werden, sie können sogar steigen. Warum? Schon der Volksmund weiß, wenn die Preise niedrig sind, „muß es der Umsatz bringen“. Anders ausgedrückt, ein Krankenhaus, das sich als Unternehmer betätigen muß, wird versuchen, die für sich günstigsten Fälle (in denen das Preis-Kosten-Verhältnis besonders positiv ist) zu maximieren. Niemand kann bestreiten, daß solche Möglichkeiten der autonomen Bestimmung der Fallzahlen gegeben sind.
2. Wer kostengünstig produzieren (beziehungsweise Dienstleistungen erbringen) will, kann versuchen, die Qualität (zum Beispiel Pflegeintensität, vorzeitige Entlassung) zu senken. Konsequenterweise wurden in den USA parallel mit DRG-Systemen aufwendige bürokratische Verfahren der Qualitätskontrolle eingeführt. Eine Verschlechterung der Qualität ist trotzdem wahrscheinlich, da das Krankenhauspersonal auf ökonomische Effizienz hin konditioniert wird. Die Humanität im Krankenhaus geht den Bach runter.
3. Für die Krankenhäuser kann es zum rentablen Zwang werden, schwere und komplizierte Fälle möglichst nicht aufzunehmen, wenn das Preis-Kosten-Verhältnis nicht stimmt.
4. Die Krankenhäuser spezialisieren sich, d.h. sie konzentrieren sich auf jene Fälle, bei denen der Preis in Relation zu den Kosten besonders rentabel ist. Darüber hinaus ist zu beachten, daß durch Spezialisierung in aller Regel kostengünstiger gewirtschaftet werden kann. Dies wäre auch nicht

weiter schlimm, wenn in einer Region dennoch eine umfassende Versorgung gewährleistet wäre. Aber dies kann kaum in jedem Fall garantiert werden, so daß letztlich doch wieder zur Sicherstellung des Versorgungsauftrags in der Region administrative Regelungen getroffen werden müssen, wenn nicht eine massive Verletzung von Patienteninteressen in Kauf genommen wird.

5. Schließlich muß noch gesehen werden, daß Fallpauschalen den Abrechnungs- und anderen Manipulationen Tür und Tor öffnen können: zum Beispiel Mehrfachentlassungen und -einweisungen, um den Preis entsprechend mehrfach abrechnen zu können; Aufsplitten des Einzelfalls in möglichst viele Fälle, für die es Geld gibt. Die weitere Folge wäre wiederum die Vermehrung bürokratischer Kontrollsysteme.

Als Ergebnis kann man festhalten: Diagnosebezogene Fallpauschalen als Preise für Krankenhausleistungen nützen weder den Patienten noch den Beschäftigten in den Krankenhäusern. Im Gegenteil: Die Krankheitsversorgung könnte sich sogar bedenklich verschlechtern. Bringen sie wenigstens den Krankenkassen und den dort Versicherten etwas in bezug auf geringere Ausgaben (steigerungen) und damit stabile Beitragsätze? Professor Kappler, einer der Fachberater des genannten Forschungsobjekts, kommt zu dem Ergebnis: „Im Übrigen hat sich in Amerika bisher keine Effizienzsteigerung nachweisen lassen.“

Von einer Einführung der DRG in der Bundesrepublik ist also entschieden abzuraten. Der DGB lehnt ein solches Preissystem ab, der Gründe gibt es genug. Allerdings könnte es sich als brauchbar erweisen, Kostenrechnungen im Sinne von Fallkosten aufzustellen, um für die Krankenhausleistungen ein Stück Transparenz herzustellen. Dadurch könnte nicht nur ein Instrument für das Krankenhausmanagement geschaffen werden, sondern auch eine bessere Grundlage für rationale Verhandlungen der Krankenkassen mit den Krankenhäusern und für eine genauere Bestimmung des Versorgungsauftrages der Häuser. Transparenz und Rationalität scheinen allemal bessere (für alle Beteiligten) Voraussetzungen für Verhandlungen und brauchbare Ergebnisse zu sein als das heute häufig dominierende Mißtrauen: Die einen (die Krankenkassen) fühlen sich übervorteilt, die anderen (die Krankenhäuser) unter Druck gesetzt. Dies ist der Preis der Undurchschaubarkeit. Er ist auf Dauer zu hoch, die Orientierung am Patienten kann auf der Strecke bleiben.

Der Artikel erschien zuerst in der Februarausgabe der Zeitschrift „Die Schwester/Der Pfleger“. Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Redaktion.

Mit Rebellen

Symposion über die Wirkung niedriger Strahlendosen

Wer in der strahlenbiologischen Forschung eine andere als die offizielle Meinung vertritt, wird in schon fast grotesker Manier in eine politische Schublade gesteckt. In Münster diskutierten jetzt die Kontrahenten miteinander

Haben niedrige Dosen von Strahlung eine Auswirkung auf den Menschen? Diese Frage ist geprägt von einer Auseinandersetzung, die bisher vorwiegend auf Nebenschauplätzen und in den Medien ausgetragen wurde. Nun konnte der Streit endlich einmal in einem ihm angemessenen Rahmen ablaufen: einem wissenschaftlichen Symposium. Eingeladen hatte der Leiter des strahlenbiologischen Instituts der Universität Münster, Professor Köhlein.

Die Vermutungen über Wirkungen von Niedrigstrahlung reichen von positiv (im Fachjargon Hormesis) über Verneinung eines Zusammenhangs bis zu den warnenden Rufen der bisherigen Außenseiter. In kaum einem Bereich war eine wissenschaftliche Diskussion mit derartigen Frontenbildungen verbunden. Die strahlenbiologische Forschung ist ein Beispiel dafür, wie politische und wirtschaftliche Interessen mit einer eigenen „wissenschaftli-

chen“ Realität verbunden sind. Wer daran rüttelt, muß mit Diffamierung rechnen, die ihn in den unwissenschaftlichen Bereich abzudrängen versuchen.

Mit der Einführung der sogenannten zivilen Nutzung der Kernenergie – die Ereignisse von Hanau haben uns das Netz von ziviler und militärischer Nutzung aufgedeckt – mußte eine Zunahme der Belastung mit Radioaktivität in Kauf genommen werden. Störfälle waren in diesem Konzept nicht denkbar. Durch die enge Verzahnung von wissenschaftlichen Gremien wie der ICRP, der internationalen Kommission für Strahlenschutz, mit industriellen Kreisen, meist in Personalunion, war die Grenzwertdiskussion von einer klaren wirtschaftlichen Überlegung dominiert. Ein Lichtblick daher ein Symposium, wie es in Münster stattfinden konnte, bei dem die „Rebellen“ und Vertreter der offiziellen Wissenschaft zum ersten Mal miteinander diskutiert haben und sich dabei zwangsläufig auch zuhören mußten.

Über die Fakten (siehe Kasten) herrscht Einigung in der Fachwelt. Die entscheidende Frage jedoch, bei welcher Dosis was passiert, ist Kernpunkt

der Diskussion. Zweifelsohne ist die belebte Materie seit ihrem Entstehen einer überall vorhandenen Strahlung ausgesetzt und hat daher Reparaturmechanismen entwickelt. Die seit den 50er Jahren betriebene Nutzung der Kernenergie hat jedoch eine neue Situation in quantitativer und qualitativer Hinsicht geschaffen. Es wurden künstliche Substanzen erzeugt mit ungeklärtem Verhalten im Organismus (Stoffwechsel). Das allgemeine Strahlungsniveau, dem die Bevölkerung ausgesetzt ist, hat sich im Vergleich zur Zeit vor dem Atomzeitalter deutlich erhöht. Dazu gehört die Belastung durch Medizin und Wirtschaft.

Auf der anderen Seite steht das Problem, Kausalzusammenhänge von Strahlenexposition und Strahlenschäden im Niedrigdosisbereich herzustellen.

Die schon genannten Schäden an der Zelle können eben auch spontan entstehen, oder Ursache beispielsweise von chemischen, physikalischen und infektiösen Einwirkungen sein.

Es fehlt die Strahlenspezifität der Schädigung. Diejenigen, die einen Zusammenhang nachweisen möchten, stehen vor einer ungleich schwierigeren Situation als ihre Kontrahenten, die von vornherein nichts sehen wollen. Da es sich im Niedrigstrahlensbereich um zahlenmäßig seltene Schädigungen handelt, müssen die beobachteten Stichproben sehr groß sein. Auch müssen möglichst viele Faktoren ausgeschlossen werden, die neben der Strah-



Professor Scheer, Bremen, (rechts) und Professor Köhlein, Münster, der Veranstalter

lung auch für sich allein Verursacher sein könnten. Die methodischen Hürden sind enorm.

Dazu kommt, daß die ökonomischen Voraussetzungen für ein solches Unternehmen meist sehr schlecht sind, da sich weder wirtschaftliche noch politische Interessen daran knüpfen lassen, im Gegenteil.

Es war das große Verdienst einiger weniger Wissenschaftler, sich trotzdem mit dem Problem zu befassen und epidemiologische Studien in verdächtigen Regionen zu unternehmen: in der Nähe von Kernkraftwerken, bei beruflich exponierten Arbeitern, im Ausbreitungsgebiet von Fall-out-Wolken. Die bekanntesten Vertreter dieser Gilde der kritischen Wissenschaftler waren auf dem Symposium anwesend: Alice Stewart aus Oxford: Ihre Untersuchungen über Röntgenbelastung von Föten und deren Folgen war schon in den 50er Jahren bahnbrechend. Die damals noch zur Routine gehörende geburts hilfliche Röntgenuntersuchung wurde seitdem kaum mehr angewandt.

Ihre neueste Untersuchung zur Auswirkung von terrestrischer, sogenannter natürlicher Strahlung auf die Leukämierate bei Kindern kam zu folgendem erstaunlichen Ergebnis: Selbst in diesem natürlichen Bereich scheint es eine Schädigung zu geben, die bei manchen Kindern zu Leukämie führen kann.

Professor E. Sternglass, der ehemalige Direktor des Strahlenbiologischen Instituts der Universität Pittsburgh, verglich Daten aus amtlichen Geburts- und Sterbestatistiken und stellte sie in Beziehung zur radioaktiven Belastung der Bevölkerung, etwa durch Kernkraftwerke. Dabei stellte er auffällige Zusammenhänge zur Krebshäufigkeit fest. Die Hypothese, daß radioaktive Niedrigstrahlung Auswirkungen auf das Immunsystem haben könnte, stützte er auf die Beobachtung über die Zunahme der Sterbehäufigkeit allgemein und speziell der Kindersterblichkeit als Folge des Tschernobyl-Fallouts. Hier scheint ein Anstieg der Sepsisfälle mit Todesfolge als Ausdruck verminderter Körperabwehr in statistischem Zusammenhang zu stehen.

Eine Quelle zur Erfassung der Auswirkungen von geringen Strahlendosen wurde bisher noch nicht erwähnt: das Tierexperiment. Dazu kamen nun eine große Zahl von Untersuchungen zur Sprache. Eines konnte zumindest weitgehend ausgeschlossen werden: Eine positive Wirkung von Strahlen scheint es nicht zu geben. Strahlung ist primär ein Schaden für ein biologisches System. Genetische Veränderungen konnten bei der Maus bei sehr kleinen Dosen nachgewiesen werden. Zwar ist die Übertragbarkeit der Tierexperimente auf den Menschen begrenzt. Doch der alte Lehrsatz der Strahlenbiologie „Niedrige Dosen haben keinen

Effekt, weil sie repariert werden können“, ist ins Wanken geraten. Hier stellt sich die Frage nach den Reparaturmechanismen und den Syncnergismen (Zusammenwirken) von Strahlung von chemischen Noxen.

Die etablierte Wissenschaft bezog ihre Erkenntnisse neben den tierexperimentellen Studien hauptsächlich aus den Beobachtungen der Opfer der A-Bombenabwürfe in Japan. Ohne Hemmung wurde die Dosis-Wirkungsbeziehung bei den tatsächlich hohen Dosen auf niedrige Werte modellhaft heruntergerechnet. Neben aller Kritik an diesem Verfahren ist nun kürzlich ein neuer Aspekt aufgetaucht. Ein Forscherteam rechnete die Dosen der beiden Bomben noch einmal nach und fand wesentlich geringere Werte als bisher angenommen. Da die Zahl der Krebsfälle konstant geblieben ist beziehungsweise eher noch ansteigt, muß die Dosis-Wirkungsbeziehung neu berechnet werden. Die Kurve ist wesentlich steiler, und das Herunterrechnen in den Niedrigdosisbereich birgt eine kleine Sensation.

Auf der Pressekonferenz des Symposiums gab sich ein Vertreter des Umweltministeriums zu erkennen und nach anfänglichem Geplänkel mit dem Veranstalter – waren nicht eingeladen, dann doch, aber zu spät und nicht angemessen – schlug er versöhnliche Töne an. „Die Strahlenschutzkommision ist nicht ausschließlich damit beschäftigt, die Bürger hinter Licht zu führen“, trug er mit bewegter Stimme vor und verkündete, daß die Grenzwerte für beruflich strahlenexponierte Personen von derzeit 5 rem pro Jahr voraussichtlich auf 1,5, wenn nicht 1 rem pro Jahr herabgesetzt werden. Hat es also doch

im Bereich von unter 5 rem, dem „gesetzlichen Strahlungsbereich der Unbedenklichkeit“, Auswirkungen gegeben?

Zwei sehr gut angelegte Studien über Kinderleukämienzidenz in der Nähe von Kernkraftwerken (Lingen, Würgassen) konnten verdächtige Beziehungen aufdecken. Analog zu den Studien in England, wo in der Nähe mehrerer Kernkraftwerke und insbesondere der Wiederaufbereitungsanlage Sellafield sogenannte Supercluster, das heißt, enorme Erhöhungen der statistisch zu erwartenden Leukämiefälle gefunden wurden, konnten die beiden bundesdeutschen Studien den Phrasen der Kernenergielieferanten widersprechen: durch Kernkraftwerke sei hierzulande angeblich bisher noch niemand zu Schaden gekommen.

Auch wenn dieses Symposium ein Lichtblick war, so ist es noch lange nicht an der Zeit, sich beruhigt zurückzulehnen und auf die „objektiven“ Erkenntnisse zu warten, die dann in die politischen und wirtschaftlichen Entscheidungen einfließen mögen. Die Herabsetzung der Grenzwerte für beruflich Strahlenexponierte betrifft die bisher gültigen Werte für die Normalbevölkerung nicht. 500 Becquerel pro Kilogramm Nahrungsmittel bleiben gesetzlich unbedenklich, wenn sich nicht sogar die wesentlich höheren EG-Grenzwerte durchsetzen sollten. Der nächste Störfall kommt bestimmt, und die Problematik der radioaktiven Belastung der Lebensmittel wird sich verschärfen. Nur eines wird uns aus dem unseligen Gedächtnis um Grenzwerte herausbringen: die Reduzierung der Strahlenquellen, also der Kernkraftwerke.

Andreas Ulrich

Was ist „niedrig“?

Der Begriff „Niedrigstrahlung“ bezeichnet allgemein eine Strahlenmenge. Ausgehend von einer Strahlenquelle, definiert durch die Anzahl der Zerfälle pro Sekunde (Becquerel), durchdringt die Strahlung (alpha, beta, gamma) die sie umgebende Materie. Das Maß der Durchdringung ist die Menge an Energie, die an diese Materie abgegeben wird, vergleichbar mit dem Infrarotstrahler und den von ihm erwärmten Fuß. Die Einheit heißt Gray (Gy), früher Rad (1 Gy = 100 Rad = 100 Joule pro kg Masse). Wichtig ist dabei der Zeitfaktor, also wieviel Energie pro Zeiteinheit übertragen wird, so daß man besser von Dosisleistung spricht (Gy pro Sekunde). „Niedrig“ ist diese Strahlenmenge, wenn sie im Bereich der natürlichen, das heißt, der terrestrischen und kosmischen Dosisleistung liegt. Über die genauen Werte besteht keine Einigkeit.

Die Auswirkungen der Strahlung auf biologische Systeme beziehen sich auf den Effekt, Störungen hervorzurufen. Unter Wertung der Strahlenqualität wurden Wichtungsfaktoren eingeführt, genannt Äquivalentdosis in Rem. Neuerdings gilt die Einheit Sievert (Sv) (1 Sv = 100 Rem). Abhängig von der Qualität der Strahlung und deren Intensität hat die Strahlenexposition eines Organismus Konsequenzen: Durch Treffer verändert sich die Struktur einer Zelle. Daraus kann je nach Funktion und Entwicklungsphase der Zelle folgendes passieren:

- Der Schaden ist tödlich für die Zelle, sie stirbt ab.
- Der Schaden wird über Reparaturmechanismen vollständig ausgeglichen.
- Die Zelle ist eine Keimzelle und gibt nach einem Treffer im Kern die fehlerhafte Information weiter. Die Folgen sind Mißbildungen.
- Durch Kerntreffer verändert sich die Zelle in eine Krebszelle.

Unter dem großen Jesuswort

Bericht einer Zwangssterilisierten

Heute, 42 Jahre nach der Zwangssterilisation von Frau X, wird wieder über die unselige Praxis der Psychiatrie im Nationalsozialismus diskutiert. Der Bundesjustizminister hat im November letzten Jahres einen Entwurf für ein neues Betreuungsgesetz vorgelegt, das immer noch, wenn auch mit starken Einschränkungen, die Zwangssterilisation von „Nicht-Entscheidungsfähigen“ erlaubt.

Frau X wurde 1936 im Alter von 19 Jahren mit der Diagnose Schizophrenie in Bethel eingeliefert und nach einigen Monaten sterilisiert. Sie erzählte davon Ernst Albers und Ilona Engel vom Arbeitskreis Geschichte der Krankenpflege.

1936 machte ich erste Erfahrungen mit der Psychiatrie. Über Ostern wurde ich in ein vergittertes Zimmer eines Krankenhauses gebracht. Niemand sprach mit mir und erklärte mir, warum ich eingesperrt wurde. Arglos war ich mit unserer Gemeindeschwester von zu Hause mitgekommen. Daß meine Eltern mir nicht gesagt hatten, wo ich hin sollte, empfand ich als Vertrauensbruch. Meine Angst vor diesem unheimlichen Schweigen wuchs. Ich zerriß ihre Osterkarte und warf ihre Ostereier und ihre Apfelsinen an die Zimmerwände.

Am nächsten Tag brachten mich die Gemeindeschwester und ein Freund meiner Eltern nach Bethel. Mit zusammengebundenen Händen, unter einer Beruhigungsspritze, kam ich dort an, und kaum daß ich im Saalbett lag, mußte ich ein Gläschen Paraldehyd schlucken. „Jetzt vergilten sich dich“, dachte ich, stürzte mich auf die Vase mit Osterblumen und trank das Wasser aus, um das Gift zu verwässern. Dann sprang ich auf die Fensterbank, versuchte, mich da durchzuzwängen und rief laut um Hilfe. Vertrauensvoll war ich mitgekommen, aber inzwischen

hatte ich erfahren, daß man mir nicht wohlwollte, daß man mich bekämpfte.

Abends kam eine der Schwestern der Station, eine sehr robuste Diakonisse und sagte mir „Gute Nacht“ und fügte hinzu: „Schlaf schön in deiner Hochzeitsnacht.“ (Frau X hielt sich damals für die Braut Christi, d. Red.) – „Wenn ich hier in meine Hochzeitsnacht schlafen soll, dann kann dieses Haus nur ein Bordell sein“, sagte ich mir. Die halbe Nacht starre ich angstvoll zur Glastür, bis mir der Ausweg kam, mich im Schlaf vor den Männern durch Gestank zu schützen. Als die Diakonisse mich am Morgen aufdeckte, fand sie die Bescherung, die sie durch ihren törichten Wunsch verursacht hatte, und wurde sehr ärgerlich. An einem Morgen kam auch die Visite, und ich fragte den Chefarzt, ob hier alle Syphilis hätten. Er antwortete: „Woher weißt du das denn?“ – „Aus dem Hauswirtschaftslexikon.“ Er schüttelte den Kopf, und das blieb das längste Gespräch mit ihm während meiner dreivierteljährigen Anstaltszeit.

Wir mußten viele Wochen untätig

und still in den Betten liegen. Zehn oder zwölf Patientinnen in einem Saal, zwei im Isolierzimmer mit Guckloch an der Tür. Einige lagen immer im Bett. Zwei, unsere beiden Pastorenfrauen, halfen in der Küche und machten sauber.

Ohne ein Gespräch, ohne Beschäftigung, ohne Behandlung verstanden wir den Sinn unserer Gefangenschaft und Verwahrung nicht. Wir wurden ängstlich und unruhig. Die Schwestern bekämpften die Unruhe mit folgenden „Beruhigungsmaßnahmen“: Mit dem Dauerbad, bei dem der Hals in einem steifen Stehkragen einer über der Wanne gespannten Segeltuchplane eingeschlossen wurde, 23 Stunden hintereinander lag ich im Dauerbad. Aus Angst vor einer Wiederholung der Prozedur blieben wir danach eine Weile still. Bei der „nassen Packung“ wurden wir in kalte, nasse Tücher so fest eingebunden, daß wir uns nicht mehr bewegen konnten. Die Tücher wurden durch die Körperwärmec warm, dann heiß. Kaltwasserkopfgüsse unter dem großen Jesuswort an der Wand „Kommet her zu mir, alle, die Ihr mühselig und beladen



seid. Ich will Euch erquicken", und gelegentliche Prügel mit dem Lederriemen, der mir auf den Rücken sauste, bis ich still war, weil ich keine Luft mehr bekam. Unsere Angst und Verwirrung über diese Methoden in der „Stadt der Barmherzigkeit“ vertieften sich dadurch noch mehr.

Einmal brachte die Hausmutter einigen von uns Garn zum Stricken. Wie Besessene saßen wir nach der langen, qualvollen Untätigkeit über unseren weißen Baumwollsöckchen mit rosa Rand. Stille war in der „unruhigen Station“ eingekehrt. Dann war das Garn zu Ende, die Söckchen wurden abgeliefert, und wir wurden wieder unruhig. An der Stille hätten die Schwestern erkennen können, wie sehr uns Beschäftigung fehlte. Einmal waren mein Onkel und mein Vater da, sie durften mich aber nicht sehen. Elf Wochen lang bin ich ohne Besuch geblieben.

Eines Morgens kam die Visite, der Chefarzt und eine Ärztin und die Hausmutter standen um mein Bett herum, und ich lag auf dem flachen Bett, hatte den Kopf auf meine Ellenbogen gestützt und lachte, weil sie wie Schutzengegel da standen. Ich lachte also, und da sagte die Ärztin: „Es ist alles viel ernster, als Sie denken.“ Ich dachte, warum sagt sie denn nicht, was viel ernster ist? Da meinte sie natürlich schon die Sterilisation. Wir wurden ja behandelt wie sprachlose Tiere, und wir konnten doch sprechen. Wenn man nur einmal mit mir gesprochen hätte.

Nach elf Wochen sagte mir die Schwester, meine Mutter sei da und schob mich in das Besuchszimmer. Es war aber nicht meine Mutter. Da saßen zwei Herren über Akten. Sie stellten zwei, drei Fragen, und ich ahnte natürlich nicht, daß hier nun über meine Sterilisation entschieden werden sollte. Dann war ich auch schon entlassen. Das war am 30. Juni.

Unsere Angehörigen ahnten nichts, auch nicht davon, daß die Sterilisation hier schon zwei Jahre vor dem Nazi-

Eine Mitpatientin hat es mir gesagt. Es war ganz schrecklich. Ich hatte das Gefühl, daß ich keine Frau mehr bin. Ich ließ mir meine Haare abschneiden, einfach aus dem Gefühl heraus, daß ich noch etwas wachsen sehen muß, und wenn es nur die Haare sind.

Regime gefordert worden war. In Bethel wurde sie ohne ein einziges ärztliches Gespräch an uns durchgeführt. Wir wurden nicht darüber aufgeklärt, daß die beiden Herren im Besuchszimmer ein Erbgesundheitsgericht darstellten, und daß die Operation, der man uns unterzog, eine Sterilisation war. Bei der Vorbereitung am Abend zuvor fragte ich die Stationsschwester, was denn gemacht werden sollte, und da sagte sie: „Ein notwendiger, kleiner Eingriff.“ Ich hatte das Gefühl, daß sie nichts sagen will, und ich fragte auch nicht mehr. Ich kam doch nicht auf eine Sterilisation, davon hatte ich doch gar keine Ahnung.

Am nächsten Morgen kam ich ins Krankenhaus und wartete im Vorraum, vor dem OP. Da konnte ich zum ersten Mal ein Fenster wieder weit öffnen, die Schwester war gerade nicht im Zimmer, und die Sonne ging auf. Dann kam sie und war ganz erschrocken, weil ich dort am Fenster stand. Sie dachte wohl, ich würde gleich rauspringen, dabei dachte ich gar nicht daran. Dann wurde diese Sterilisation gemacht.

Gesagt hat es mir eine Schwester, die auf meiner Station als Patientin lag. Es war ganz schrecklich. Ich hatte das Gefühl, daß ich keine Frau mehr bin. Ich ließ mir meine Haare abschneiden, ich hatte lange Haare, einfach aus dem Gefühl heraus, daß ich noch etwas wachsen sehen muß, und wenn es nur die Haare sind. Ich war zutiefst deprimiert. Nun hätte man doch einmal mit mir sprechen müssen, meine Depressionen waren doch begründet. Mir kamen damals zum ersten Mal Selbst-

mordgedanken. Ich setzte mir dann eine Frist, erst einmal nur noch ein oder zwei Jahre hinter sich bringen, das kann man, aber 60 Jahre als Sterilisierte, als Minderwertige, ich fühlte mich so und war es ja auch, das ging nicht. Der Gedanke, daß es den Selbstmord gab, war eine ungeheure Hilfe für mich.

Ich habe später meiner Mutter erzählt, was ich in Bethel erlebt habe, aber sie hat es mir nicht glauben können. Meine Eltern und auch wir Kinder verchröten Bodelschwingh. Dabei ist Bethel da ganz rigoros vorgegangen, sie haben sogar in 17 Fällen, die vom Erbgesundheitsgericht freigestellt wurden, die Sterilisation durchgesetzt.

Die sogenannte Wiedergutmachung habe ich erst 1982 bekommen. Im Fernsehen wurde damals eine Adresse für Hörgeschädigte angegeben. Dort hat man den Antrag für mich gestellt. Wichtiger aber als alles Geld wäre wohl eine menschliche Rehabilitation.

Auch meine Freunde wissen es nicht, nicht weil ich fürchte, sie zu verlieren, aber die Unbefangenheit wäre weg. □

Die Vereinigten Vorstände der v.-Bodelschwingschen-Anstalten erklärten zum „40. Jahrestag des Endes des Nazi-Regimes“: „... Wir stellen mit Trauer fest, daß unter diesen Opfern auch Bewohner Bethels sind. Soweit wir jetzt wissen, sind zwischen 1934 und 1945 1093 behinderte Bewohner Bethels zwangsterilisiert worden.“

Zyniker im Ärzteblatt

grk – Ein merkwürdig Ding, das ärztliche Gewissen. Maß aller Dinge soll es sein. Doch wehe den Ärzten, die diesen Anspruch tatsächlich ernst nehmen

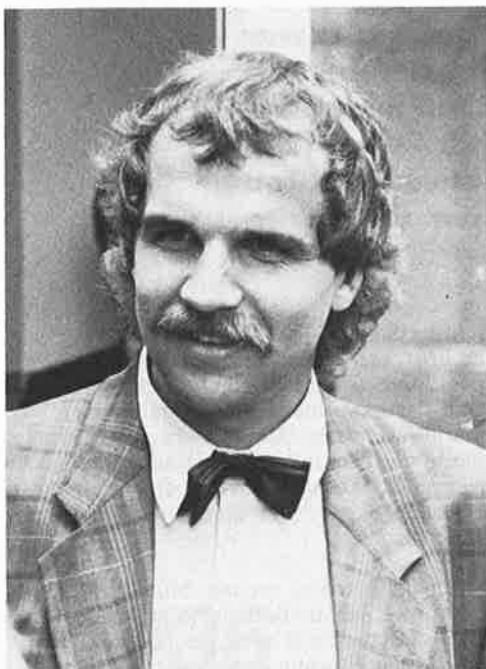


Foto: Kastenholz

Dr. Bernd Richter klagt vor dem Arbeitsgericht gegen die Firma Beecham und Wülfing. Er hatte sich geweigert, an der Entwicklung eines Antiemetikums mitzuarbeiten, das unter anderem zur Aufrechterhaltung der Kampfkraft verstrahlter Soldaten im Atomkrieg eingesetzt werden soll. Die Firma ließ die Gewissensgründe Bernd Richters nicht gelten und kündigte ihm

Zynismus ist nicht angebracht, konstatiert ein Herr „gb“ im Kommentar auf „Seite Eins“ im Deutschen Ärzteblatt vom 25. Februar 1988. Auseinandersetzen wollte sich der Kommentator mit dem ärztlichen Gewissen, konkret mit dem Dr. Bernd Richters. Dieser hatte sich im vergangenen Jahr geweigert, bei der Firma Beecham und Wülfing ein Antiemetikum – BRL 43 694 – zu entwickeln, das neben dem Einsatz für Patienten in der Krebstherapie für verstrahlte Soldaten im Fall eines Nuklearkrieges eingesetzt werden sollte (dg berichtete im September 1987).

Mit der Gewissensentscheidung des Arztes mußte sich am 16. Februar auch die 11. Kammer des Landesarbeitsgerichts Düsseldorf in zweiter Instanz auseinandersetzen. In erster Instanz war in Neuss befunden worden, daß die „Entwicklung einer Substanz, die auch im Kriegsfall Anwendung findet, kein Verstoß gegen das Anstandsgefühl sein kann. Die subjektiven Moralvorstellungen des einzelnen sind nicht maßgebend.“ Der Kammerpräsidenten des Landesarbeitsgerichts, Karl Heinrich Wirth, machte es sich nicht so einfach. Er erkannte zwar an, daß es sich in diesem Streitfall um einen Gewissenskonflikt handele. Ob dieser allerdings ein „anerkennenswerter“ sei, wollte die Kammer nicht sofort nach der Anhörung entscheiden. Und Richter Wirth beschwichtigte: „Wir gehen doch alle davon aus, daß ein Atomkrieg sehr unwahrscheinlich ist. Sonst können wir doch gleich alle einpacken.“

Doch darum geht es gar nicht, wie Bernd Richter in der Darlegung seiner Gewissensgründe deutlich machte: „Es ist für mich eine Horrorvorstellung, den Leuten vorzugaukeln, es gäbe ein Schmerzmittel gegen den Nukleartod.“ Wenn Menschen im Fall eines Atomkriegs das Mittel vorabreicht werden, seien sie bereits zum Tode verurteilt. Nur die Folgen der Strahlen wie Erbrechen und blutiger Durchfall, so Richter, würden gemildert. Seine Konsequenz: „Jeder Wissenschaftler, der da mitmacht, muß das mit sich selbst abmachen.“

Auf einen Vergleich wollte sich Bernd Richter nicht einlassen. Auf der anderen Seite ist Beecham und Wülfing

nicht bereit, ihn weiter zu beschäftigen: Man erprobte zur Zeit nur die umstrittene Substanz und habe deshalb keine anderen Aufgaben für Herrn Richter. Die Kammer kommt nicht umhin, zu prüfen, ob der Arzt aus Gewissensgründen die Arbeit verweigert hat. Am 12. April will Richter Wirth das Urteil verkünden gerade an dem Tag, wo sich die Weigerung der 18 Göttinger Professoren, eine deutsche Atombombe zu entwickeln, zum 31. Mai jährt. Vorsorglich ließ er wissen, eine Revision seines Urteils beim Bundesarbeitsgericht zuzulassen. Anzumerken bleibt, daß zwischenzeitlich drei Ärzte, zwei Krankenschwestern und eine Sachbearbeiterin entlassen wurden oder selbst gekündigt haben, weil sie an solcher Forschung nicht teilhaben wollten.

Für den Kommentator des Deutschen Ärzteblatts – Zynismus ist nicht angebracht – ist die Sache klar: „Solche Gewissensgründe scheinen nun wirklich an den Haaren herbeigezogen zu sein. Denn soll man allen Ernstes etwa die Forschung an Schmerzmitteln oder die Herstellung von Mullbinden verbieten, die ja unter Umständen auch verwundeten Soldaten zugute kommen? Sein ärztliches Gewissen verlange von ihm „Leben zu erhalten; so wird einer der Ärzte in der Presse zitiert. Am selben Tag wird ein anderer Arzt zitiert mit dem Anspruch, für ihn gehöre auch aktive Sterbehilfe zur ärztlichen Pflicht. Da fällt es schwer, nicht zynisch zu werden und sich ein Szenario auszumalen: Nach der Katastrophe streiten sich die beiden Ärzte auf dem Schauspielplatz, ob sie nun die Verwundeten behandeln (Kriegsverlängerung!) oder gleich umbringen sollen.“

Herr „gb“ sollte sich einmal anhören, was der Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, zu Bernd Richters Weigerung zu sagen hat. Er schreibt in einem Brief an die Neusser Ärztin Monika Gretenkort: „Läßt sich . . . ein mittelbarer Bezug der Erprobung des genannten Antiemetikums mit einer Einsatzmöglichkeit im Krieg nachweisen, so würde die Bundesärztekammer voll hinter denjenigen Ärzten stehen, die in Kenntnisnahme der von der Firma beabsichtigten Verwendung des zu erprobenden Präparates innerhalb eines Nuklearkrieges die Mitwirkung hieran verweigern.“

Karsten Vilmar steht damit nicht allein. Horst Bourmer, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, schreibt: „Ausdrücklich erwähnt habe ich selbstverständlich dann auch die Freiheit eines in der Pharma-Forschung tätigen Arztes, sich nur an solchen Vorhaben zu beteiligen, die er glaubt mit seinem Gewissen vereinbaren zu können. Ein Arzt, der sich auf seine Gewissensfreiheit beruft, wird daher immer respektvoll die berufsethische Unterstützung der Ärztekammer finden.“

Zynismus à la „gb“ ist da wahrhaftig nicht angebracht. □

Mit Gips ins Büro

Teilarbeitsfähigkeit soll Kosten senken

Dr. med. Karl Becker erzählt gerne die Geschichte von dem Rangiermeister, der sich mit einem Sehnenriß am Unterschenkel herumschlug. Sechs Monate habe der Mann aussetzen müssen, berichtet der CDU-Bundestagsabgeordnete und praktizierender Internist aus Frankfurt, dann sei er „von einem Tag auf den anderen“ wieder voll in die Arbeit eingestiegen. Nach drei Wochen kam ein Rückschlag, die Sehne riß wieder – mit der Folge, daß der Rangiermeister auf Dauer arbeitsunfähig wurde. „Viel sinnvoller wäre es gewesen, wenn der Mann anfangs nur für einige Stunden zur Arbeit gegangen wäre, um sich daran zu gewöhnen“, meint Becker. Der CDU-Parlamentarier schildert derartige Beispiele, um für ein umstrittenes, aber bisher wenig bekanntes Gesetzesvorhaben zu werben. Das Bundeskabinett plant eine Änderung der Reichsversicherungsordnung, die zum 1. Januar 1989 die sogenannte „Teilarbeitsfähigkeit“ einführen soll.

Paragraph 41 des Referentenentwurfs zur „Strukturreform im Gesundheitswesen“ legt fest: „Kann ein arbeitsunfähiger Versicherter nach ärztlicher Feststellung seine bisherige oder eine vergleichbare Tätigkeit teilweise verrichten, soll auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angegeben werden. Die teilweise Aufnahme dieser Tätigkeiten soll die Rehabilitation des Versicherten beschleunigen, erleichtern oder sichern.“

„Bisher haben wir Mediziner nur die Möglichkeit, nach dem „Allcs-oder-nichts“-Prinzip zu handeln“, sagt Karl Becker. Zumindest für einige Stunden oder für bestimmte Tätigkeiten aber, ist sich der CDU-Arzt mit dem FDP-Gesundheitsexperten Dieter Julius Cronenberg einig, könnten arbeitsunfähig geschriebene Patienten schon wieder zur Arbeit gehen – „natürlich nicht gegen ihren Willen, sondern nur im Einvernehmen mit den Kranken“.

Die Befürworter der neuen Regelung berufen sich auf medizinische Erkenntnisse. Nach einem Herzinfarkt zum Beispiel, so haben Wissenschaftler festgestellt, ist eine absolute Ruhestellung eher gefährlich. „Im internationalen Vergleich betrachtet, werden Infarktpatienten bei uns viel zu lange krankgeschrieben“, meint Karl Becker. Langsam, aber frühzeitig müsse man sie wieder in den Arbeitsprozeß integriert, ohne sie abrupt dem ganztägigen Stress auszusetzen. „Hier gilt das

alte Sprichwort „Wer rastet, der rostet.“ Das Gegenargument, Kranken könnten sich ja auch in ihrer Freizeit auf die Arbeit einstimmen, läßt der Abgeordnete nicht gelten: „Den Gärten umzugraben, ist nur eine spielerische Übung und keine wirkliche Belastung.“

Die verkürzte Rehabilitationsphase bei Langzeitpatienten soll zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beitragen. Denn nach den ersten sechs Wochen einer Arbeitsunfähigkeit, wenn die Lohnfortzahlung des Arbeitgebers ausläuft, müssen die Krankenkassen die Finanzierung übernehmen. „Bei derzeit 150 000 bis 170 000 Herzinfarktfällen im Jahr in der Bundesrepublik wird sich das deutlich bemerkbar machen“, glaubt Becker.

Auf Widerstand stößt die geplante Neuregelung bei den Sozialdemokraten. Teilkrankschreibungen, so glaubt die SPD-Bundestagsabgeordnete Margit Conrad, eröffnen den Arbeitgebern neue Möglichkeiten, Kosten zu sparen: „Gesunde Arbeitnehmer werden variabel auf Arbeitsplätzen eingesetzt, die den ganzen Mann fordern, halbkrank und fast gesunde Arbeitnehmer übernehmen – als Springer – sitzende Tätigkeiten.“ Das Nachsehen, so die Schlußfolgerung der Abgeordneten, „haben Arbeitslose, befristet Beschäftigte und gesunde Teilzeitkräfte.“

Rein rechtlich betrachtet, ist der Patient auch nach der neuen Regelung nicht verpflichtet, überhaupt zur Arbeit zu gehen, geschweige denn, bestimmte Tätigkeiten auszuführen. In der Praxis freilich, so befürchtet Alfred Schmidt vom Deutschen Gewerkschaftsbund, könnten „Kranke doch voll eingesetzt werden“ – zumal „die Ärzte die Verhältnisse im Betrieb nicht kennen“.

Die Gefahr, Langzeitpatienten zu überfordern, ist groß. Nur eine gute Zusammenarbeit zwischen Haus- und Werksarzt, meint der Frankfurter Allgemeinmediziner Gerhard Pfotenhauer, könnte das verhindern. Weil Kranke sich schnell zuviel zumuteten, befürchtet die SPD-Arztin Margit Conrad, könne das Konzept der Teilarbeitsfähigkeit sogar zu einer höheren Rückfallquote als bisher führen. Vor diesem Hintergrund bezweifelt die Abgeordnete, daß die geplante Gesetzesnovelle überhaupt dazu beitragen kann, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken. Im Gegenteil: Möglicherweise stehen den Krankenkassen zusätzliche Ausgaben,

Wer wieder halbwegs gesund ist, soll für ein paar Stunden oder für bestimmte Tätigkeiten gesund geschrieben werden. Das sieht der Gesetzentwurf zur Strukturreform vor. Üben diene schließlich der Rehabilitation

etwa für den Transport nicht gehfähiger Patienten zur Arbeitsstelle, ins Haus.

Interesse an einer Änderung des Status quo, so kritisieren Sozialdemokraten und Gewerkschaften, hätten vor allem die Unternehmer. Denn diese klagen seit der Einführung der Lohnfortzahlung 1969 mit Regelmäßigkeit über den angeblich zu hohen Krankenstand in der Bundesrepublik, der derzeit zwischen vier und fünf Prozent liegt. Auf 40 Milliarden Mark jährlich beziffert Arbeitgeberpräsident Klaus Murmann die dadurch entstehenden zusätzlichen Kosten. Von der Einführung der Teilarbeitsfähigkeit erhofft man sich Entlastung. Der Neuregelung zufolge können nämlich kranke Patienten, wenn auch mit verminderter Leistung, schon nach weniger als sechs Wochen an ihren Arbeitsplatz zurückkehren – also bevor die Kassen anstelle der Unternehmer zahlen müssen. Die SPD-Expertin Conrad faßt das so zusammen: „Von einer Kostendämpfung kann hier viel weniger die Rede sein als von einer angestrebten Profitmaximierung durch Ausgabenminimierung auf Arbeitgebersseite.“

Bleibt die Frage, wie sich die immer wieder in die Diskussion gebrachten Herzinfarktpatienten in Ruhe wieder an die Arbeit gewöhnen könnten. Wenn das Umgraben des Gartens oder andere körperliche Hobbies nicht doch helfen, bietet vielleicht die stärkere Nutzung einer bereits gültigen Ausnahmeregelung einen Ausweg. Denn Infarktpatienten kann der Arzt schon heute eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestieren – auf Widerruf.

Thomas Gesterkamp

Thomas Gesterkamp ist freier Journalist in Köln

*„Ohne uns, Herr Zimmermann!“
Kolleginnen und Kollegen der
Medizinischen Einrichtungen in Bonn
beim Warnstreik. In der Küche eine
lebhafte Diskussion. Die Arbeit ruhte,
„alle Räder standen still“.*



*In der rheinischen Landesklinik Bonn
wurden die Kolleginnen und Kollegen
daran gehindert, am Warnstreik
teilzunehmen. Die Warnstreikenden
zogen deshalb in die Küche ein und
diskutierten am „Tatort“ darüber, daß
durch die Arbeitszeitverkürzung neue
Arbeitsplätze geschaffen werden
können.*



Foto: Yn (5)



*Der Verwaltungsdirektor der
Unikliniken, Herr Franz, beteiligte sich
an der Diskussion. Zwar hatten die
Kolleginnen und Kollegen ihre Arbeit
wiederaufgenommen, doch das Essen
konnte immer noch nicht abgeliefert
werden, da Herr Franz mit uns vor dem
Lieferanteneingang diskutierte.*

35-Stunden-Woche: Vorgewarnt

Nicht an der Reihe sei der öffentliche Dienst bei Arbeitszeitverkürzungen, meint Innenminister Zimmermann. Ganz anderer Ansicht waren die Beschäftigten und wollten Bewegung in die Tarifauseinandersetzungen bringen. In der Woche vom 22. zum 26. Februar lief nichts mehr. Die Aktionen blieben aber diesmal nicht den Busfahrern und Müllwerkern allein überlassen.

„Heute Warnstreik in vier Berliner Krankenhäusern!“, so die Schlagzeile in der „BZ“ vom 22. Februar. Insgesamt waren es dann 18 Krankenhäuser allein in Berlin, an denen zeitweise die Arbeit ruhte. Und Berlin blieb keine Ausnahme.

dg war am 23. Februar bei den Aktionen in Bonn dabei. Gudrun Kalla, die das Gesundheitswesen betreuende Sekretärin der ÖTV-Bonn, kommentiert die Bilder.



Die Kollegen Handwerker führten den Auto-Konvoi an, der durch das gesamte Gelände der Unikliniken in Bonn zog. Regen und Wind hielten sie nicht davon ab, die „Spitze der Bewegung“ zu sein.



Die Kollegin und der Kollege haben allen Grund zu lachen, das Essen wird zwar eine Stunde später als üblich gereicht, aber auf allen Tabletts liegen Flugblätter, mit denen die Patienten informiert werden, warum die 35-Stunden-Woche erkämpft werden muß.

KZ-Traumen

Die Auschwitz-Hefte der „Przegląd Lekarski“

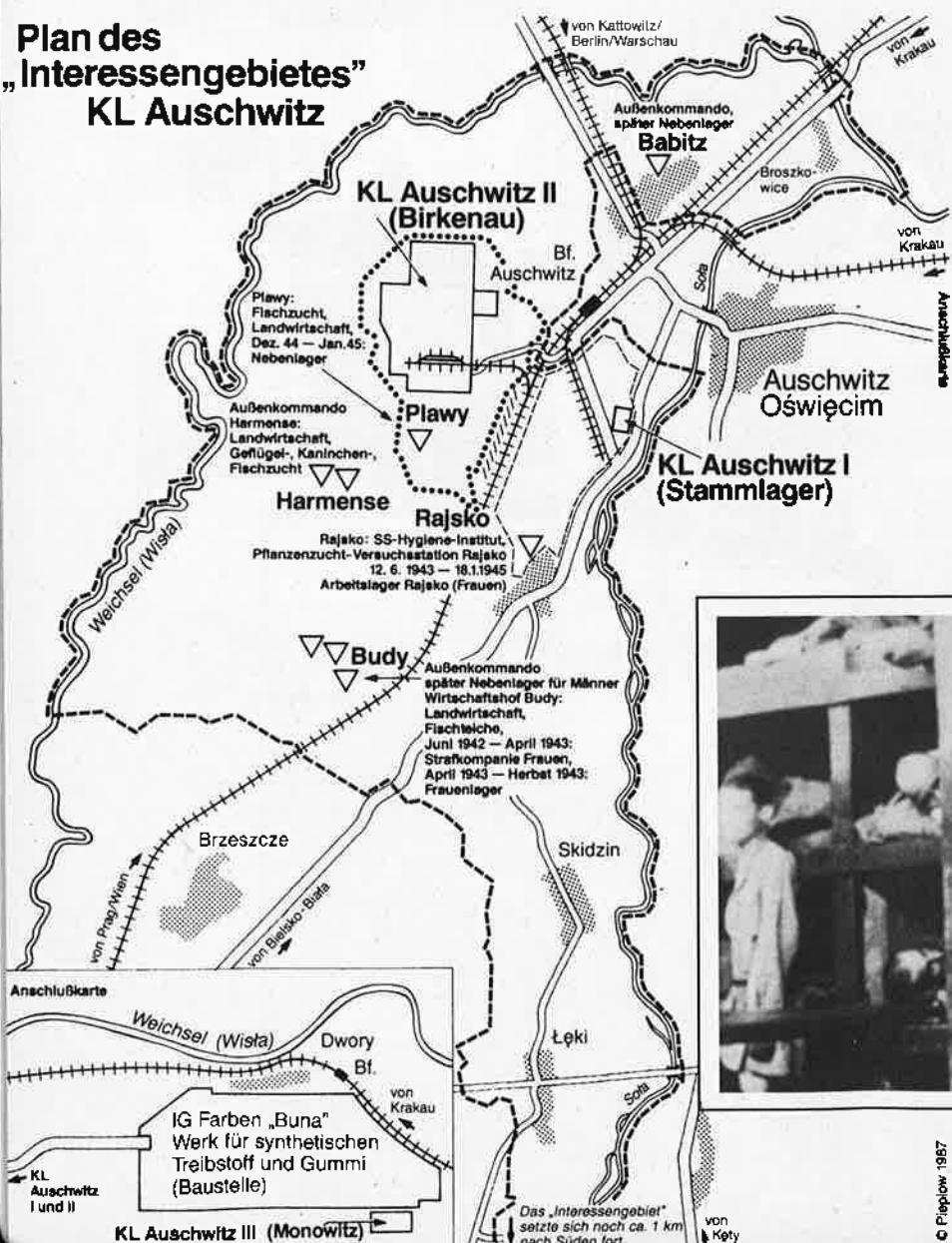
pl – Ende der fünfziger Jahre begannen polnische Ärzte mit einer systematischen Untersuchung des Gesundheitszustands ehemaliger KZ-Häftlinge. Eine Arbeit, die dazu zwang, die herkömmlichen Denkmodelle im somatischen wie im psychischen Bereich aufzugeben. In Polen wurden die Ergebnisse von 1961 an publiziert. Jetzt ist eine Übersetzung auch in der Bundesrepublik erschienen.

„Jetzt zum Spätschaden: Was kommt mir jeden Tag vor? Ich bin jetzt 59 Jahre alt. Als ich noch jung war, haben die normalen Abwehrmechanismen der Persönlichkeit geholfen. Jetzt fängt es an, daß sie nicht mehr helfen, und diese Sachen, die einmal waren, kommen zurück. Jeden Tag, jede Nacht träume ich von etwas. Aber es ist nicht dasselbe, was dort gewesen ist. Ich träume, daß ich meine Kinder auf Eisenbahngleise binde und sie überfahren muß. Man drängt mich dazu, daß ich mit einem Auto meine eigene Familie überfahre. Es kommen Zwangsgedanken, und ich kann sie nicht beherrschen. Ich wache auf und ich weiß nicht, was zu machen ist. Ich habe Angst davor, zu schlafen, denn wenn es zum Schlafen kommt, kommen diese Gedanken; wenn es finster wird, kommen diese Gedanken. Es ist nichts zu machen! Jeden Tag überlebt man dieselben Sachen, die nicht aufhaltbar sind; das ist ein Wiederüberleben.“

Das nennt man Spätschaden. Das ist vorher nie gewesen; es ist in den letzten fünf Jahren erschienen. Das habe ich nie gehabt; es ist jetzt gekommen und wird immer schlimmer. Ich war schon in einer Therapie, aber das hilft nicht. Ich habe schon alles gemacht: Medikamente genommen, Schlafmittel genommen, aber es hilft nicht. Ich sehe diese Sachen Tag und Nacht. Vor zwei Wochen habe ich ein Lastauto mit Käfigen voller Hühner, die man zum Schlachten fährt, gesehen. Das erste, was mir in den Sinn gekommen ist, war, daß dieses Lastauto die jüdischen Hühner abschlachten fährt.

So waren wir auch – wie in diesem Lastauto! Alles, was eingesperrt ist, geht in diese Zeit zurück, als diese Dinge geschahen. Ich war nur vier Monate im Lager. Was kann mit den Leuten sein, die fünf Jahre dort waren? Nach nur zehn Monaten wog ich 23 Kilo. Was wäre geschehn, wenn ich noch drei Wochen hätte dort sein müssen? Das hätte ich bestimmt nicht überlebt, und dann hätte das keiner erzählen können.“

Plan des „Interessengebietes“ KL Auschwitz



So schilderte Jehuda Garai, Überlebender von Auschwitz, in einer Anhörung des Innenausschusses über Entschädigung nationalsozialistischen Unrechts die Verarbeitung seiner Lagererlebnisse. Nur weil er auch in der Lagerliste des KZ Dachau geführt wurde, gestand man ihm eine Mindestrente nach dem Bundesentschädigungsgesetz zu.

Sein Bericht beeindruckte zwar die Mitglieder des Innenausschusses, gleichwohl führte weder seine Aussage noch die der anderen Verfolgten und Wissenschaftler zu einem Umdenken im Umgang mit den Opfern des Nationalsozialismus durch den Bundestag. Statt dessen wird über eine Verbesserung der Kriegsopfersversorgung nachgedacht.

Diese Art des Umgangs mit der Vergangenheit ist symptomatisch für die Bundesrepublik. Doch gibt es Brüche, die das gesellschaftliche Selbstverständnis immer wieder in Frage stellen. Ausdruck solcher Widersprüche ist zum Beispiel die Historikerdebatte. Ausdruck ist auch die vermehrte wissenschaftliche Beschäftigung mit den Opfern des Nationalsozialismus, seien es Zwangsarbeiter oder Zwangssterilierte. Ebenso gehört dazu ein stärkerer Dialog mit Wissenschaftlern aus der DDR, Polen und der Sowjetunion. Dortige Forschungsansätze sind hierzulande bisher nur unzureichend wahrgenommen worden. Gerade bei polnischen Arbeiten ist dies auch eine Folge der Sprachschwierigkeiten, aber damit verknüpft ist auch die Ignoranz gegenüber diesen Forschungen, die dazu führte, daß keine Übersetzungen angefertigt wurden. Davon betroffen waren auch die Sonderhefte der Krakauer Zeitschrift „Przegląd Lekarski“ (Medizinische Rundschau), der seit 1862 erscheinenden ältesten polnischen Ärztezeitschrift.

Mehr als 6 Millionen Polen – darunter 2,6 Millionen Juden – kamen in den Jahren 1939 bis 1949 um, fast 90 Prozent wurden in Gefängnissen, Konzentrations- und Vernichtungslagern und bei „Ghettoräumungen“ ermordet. Als die Menschen aus den Konzentrationslagern befreit wurden, lebten nur noch 20 Prozent der ursprünglich Inhaftierten. Viele starben in den darauffolgenden Wochen an den Folgen der Mißhandlungen. Die Überlebenden litten an körperlichen und seelischen Störungen. Ende der fünfziger Jahre begannen Krakauer Ärzte, die zum Teil selber Überlebende der Konzentrationslager waren, mit einer systematischen Untersuchung des Gesundheitszustandes dieser Menschen.

1960 organisierten sie einen Kongreß, um ihre Ergebnisse vorzustellen. Damit verbunden war der Gedanke, die Erinnerung an die Ermordeten zu bewahren. Ein Jahr später, am 15. Jahrestag der Befreiung von Auschwitz, erschien die erste Ausgabe der „Auschwitz-Hefte“ als Sondernummer der

Medizinischen Rundschau mit den Referaten dieser Tagung. Hauptthemen sind Forschung über den Gesundheitszustand der ehemaligen Häftlinge sowie auch ihrer Nachkommen, der zweiten Generation. Daneben werden die Medizinverbrechen in den Konzentrationslagern dargestellt. Besonderen Wert gewinnen diese Studien, weil in ihnen die ehemaligen Häftlinge selber zu Wort kommen. Dies hat zugleich eine für die Überlebenden wichtige therapeutische Funktion.

Durch das Befragen wird die Vernichtung ihres Mensch-Seins im Lager

wundert es nicht, daß die wissenschaftliche Erfassung dieser komplexen Probleme, die sich den herkömmlichen Stereotypen medizinischen Denkens entziehen, große Schwierigkeiten bereitete. Auch bei den psychiatrischen Untersuchungen war es erforderlich, die klinischen Denkmodelle der Psychiatrie abzulegen und ihren Umfang entsprechend der Erlebnisperspektive des Menschen zu erweitern, der sich in einer sogenannten „Grenzsituation“ befindet.

Für die Zeit nach dem Lager lassen sich einige charakteristische Phasen der

„Die Wiedergutmachungsgesetze zwingen die Überlebenden, Symptome vorzuweisen, die in die Modelle deutscher Kollegen passen, um in den Genuß deutscher Entschädigungsgelder zu kommen. Wenn der Überlebende ein ewiges Opfer sein muß, dann hat Hitler wirklich gesiegt.“

partiell aufgehoben. Aus der Bedeutungslosigkeit, die sie im Lager hatten, aus der Anonymisierung, wie sie mit der Numerierung vollzogen wurde, werden sie wieder herausgeholt. Es erleichtert ihnen, die Erfahrung des Unwert-Seins zu überwinden.

Ausführlich beschäftigt sich die vom Hamburger Institut für Sozialforschung zusammengestellte und übersetzte Auswahl der „Auschwitz-Hefte“ mit den Folgen der KZ-Haft, der Lagerkrankheit oder des KZ-Syndroms. Dieses läßt sich nicht mit den herkömmlichen medizinischen oder psychiatrischen Begrifflichkeiten fassen. Diese leidvollen Erfahrungen des Versagens der herkömmlichen wissenschaftlichen Begriffe und die damit verbundene Nicht-Anerkennung ihres Zustandes mußten viele Überlebende machen, als sie versuchten, eine Entschädigung nach dem Bundesentschädigungsgesetz wegen ihres Gesundheitszustandes zu beantragen und diese abgelehnt wurde. Der Psychoanalytiker Hillel Klein formulierte dazu: „Ich glaube, daß die Wiedergutmachungsgesetze unmoralisch sind, weil sie zu einer Re-Traumatisierung der Opfer führen. Sie zwingen die Überlebenden dazu, Symptome vorzuweisen, die in die Modelle deutscher Kollegen passen, um überhaupt in den Genuß deutscher Entschädigungsgelder zu kommen. Wenn der Überlebende ein ewiges Opfer sein muß, dann hat Hitler wirklich gesiegt.“

Auch die polnischen Autoren weisen darauf hin: „Ein tiefes Verständnis der Lagerkrankheit, ihres komplizierten und vielgestaltigen klinischen Bildes im somatischen wie im psychischen Bereich ist nur in enger Bezug-Setzung zur Lagervergangenheit möglich.“ So

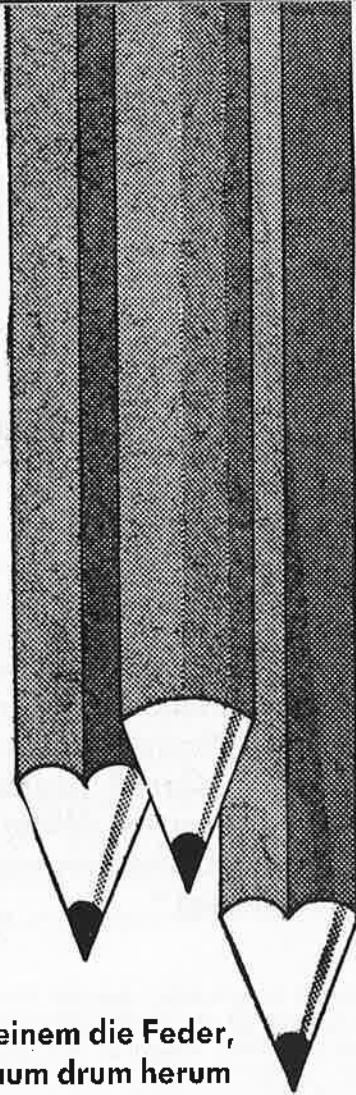
Entwicklung der „Lagerkrankheit“ unterscheiden. In der ersten Zeit überwiegen die im Lager entstandenen körperlichen Krankheiten und die Symptome der allgemeinen (Hunger-)Auszehrung. Die zweite Phase ist eine der Latenz, danach treten Persönlichkeitsstörungen und, damit zusammenhängend, soziale Anpassungsschwierigkeiten auf. In der nächsten Phase kommt es zu verschiedenen Beschwerden neurotischer Natur. Die darauf folgende Entwicklungs-Etappe ist das vorzeitige Altern sowie die vorzeitige Ausbildung einer generalisierten Sklerose. Die letzte Phase zeigt Symptome eines psycho-organischen Syndroms. Ein weiteres Zeichen der „Lagerkrankheit“ – oder auch des KZ-Syndroms – ist das gleichzeitige Vorhandensein verschiedener körperlicher Krankheiten in Verbindung mit seelischen Störungen. So fand man bei der Untersuchung des Gesundheitszustandes der aus Lagern befreiten Kinder gehäuft unter anderem Neurosen, Skelett-Veränderungen, Veränderungen der Herzkranzgefäße, Krankheiten des Verdauungstraktes und Nierensteine.

Ergänzt wird die Sammlung mit Darstellungen des Lager-Alltags, der Lagersprache, der medizinischen Versuche und einer ausführlichen Bibliographie. □

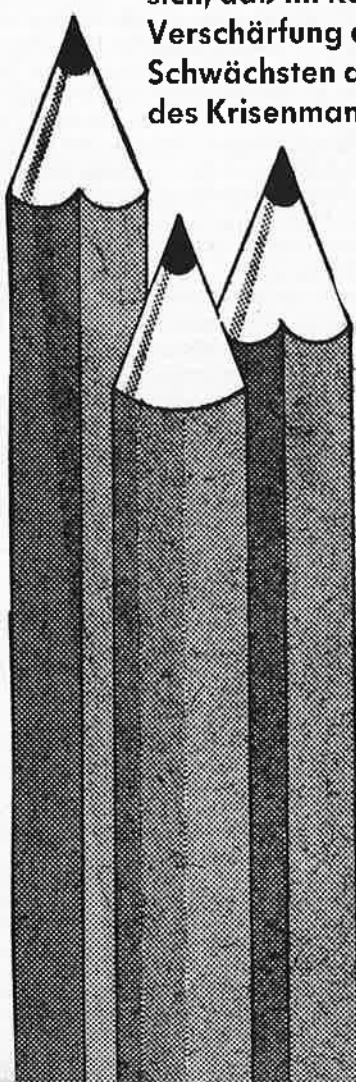
Die Auschwitz-Hefte. Texte der polnischen Zeitschrift „Przegląd Lekarski“ über historische, psychische und medizinische Aspekte des Lebens und Sterbens in Auschwitz. Herausgegeben vom Hamburger Institut für Sozialforschung. Aus dem Polnischen übersetzt von Jochen August, Friedrich Giese, Veronika Körner, Olaf Kahl und Burkhard Roepke. Redaktion: Jochen August. 2 Bände. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 1987. 168 DM

Back to the Sixties

Kahlschlag im Landschaftsverband Rheinland



yn – Es sträubt sich einem die Feder, aber man kommt kaum drum herum zu schreiben: Einmal mehr zeigt sich, daß im Rahmen der Verschärfung der Krise die Schwächsten der Schwachen Opfer des Krisenmanagements werden



Am 23. Dezember geht ein Schreiben vom Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR), Dieter Fuchs (CDU), an die Fraktionen der Landschaftsversammlung. Darin geht es um mögliche Einsparungen im Haushalt des LVR. „Ich möchte betonen“, schreibt Fuchs, „daß mit diesem Vorschlag schmerzhafte Eingriffe verbunden sind.“ Die Fraktion der Grünen in der Landschaftsversammlung bringt die Sache eher auf den Punkt: Geplant sei der soziale Kahlschlag.

In einer großen Sparkoalition von SPD, CDU und FDP sollen Einsparungen von 54 Millionen Mark beschlossen werden, um das Gesamtdefizit von etwa 250 Millionen Mark zu reduzieren. Der Rest soll durch Verkauf von Grundstücken und durch die Erhöhung der von Städten und Kreisen zu zahlenden Umlage abgedeckt werden. Als wenn ein von der Struktur her nicht sanierbarer Haushalt durch die Einsparung von 54 Millionen – eine läppische Summe im Vergleich zum Gesamthaushalt von 4,337 Milliarden Mark – langfristig gerettet werden könnte. Klar ist dies offensichtlich auch Herrn Fuchs. Während einer Protestdemonstration im Landeskrankenhaus Langenfeld, zu der die beiden ÖTV-Bezirke Nordrhein-Westfalens aufgerufen hatten, verwies er die Demonstranten an die Adresse der Bundesregierung. Er handele als Verwaltungsbeamter nur im Auftrag der Politik.

Geholfen ist den Betroffenen mit diesem Rückzug auf die „Pflichterfüllung“ überhaupt nicht. „Erschreckend an dem ... vorgelegten Sparkonzept ist, daß es wieder einmal gegen die Kleinen geht, die sich nicht wehren können“, kommentiert die Rheinische Post das Vorgehen des Landschaftsver-

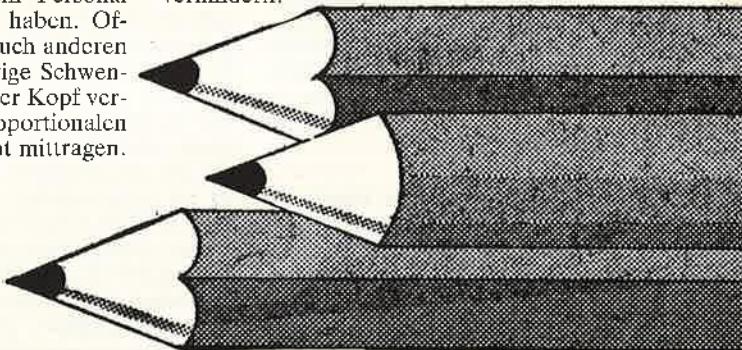
bandes. Neben Museen und der Bodendenkmalpflege, zum Beispiel, sollen vor allem die Einrichtungen zur Betreuung psychisch Kranker, Jugendheime sowie die Schulen für Behinderete der angespannten Finanzsituation Tribut zollen. Auf einer Informationsveranstaltung der Fraktion der Grünen in der Landschaftsversammlung am 19. Februar wurden die Sparpläne offen gelegt. Ein Auszug: Kürzung der Zuwendung an die psychiatrischen Hilfsgemeinschaften um 30 Prozent, Einfrieren des Etats für Wohngemeinschaften, Kürzung des Etatpostens „Ferienmaßnahmen“ auf die Hälfte, Kürzung der Pflegesätze in Tagesstätten und Heimen, Strichung des Haushaltstitels „Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung“.

Damit nicht genug. Im Schreiben des Direktors an die Fraktionen heißt es unter der Haushaltstelle „Epl. 5 Gesundheit, allgemein“: „Trägerschaft (Köln, Essen, Mönchengladbach) und Größe der Kliniken sind zu überprüfen“. Aus der „Prüfung“ könnte schnell die Privatisierung folgen. Denn bei den angesprochenen drei Kliniken handelt es sich um solche, die auch für private Träger interessant sein können: Sie sind nicht zu groß, und sie bringen vor allem keine Verluste. Die Kölner Klinik erwirtschaftet sogar Gewinne. Das Rezept ist sattsam bekannt. Privatisierung florierender Betriebe und Demontage verlustbringender Einrichtung unter dem Deckmantel einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“.

Dabei hatte gerade der LVR dafür gesorgt, daß in Mönchengladbach zum Beispiel, eine Landesklinik entstehen konnte, die nach dem Konzept der gemeindenahen psychiatrischen Vollversorgung arbeitet. Doch offenbar interessiert dies die Verantwortlichen nicht. Auf der Landschaftsversammlung am 4. März, zu der über 200 Beschäftigte des LVR gekommen waren, demonstrierte man die Arroganz der Macht und übte sich in Selbstbewährung. Über die Haushaltspläne wurde nicht diskutiert, nach dem zweiten Zwischenruf aus den Reihen der verärgerten Beschäftigten wollte der Präsident der Landschaftsversammlung, Jürgen Wilhelm (SPD), den Zuhörerraum räumen lassen. Anstelle einer Diskussion mußten die Betroffenen lange Reden mit schönen Worten über sich ergehen lassen. So pries die Sprecherin der SPD-Fraktion die Aufbauleistung im Bereich der psychosozialen Versorgung, sie wollte sogar ein flächendeckendes Netz sozialpsychiatrischer Dienste mit ausreichendem Personal im Rheinland ausgemacht haben. Offensichtlich war ihr – wie auch anderen Rednern – durch das kräftige Schwenken der Weihrauchkessel der Kopf vernebelt: Allenfalls „überproportionalen Sozialabbau“ wolle sie nicht mittragen.

Die Beschäftigten wollen sich damit nicht zufriedengeben. Und auch die Angehörigenverbände, das zeigte bereits die rege Beteiligung an der Informationsveranstaltung der Grünen, werden das Sparkonzept nicht in aller Stille dulden. Sie alle werden gemeinsam mit der Gewerkschaft ÖTV auf den nächsten Sitzungen der Landesversammlung für die nötige Begleitmusik sorgen. Und auch die politisch Verantwortlichen in Düsseldorf und Bonn sollen nicht aus dem Blickfeld verschwinden. Am 9. Mai, dem Tag, an dem der Haushalt verabschiedet werden soll, plant die ÖTV, so erklärte Wilfried Kühle, beim Bezirk NRW II für das Gesundheitswesen zuständig, eine zentrale Demonstration in Bonn.

Eine solche Zusammenarbeit von Beschäftigten und Angehörigen, von den Grünen und der ÖTV wird auch notwendig sein, um den „geordneten“ Rückzug in die psychosoziale Versorgungslandschaft der sechziger Jahre zu verhindern.



Wir möchten, daß die linke Hand weiß, was die Rechte tut.

Werfen Sie darum einen Blick in die Grauzonen bundesdeutscher Atomwirtschaft.

REAKTOREN UND RAKETEN

Von der zivilen zur militärischen
Atomenergie?

Herausgegeben von Udo Schelb
Kleine Bibliothek 462
337 Seiten, DM 16,80

Unsere Bücher
sind Lebens-Mittel.

PAHL-RUGENSTEIN

In DER SPIEGEL, Nr. 6/88, schreibt Professor Joachim Radkau zu diesem Thema:

„Mühsam und langsam nur wurden Erkenntnisse über den Konnex von ziviler und militärischer Atomtechnik wieder ans Licht befördert, die man längst vorher hätte haben können. Die bisher umfangreichste und wichtigste Bestandsaufnahme dieser Art von Atomkraftkritik erschien nun auf dem bundesdeutschen Büchermarkt: Reaktoren und Raketen, herausgegeben von dem Marburger Physiker Udo Schelb.“

buchkritik

Edith Zeile (Hrsg.), Ich habe ein behindertes Kind – Mütter und Väter berichten, DTV, München 1988, 9,80 Mark

Der Untertitel kündigt an, es handele sich um Berichte von Müttern und Vätern, aber unter den achtzehn Berichtenden ist nur ein einziger Vater. Es hat den Anschein, als hätten behinderte Kinder nur Mütter, keine Väter, denn diese kommen in dem Buch so gut wie gar nicht vor. Es ist ein Buch über Mütter behinderter Kinder.

Es ist ein eindrucksvolles Buch, ein Stück empirischer Sozialforschung über eine Gruppe, die „gemäß Hackordnung den hintersten Platz in der Rangliste unserer Gesellschaft“ einnimmt – wie es eine der Mütter ausdrückt. „Auch Mütter sind nur Menschen“, sagt eine andere. „Wo bleiben sie? Meistens irgendwann seelisch auf der Strecke ...“

Mütter behinderter Kinder arbeiten rund um die Uhr, aber sie gehen in der Regel keiner außerhäuslichen Erwerbstätigkeit nach. „Ich hatte meinen Beruf an den Nagel gehängt“, sagt eine, und eine andere: „Ich hatte sofort zu arbeiten aufgehört.“ Nur eine einzige der berichtenden Mütter ist berufstätig, als Lehrerin. Die Berufstätigkeit war wichtig für sie, und sie gab sie nicht auf. Doch neben dem Beruf waren die Tage völlig ausfüllt mit der Betreuung für das behinderte Kind. „Einmal wöchentlich kam die Frühförderung ins Haus, dann fuhren wir zum Turnen, zum Schwimmen, zum Reiten, dann die Fahrten nach München in die Zahnklinik wegen der Gaumenspange, die Fahrten ins Kinderzentrum ... Es kam der Tag, da (ich) nicht mehr konnte.“

Gine Elsner ist Professorin für Arbeitsmedizin in Bremen

Diese Frau war die einzige, der es gelang, voll berufstätig zu

bleiben. Die anderen versuchten später, zumindest stundenweise eine Berufstätigkeit wieder aufzunehmen. „Der Pfarrer suchte eine Sekretärin, die stundenweise für ihn arbeitete, und trat an mich heran“, schreibt eine ihrer Versuche, der häuslichen Isolation zu entrinnen, und eine andere engagierte eine Praktikantin für zu Hause. „Ich konnte (so) wieder einige Stunden in meinen Beruf zurückgehen, der mir sehr viel Freude macht ... Manchmal fliehe ich von zu Hause in den Beruf.“ Doch den meisten gelingt es nicht, auch nur stundenweise der Isolation zu entgehen. „Dieses, auf das Häusliche beschränkte Leben, empfand ich als ein Gefängnis ... Ich konnte mich mit der Einseitigkeit und der sich daraus ergebenden Isolation nicht abfinden“, schreibt eine der Mütter.

Und wo sind die Väter und die Ehemänner? Der eine „igelte sich ein, er sah nichts und tat, als sei nichts passiert“. Dabei hatte er „noch kleine Abwechslungen, anfangs Sport und Kegeln, später ging er dann nur noch kegeln“. Ein anderer „bekam Depressionen“, und ein dritter hielt sich aus allem raus. „Männer reagieren wohl in den meisten Fällen distanziert, sie halten sich frei von allen Schwierigkeiten. Jedenfalls ist das bei uns so“, sagt dessen Ehefrau.

Die Väter sprangen nur in Notfällen ein, und manchmal auch dann nicht. „Für den Notfall und bei besonderen Gelegenheiten stand in erster Linie mein Mann zur Verfügung ...“ (Ja, wer denn sonst wohl, fragt die Leserin!). Aber als diese Mutter wegen Krankheit ausfiel, „mußten wir unseren Jungen einmal für kurze Zeit weggeben“. Die Ehemänner scheinen für diese Frauen eher eine zusätzliche Belastung zu sein, keine Entla-

stung. „Nebenbei hatte ich ja noch einen Mann und einen Haushalt“, sagt eine. Bei einer anderen ging die Ehe kaputt, und der Mann verließ die Familie. „Ich wurde all den Forderungen nicht gerecht“, berichtet sie. „Der Mann wollte betreut, beachtet, belobigt, bekocht, beputzt und bewaschen werden.“ Das schaffte sie alles nicht.

„Sicher hat mein Mann oft zurückstehen müssen“, sagt eine andere. „Ich glaubte immer, daß der, der Hilfe am nötigsten braucht, sie auch zuerst bekommt ... Hätte ich eine „bessere Ehefrau“ auf Kosten meines Kindes sein sollen?“ Auch dieser Mann verließ seine Familie. „Für (ihn) wurde (der Sohn) zu einer starken Belastung, er mußte noch etwas vom Leben haben.“ Und die Frau?

Es ist ein Buch, das betroffen macht. Es zeigt, wie sehr diese Mütter mit allen Problemen allein gelassen werden. Institutionelle Unterstützungen gibt es zu wenige – auch heute noch. Wenn eine Mutter sich aber dafür entscheidet, ihr behindertes Kind in ein Heim zu geben, dann gilt sie als Rabenmutter. („Nun setzen erneut massive Beschuldigungen von meiner Mutter und meiner Schwester ein.“) Wenn sie versucht, berufstätig zu sein oder zu bleiben, auch. („Es gab viele Menschen, die meine Berufstätigkeit nicht verstanden.“) Die meisten der Frauen folgen also den gesellschaftlichen Normen und opfern sich auf – rund um die Uhr. Dann gehen die Ehen kaputt; zumal „Frauen zunächst einmal total asexuell zu werden scheinen“. Welch ein Wunder, denn „seit damals bis heute gibt es nur wenige Nächte, in denen ich mehr als vier Stunden am Stück schlafe. Niemand hat mich jemals abgelöst. Es gab nicht eine einzige Nacht, in der ein Mensch zu mir sagte: Bleib liegen, schlaf weiter, ich mach' das für dich!“

Die Scheidungsquoten dieser Ehen seien hoch, heißt es in einer ausländischen Studie. Jetzt „kämpfte ich um jeden Fußbreit mit der Bürokratie, sei es um Unterhalt, Sozialhilfe ...“, sagt eine über die Zeit, nachdem der Mann die Familie verlassen hatte. Und eine andere fragt: „Ist das alles? Aber das kann doch nicht alles sein!“

Gine Elsner

U. Brucks, E. v. Salisch, W. B. Wahl, Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde – Deutsche und ausländische Patienten in der ambulanten Versorgung, Hamburg 1987, 23,50 Mark

Über den Inhalt oder das „Innenleben“ der Vielzahl von Arzt-Patient-Kontakten gibt es verhältnismäßig wenig Wissen. Unter dem Schutzmantel der Vertraulichkeit des Arzt-Patient-Verhältnisses blieben daher auch Bedingungen und Elemente dieser Knotenstelle des Gesundheitssystems verborgen, die entweder ökonomisch, sozialpolitisch oder für die Gesundheit der Patienten von Bedeutung sind. Dabei zeigten sich in einer Untersuchung von Wartezeiten und ärztlichen Behandlungszeiten 1979 in München deutliche Unterschiede zwischen Versicherten verschiedener Kassenarten: Wer in der AOK versichert war, mußte länger warten und hatte eine kürzere Behandlungszeit als ein Ersatz- oder Privatkassenpatient. Neben dieser sozialpolitischen Brisanz der angeblich rein sachlich-persönlichen Kontakte von Ärzten und Patienten zeigt eine Analyse des Leistungsgeschehens für die Zeit von 1980 bis 1986 auch die ökonomische Beeinflussung dieses Verhältnisses. Trotz einer Abnahme der Erstkontakte zum Arzt je Versichertem von 5,1 Prozent, d.h. einer offensichtlichen Zügelung der Inanspruchnahme durch die Versicherten, stieg die Leistungsmenge je GKV-Versichertem um 21,4 Prozent und das Honorarvolumen gar um 29,8 Prozent an.

Über die qualitative Seite des „Innenlebens“ der medizinischen Versorgung – die Form, die unterschiedlichen Erwartungen und Handlungen von Arzt und Patient an ihre Kommunikation und die Schwerpunkte der verbalen Handlungen – gibt jetzt eine empirische Untersuchung Auskunft, die inhaltlich wie methodisch durchaus als eine Pionierarbeit bezeichnet werden kann.

Der Kern dieser Arbeit, die als verheißungsvoller Startband einer neuen Publikationsreihe „Beiträge zur sozialen Entwicklung des Gesundheitswesens“ erschien, bildet neben einer Übersicht zur Forschungslage die Auswertung und Dokumen-



tation von 81 Facharzt- und 84 Allgemeinarzt-Patient-Gesprächen in Hamburger Praxen. Hinzu kommen 15 ausführliche Interviews mit niedergelassenen Medizinern sowie 35 Interviews mit deutschen und ausländischen Arbeitnehmern über Ihre Gesprächsgestaltung, Ihre Erwartungen und Ihren Umgang mit Krankheit.

Weder für ausländische Patienten noch für die alltäglichen Arzt-Patient-Gespräche, auch deutscher Patienten, geschweige denn für den Einfluß, den die soziale Schicht- oder Klassenzugehörigkeit des Patienten auf die Kommunikation mit dem Arzt hat, gab es bisher eine vergleichbare Studie, so daß der selbstkritische Hinweis der Autoren, es handle sich um eine nicht repräsentative Arbeit, allenfalls Anlaß geben sollte, nachzufragen, warum/wer kein Interesse hat, eine repräsentative Studie zu ermöglichen.

Immerhin ist es in diesem Zusammenhang bemerkenswert, daß dieser Publikation ein öffentlich gefördertes Projekt zugrunde liegt, dessen Ergebnisse eben vom Auftraggeber, dem Bundesministerium, nur in einer Kurzfassung in einem Sammelband veröffentlicht werden. Einige der Ergebnisse sollen hier vorgestellt werden: Das „Fünf-Minuten-Gespräch“, das vom Hörensagen bereits immer als Indikator für soziale Benachteiligung im Bereich der Gesundheitsversorgung genannt wurde, hat einen signifikanten Zusammenhang mit dem Sozialstatus des Patienten: Überdurchschnittlich viele Gespräche mit un- und angelehrten Arbeitern dauern weniger als fünf Minuten, qualifizierte Angestellte sind dagegen in der Gruppe der 10 bis 15 Minuten dauernden Gespräche weit überdurchschnittlich vertreten. Diese zeitlichen Konditionen lösen inhaltlich „soziallagespezifische Beziehungsmuster“ aus oder sind Resultat von sozialstatusabhängigen Strategien der Ärzte.

Die Situation, daß Arzt und Patient nur ihr eigenes Thema verfolgen und sich nicht aufeinander beziehen, ist alltäglich. An dem Beispiel eines ausländischen Patienten wird dies am Nebeneinander von patienten-dominierter Beschwerde- und Anamnesedarstellung und arzt-dominierten Versuchen, Be-

handlungsmaßnahmen zu verabreden, deutlich gemacht. Makabrerweise kommt die Anamneseschilderung durch den Patienten „nur dadurch zu stande . . . , daß der Arzt hierauf nicht eingeht“, aber den Redefluß des Patienten nicht stoppt. Nachgewiesen wird auch, daß erst die gleichermaßen intensive Beteiligung, zum Beispiel an der Ursachendiskussion, wirklich „dialogische Gesprächsverläufe“ ergeben.

Unter anderem für die Inanspruchnahmediskussion und die Zuteilung von „Schuld an den Kosten“ ist bedeutend, wie die häufigste therapeutische Maßnahme, die Verordnung eines Medikaments, ausgelöst wird. Obwohl die befragten Mediziner subjektiv ehrlich einen großen Anteil auf die Wünsche der Patienten schieben, zeigen die Gespräche ein anderes Bild. Nur in drei Arzt-Patient-Kontakten von 116 Kontakten, die zu einer Verschreibung führten, also nur in knapp drei Prozent verordnete der Arzt auf ausdrücklichen Wunsch/Druck der Patienten.

Mit einigen Hinweisen auf die praktischen Folgen dieser sozialen Ungleichheiten in der Patient-Arzt-Kommunikation wird bereits auf die Frage nach dem praktischen Nutzen solcher Analysen übergeleitet. Unter den Folgen ist an erster Stelle die Reduktion der Handlungen auf eine symptomorientierte, medikamentös bestimmte und zunehmend teurer und nebenwirkungsreicher werdenden Therapie zu nennen. Dabei kommt auch durchaus eine Beteiligung der Patienten zum Tragen, die die Autoren als „Einverständnis im Mißverständnis“ bezeichnen. Als eine weitere Folge eher defensiver Art ist der wiederholte Arztwechsel von Patienten zu nennen.

Insofern ist das Buch sowohl für selbstkritische Ärzte zur Sensibilisierung gegenüber ihren Kommunikationsstrukturen geeignet als auch für die Krankenkassen, die sich, so auch die Verfasser, im Interesse ihrer Versicherten für eine Durchschaubarkeit der Abermillionen ärztlicher Handlungen als Strukturreform einsetzen sollten. Mit dem vorliegenden Buch kann niemand mehr sagen, er hätte nicht das Wissen zur Verfügung.

Bernard Braun

Jürgen Seim (Hrsg.), *Tristitia ante – Geahnte Finsternis. Zu Leben und Werk des Dichters Jakob van Hoddis*, Gütersloh 1987. Verlag Jacob van Hoddis, 151 Seiten, 18 Mark

Jacob van Hoddis war der Künstlername eines jüdischen Dichters, dessen Gedichte jetzt allmählich wieder der Vergessenheit entrissen werden. Nach ihm ist ein Verlag für psychiatrische Literatur benannt worden – auf Initiative von Professor Klaus Dörner, dem Leiter der Westfälischen Landesklinik für Psychiatrie in Gütersloh. Erstes Verlagsprodukt ist eine Sammlung mit vier Essays über van Hoddis' Leben und Werke.

Während der für mich zunehmend faszinierenden Lektüre der Arbeiten von Helmut Hornbogen, des Biographen des Dichters, von Klaus Dörner, der Germanistin Sybille Peukert und des Theologen Jürgen Seim drängten sich mir eine Fülle von Parallelien zur Lebens-, Schaffens- und Krankheitsgeschichte von Friedrich Hölderlin auf. In einer beschützenden Umgebung hätte van Hoddis ähnlich wie Hölderlin über 70 Jahre alt werden und

zumindest seinen bescheidenen Freuden leben können. Er wurde von der faschistischen „Euthanasie“-maschine vernichtet. Gespenstig mutet dieses Ende an, wenn man sein 1911 verfaßtes Gedicht „Weltende“ liest.

Dem Bürger fliegt vom spitzen Kopf der Hut,
in allen Lüften hallt es wie Geschrei,
Dachdecker stürzen ab und gehn entzwei
und an den Küsten – liest man –
steigt die Flut.

Der Sturm ist da, die wilden Meere hupfen,
an Land, um dicke Dämme zu zerdrücken.
Die meisten Menschen haben
einen Schnupfen.
Die Eisenbahnen fallen von den Brücken.

Der neue Verlag hat die Dokumentation der alljährlichen Gütersloher Fortbildungswöche übernommen und verlegt Literatur zur Geschichte der „Euthanasie“ und hoffentlich – nicht zuletzt weil er Arbeit für psychisch Kranke bietet – noch vieles mehr.

jgr



Bernard Braun
ist Soziologe
und arbeitet in
Dortmund

Zeichnung:
Barbara Lipinska-
Leidinger

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Kölnstr. 198, 6300 Bonn 1, Tel. 0228/693389 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

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

Redaktion:

Chefredaktion: Ursula Daalmann (ud) (Vi.S.d.P.), Joachim Neuschäfer (yn)

Ausbildung: Uschi Thaden (uth), **Demokratisierung:** Edi Erken (ee), **Frauen:** Karin Klesseyer (kk), **Monika Grönkort (mg), Ethik:** Helmuth Copal (hc), **Frieden:** Walter Popp (wp), **Ge- werkschafter:** Norbert Andersch (na), **Historisches:** Helmut Koch (hk), **Peter Liebermann (pl), Internationales:** Gunar Stempel (gst), Stefan Schözel (sts), **Krankenpflege:** Kirsten Jung (kj), **Gesundheitspolitik:** Matthias Albrecht (ma), Klaus Prester (kp), **Pharma:** Uli Raupp (urp), **Prävention/Selbsthilfe:** Uli Menges (um), **Psychiatrie:** Joachim Gill-Rode (jgr), **Standespolitik:** Gregor Weinrich (gw), **Umwelt:** Peter Walger (pw).

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

Redaktionskonto für Spende:
Sonderkonto Norbert Andersch, Postgiro-
amt Eesen Nr. 15420-430

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

Pahl-Rugenstern-Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/36 00 20, Kon-
takt: Postgiroamt Köln 6514-503, Stadt-
sparkasse Köln 10652298 (für Abo-Ge-
bühren).

Abonnementsrechnungen sind innerhalb von zwei Wochen nach Ihrer Ausstellung zu be-
gleichen. Das Abonnement verlängert sich je-
weils um ein weiteres Jahr, wenn keine Kündi-
gung beim Verlag eingegangen ist. Kündi-
gungstermin: 6 Wochen vor Ende des Be-
zugszeitraumes. 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 Mai-
heft: 8. April 1988

Graphik: Renate Alf, Jutta Karas

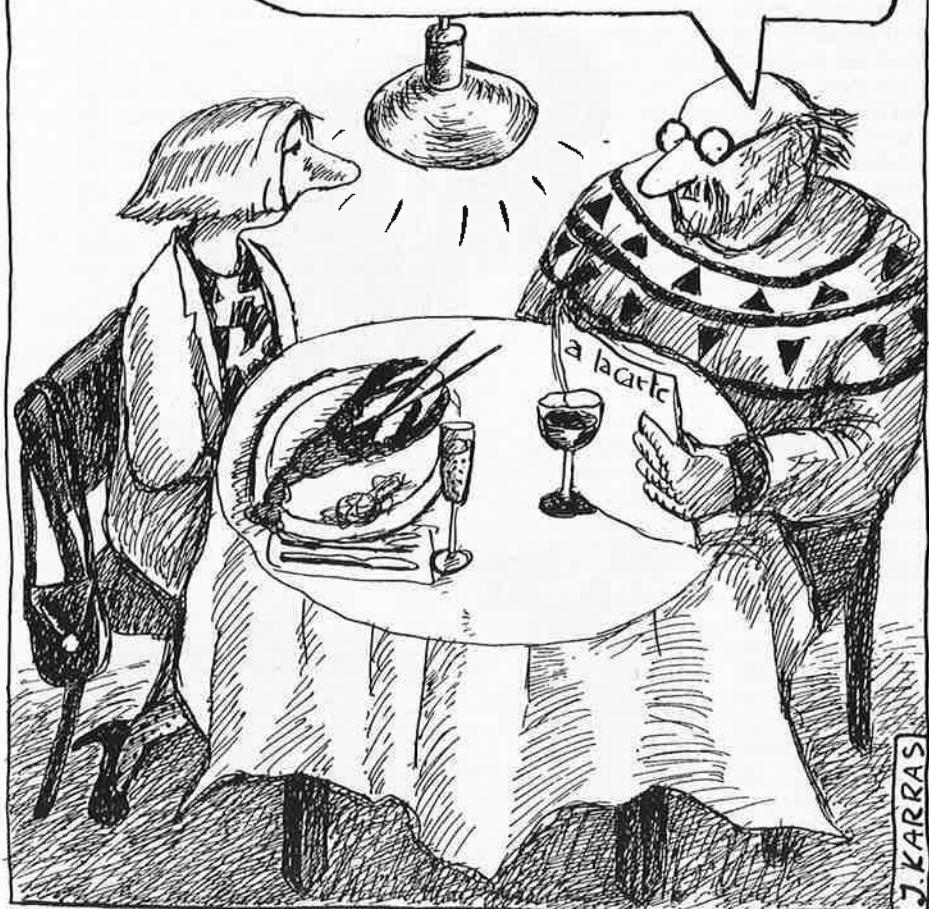
Titelblatt: ud

Layout: Ursula Daalmann, Joachim Neu-
schäfer, Stefan Schözel

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

ISSN: 0932-5425

DA FÄLLT MIR EIN:
WUSSTEST DU SCHON, DASS
MAN AUCH VOM ESSEN
KREBS BEKOMMEN KANN!



wir über uns

An dieser Stelle wollen wir in den dg-Ausgaben 4 bis 9/88 – parallel zu unserer Abo-Werbekampagne – einen Einblick in unsere Geschichte sowie die Entwicklung der Zeitschrift und die Arbeitsweise der Redaktion geben.

Gründerjahre

Neun Jahre alt wird unsere Zeitschrift dieses Jahr – im Spätherbst 1989 wollen wir rauschend eine zehnjährige feiern. Eigentlich ist sie schon ein gutes Stück älter; gedanklich gezeugt im Frühjahr 1977 sollte eine sogenannte Probe- und Nullnummer bereits Anfang 1978 beginnen, die Marktlücke im kritischen Journalismus zu füllen. Die Gründerinnen und Gründer waren überwiegend gerade examinierte Ärztinnen und Ärzte aus Bonn, die sich ihr fachlich-politisches Wissen, aber auch ihren dringenden Wunsch nach einem weiteren gemeinsamen Weg in der gewerkschaftlich orientierten Arbeit innerhalb der studentischen Selbstverwaltung erworben hatten. Deshalb war von Anfang an oberster Grundsatz, das Projekt dg unter Beteiligung möglichst vieler Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu gestalten, um nicht eines Tages doch der akademisch-bornierten Sichtweise zu erliegen.

Gute Kontakte zu engagierten Krankenschwestern und -pflegern, Medizinisch-Technischem Personal und Helferinnen und Helfern aus dem ambulanten Bereich, zumeist über die gemeinsame Gewerkschaftsarbeit, erleichterten es, diesen Anspruch auch umzusetzen. Von der ersten Ausgabe an nahmen die Probleme dieser Berufsgruppe einen breiten Raum ein, prägten unser „Gesicht“ als „Zeitschrift für Berufstätige“, zumal Studentenpolitik eher zu kurz kam. War anfangs noch geplant, dg auch zur Patientenzeitschrift auszubauen, so wurden diese hochfliegenden Pläne angesichts der harten Realität des kritisch-journalistischen Alltages schnell aufgegeben.

Im 17köpfigen Redaktionsteam der ersten Ausgabe herrschte auch noch die Meinung vor, daß die anfänglich zu erwartenen finanziellen Defizite von jährlich 20 000 bis 40 000 Mark (bei eingeschriebenen 800 Abonnenten für die Start-Nummer und angenommener Verdoppelung für das erste Jahr) von den besserverdienenden Ärzten unter den Abonnenten problemlos aufgefangen werden könnten und würden. Wir gründeten eine Kommanditgesellschaft und warben um Einlagen von 500 bis 1000 Mark. Tatsächlich kamen auch im ersten Jahr rund 30 000 Mark herein, dann jedoch versiegte der Strom der Einlagen so rapide, daß der Fortbestand gefährdet war. Hinzu kam, daß eine nicht verlagsgebundene Zeitschrift, zudem nur mit vierteljährlicher Erscheinungsweise (in den Jahren 1979/1980), für Repro-Betriebe und Druckereien kein „ökonomischer Faktor“ war. Die Folge: Wir mußten überall die branchenüblichen Höchstpreise bezahlen.

Daß wir gut durch diese erste Talsohle kamen, hatten wir vor allem der Weiterverbreitung durch Leser und Abonnenten

zu verdanken, denn für eine Werbekampagne fehlte das nötige Geld. Hauptsächlich Mund-zu-Mund-Propaganda ließ die Abonnentenzahlen in die Höhe schnellen: Von 1300 im März 1980 auf 2300 im November 1980 und 3100 im November 1981.

Durch diesen rasanten Erfolg ermutigt, stellten wir ab 1981 auf zweimonatliche Erscheinungsweise um. Dies bedeutete aber für die redaktionelle Arbeitsweise ein Höchstmaß an Belastung, denn schließlich hatte jeder aus dem Redaktionsteam seine 40- bis 60-Stunden-Woche hauptberuflicher Tätigkeit. dg wurde ausschließlich in langen Abendsitzungen und an Wochenenden gemacht. Für die Redaktion (mit Ausnahme der beiden Chefredakteure, die erst später eingestellt werden konnten), bis heute ein idealistisch-politisches „Zuschußgeschäft“ – zeitlich wie finanziell. Bei dg gibt es weder Aufwandsentschädigung noch Sitzungsgelder, weder Kilometerpauschale noch Zeilenhonorar. Sogar der Film für die selbstgemachten Photos zum Layout wird für Redakteure nicht erstattet. Sonst hätten wir nicht einmal den ersten Geburtstag von dg feiern können.

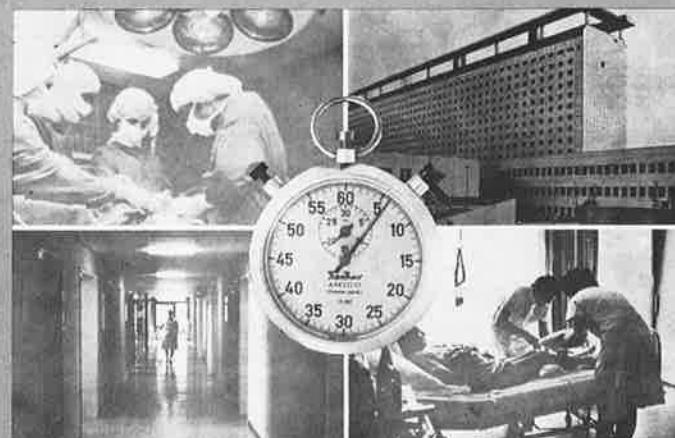
Ulli Raupp

Im nächsten Heft: Vom Selbstverlag zum PRV

DM 4,00 NOVEMBER 79

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



WENIGER BEREITSCHAFTSDIENSTE, MEHR FREIZEIT
Interview mit Gerd Limbrock

AUSBILDUNG ODER AUSBEUTUNG
Erfahrungen in der Krankenpflegeausbildung

NIEMAND DARF WEGEN ...
Zur Einstellungspraxis an bundesdeutschen Krankenhäusern

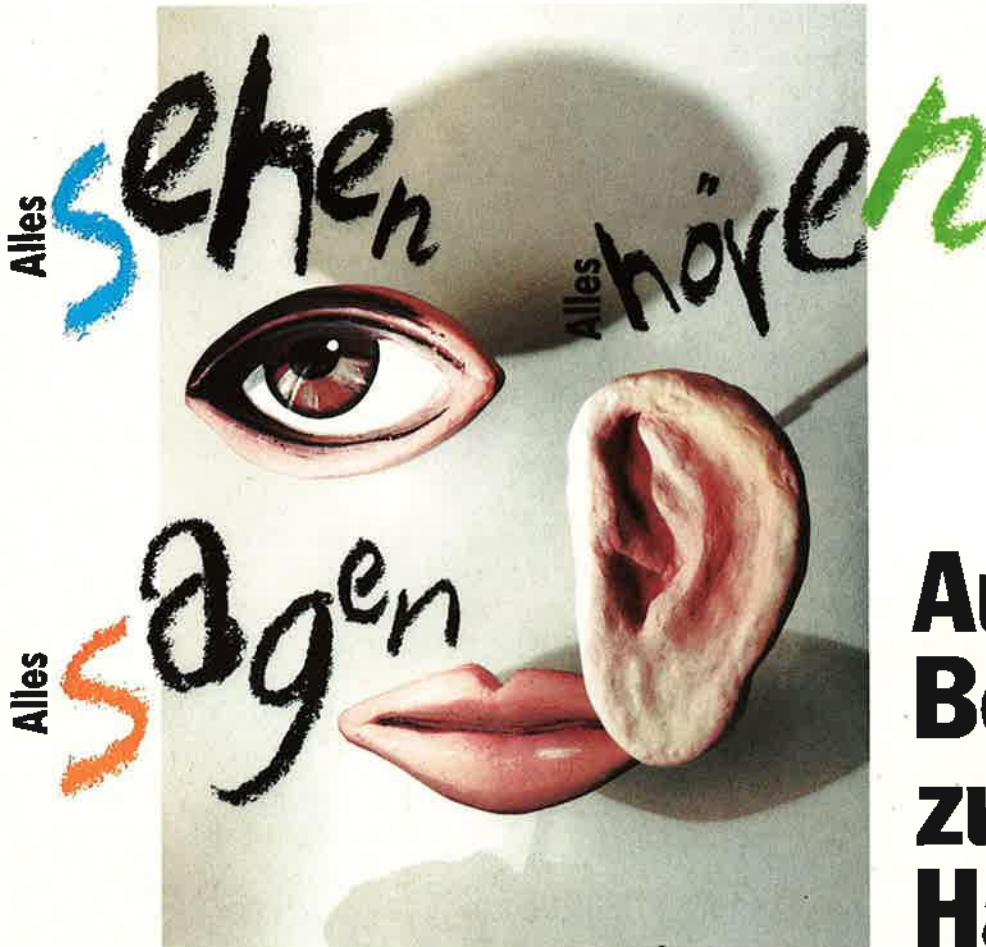
„ABTREIBUNG IST MASSENMORD“
Zum § 218

VIER JAHRE NACH DER PSYCHIATRIE-ENQUETE

1/79

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1



Aus der Bedrohung zum Handeln



Ja,

ich bestelle Exemplare der Dokumentation des
7. Medizinischen Kongresses zur Verhinderung des Atomkrieges
der IPPNW für DM 15,- pro Exemplar.

dg

- Ich lege einen Verrechnungsscheck über DM bei.
 Bitte schickt mir eine Rechnung.

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Datum: Unterschrift:

Preise zuzüglich DM 2,80 pro Band für Porto und Verpackung.
Ab DM 60,- portofrei.

Ausschneiden, einsenden an: IPPNW, Bahnhofstr. 24, 6501 Heidesheim

**Die Dokumentation des
7. Medizinischen Kongresses zur
Verhinderung des Atomkrieges
der IPPNW
im November 1987 in Essen**

**ca. 200 Seiten
Preis: DM 15,- pro Exemplar**

Bestellungen an:
**Internationale Ärzte für die Verhütung
des Atomkrieges (IPPNW)**
Bahnhofstraße 24, 6501 Heidesheim
Telefon: 06132/59329