



dg

Demokratisches
Gesundheitswesen
Nr. 7-8
Juli / August 1988
Einzelheft 5 Mark
G 2961 E

**Tschüs! Fluktuation beim Krankenpflegepersonal
Hemmungslos - Pharmawerbung in Zeitschriften**

Eine Dame gefällig?

**Zur beruflichen
Situation
von Ärztinnen**

Verantwortungsvoller Umgang mit Menschen in bundesdeutschen Krankenhäusern darf mittlerweile getrost als unerwünschte Störung des Betriebsablaufs bezeichnet werden. Wer zeitraubende Anamneseerhebungen durchführt, wen die Lebensgeschichte der Patienten interessiert, wer mit ihnen spricht und sich mit ihnen auseinandersetzt – gleich ob Ärzte, Krankenschwestern oder Krankengymnasten – der fällt heutzutage unangenehm auf. Nur abrechenbare Leistungen, Labor, Röntgen, CT und die Zahl der operativen Eingriffe, das interessiert Verwaltungs- und Pflegedienstleiter und ärztliche Direktoren. Die saubere Kurvenführung sieht der Vorgesetzte, wie lange ein Patient in seinen Ausscheidungen gelegen hat, sieht er nicht.

Krankenhaus:

Sand ins Getriebe



Norbert Andersch arbeitet in einem Duisburger Krankenhaus

„Krankenhauswürdig“ sind Patienten, die Grund für umfangreiche Diagnostik hergeben und ihre Glieder für Eingriffe hinhalten. Willige Personen sind, auch wenn sie eigentlich nicht krank sind, in den Ausbildungs- und Experimentieranstalten unserer Republik willkommen. „Pflegebedürftigkeit“ ist dagegen mittlerweile ein Ausschlussgrund für Krankenhausbehandlung, nachdem sie seit Hunderten von Jahren gerade dort ihren Platz hatte.

Wer Operationen verpuscht und zweimal operiert, wer Patienten rücksichtslos durchröntgen läßt, Laborwerte nicht einordnen kann

und deshalb mehrfach einholt, der steht in der Leistungsbilanz allemal besser da als sorgfältige Ärztinnen und Ärzte, die sich um die Kranken kümmern. Was Wunder, daß zum Beispiel die Kliniken der Berufsgenossenschaften nicht Patientenzufriedenheit oder therapeutischen Erfolg als Qualitätskriterien anführen, sondern in ihrer jährlichen Leistungsbilanz mit imposanten Steigerungsraten bei Operationen, Labor- und Röntgenuntersuchungen aufwarten.

Spricht man auf derartige Peinlichkeiten möglicher medizinischer Insuffizienz Ver-

waltungsleiter an, so darf man nicht etwa Verlegenheit erwarten: Nur das – und sei es die 20ste nicht indizierte Operation – bezahlt anstandslos die Kasse. Psychotherapie und anderer konservativer Kram, auch wenn er nachgewiesenermaßen den Patienten hilft, ist dagegen oft genug nicht entschädigungswürdig. Thore von Uexküll hat vor kurzem auf einem Hamburger Psychotherapiekongreß drastische Beispiele dafür gebracht.

In das Krankenhaus sind neue Werte eingedrungen und durch tägliche Übung in Fleisch und Blut bereits vieler Ärzte übergegangen: Vor ethischen und menschlichen Zielen rangiert die „Verkürzung der Verweildauer“; wird sie tangiert, verlieren andere Maßstäbe ihre Bedeutung. Als ähnlich hochrangig gilt allenfalls noch der „Grad der Bettenausnutzung“. Ein Krankenhaus muß heute nicht mehr funktionieren, sondern es muß laufen, und zwar auf vollen Touren: Input – Output – Drehzahl sind wichtig, nicht die Effektivität der erzielten Ergebnisse. Sonst könnte nämlich die Zunahme der Alters- und chronisch Kranken nahelegen, daß weniger diagnostiziert und operiert, sondern mehr betreut und auch geschützt werden müßte. Aber da könnte ja, bewahre, die wasserköpfige Überbewertung der Ärzte, die Krankheit beseitigen, aber nicht ertragen können, leiden. Da könnte zur Sprache kommen, daß Krankenhäuser Aufenthalt sein müssen und manchmal Asyl. Daß sie Ort der Hilfe und Zuflucht sein, aber auch Obdach bieten müssen. Daß sie Pflegestätten sind.

Da würde man den angeblichen Bettenberg auf einmal nicht mehr finden. Da würden Krankenhausbeschäftigte nicht mit pseudotherapeutischer Sisypusarbeit verschlissen. Da wäre ihre Qualifikation gefragt, eine ruhige, geborgene Atmosphäre zu schaffen. Aber das könnte Geld kosten und den Abrechnern die Statistik versauen. Es würde bloß den Menschen, aber nicht der elektrotechnischen Industrie nutzen. Dazu bräuchte man Beschäftigte, die die Verantwortung gegenüber den Patienten höher bewerten als die Angst vor dem Chef. Die nicht die Kranken, sondern die Kasse belügen. Die nicht die Verletzten, sondern die Verwaltung täuschen. Die nicht die Behandlung, sondern den Diagnoseschlüssel verfälschen. Kurzum, sich um die Menschen kümmern, ist wie Sand schütten ins Getriebe bundesdeutscher Krankenhäuser und, ehrlich gesagt, den brauchen wir. Eimerweise.

dg 7-8/88

dg-Report

Eine Dame gefällig?
Zur beruflichen Situation von Ärztinnen 12

Pharma

Völlig hemmungslos
Wie wirbt die Pharma-Industrie? 18

Störfall besonderer Art:
125 Jahre Bayer 52

Aktuelle Gesundheitspolitik

Per ordre de mufti
Neue Verschärfungen beim Gesund-
heitsreformgesetz 20

Unter der Latte durch
dg-Interview mit Karl-Hermann Haack
und Dr. Robert Paquet, SPD 22

Genial und teuflisch?
Festbetragsregelung für Arzneimittel 24

Ganz egal
Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 36

Ausbildung

Flaschenhals
AIP wird rechtskräftig 26

Ethik

Mißbrauch angelegt
Grünen-Hearing zur Zwangssterilisation 27

Krankenpflege

Einnehmende Wesen
Besuch beim DBfK 34

Aushalten oder aussteigen
Fluktuation bei Krankenschwestern 42

Arbeitsbedingungen im

Krankenhaus

Kontrapunkt
ÖTV zu Aids im Krankenhaus 39

Lirum, larum, Löffelstiel
In der Krankenhausküche 48

Psycho

Wem dieser Herren würden Sie vertrauen? 40

Internationales

„Einmal sehen ist besser als
hundertmal hören“
Ein Bericht aus Vietnam 46

Kultur

„Nuts“
Ein Film über sexuellen Mißbrauch
von Mädchen 55

Dokumente

Zur Problematik der Sterilisation
einwilligungsunfähiger Menschen
Vom Bundesministerium der Justiz 28

Die Lebenssituation von Betroffenen
außerhalb von Einrichtungen
Von Ingrid Häusler, Die Grünen 31

Kein neues Sterilisationsgesetz
Von Michael Wunder, Die Grünen 32

Rubriken

Sie über uns 5

Aktuelles 7

Termine/Kleinanzeigen 10

Buchkritik 56

Comic 58

Wir über uns 59



Foto: Linie 4

Für Ärztinnen wird es auf dem Arbeitsmarkt immer enger. Dabei stellen Chefärzte wirklich „gerne Damen ein“, wie Monika Gretenkort und Ursula Daalman erfahren durften. Der Report zur beruflichen Situation von Frauen im Arztberuf auf Seite 12



Pharmawerbung in Zeitschriften ist ein wichtiges Instrument zur Beeinflussung von Ärzten. Offen oder gut versteckt. Hermann Schulte-Sasse hat ein paar unappetitliche Beispiele gefunden, unter anderem im Deutschen Ärzteblatt. Seite 18



Zeichnung: Paulsen

Kaum eine Krankenschwester hält es nach der Ausbildung länger als vier Jahre im Krankenhaus aus. Warum in dieser Berufsgruppe die Fluktuation so hoch ist, hat Toni Faltermaier untersucht. Seite 42

Die schönste Urlaubsbeschäftigung

Neue Abonnentinnen und Abonnenten für dg
werben. Was Sie dazu brauchen? Interesse an
dg und etwas Zeit und Ausdauer. Und Werbe-
material? Das können Sie bei der Redaktion
bestellen. Karte, Coupon oder Anruf genügen.

Das beigelegte Faltblatt reicht mir nicht für meine
Urlaubsaktivitäten. Bitte schicken Sie mir

_____ weitere Faltblätter

_____ Plakate

_____ alte Hefte

Name

Straße

PLZ/Ort

Bitte ausschneiden und senden an:
dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1

sie über uns



Fehlinterpretation

dg 5/88: Aktuelles

Ich denke, daß Euch bei Eurer Nachricht „Neudeck: Hilfe für Vietnam gefordert“ ein Interpretationsfehler unterlaufen ist. Das Komitee Cap Anamur hat immer den Primat der humanitären Hilfe beachtet und keineswegs Politik dieser Art betrieben, wie es die kurze Nachricht vermuten ließe. Dies kam bereits 1981 zum Ausdruck, als wir trotz laufender Rettungsfahrt von Cap Anamur 1 einen Reistransport in die von Unwettern heimgesuchte Nordprovinz Thanh Hoa (250 km südl. Hanoi) durchgeführt hatten. Weiterhin haben wir der vietnamesischen Regierung 82, 83, 84, 85 und 86 (Ihr seht vielleicht schon eine Anbiederung darin) medizinische Hilfe angeboten, jedoch die Vietnamesen zeigten sich aus ideologischen Gründen zugeknöpft. Wir haben nunmehr seit April zwei Projekte der Wasser- und Abwasserversorgung, weitere Projekte werden nach Absprache mit der vietnamesischen Regierung folgen.

Die Bemerkung Rupert Neudecks zielte vielmehr darauf ab, daß die Vereinigten Staaten und zahlreiche andere Länder des Westens ein totales Embargo gegen Vietnam verhängt hatten. Vietnam muß raus aus dieser außenpolitischen Isolation, wenn es die Chance einer Änderung der Lebensbedingungen für seine Bevölkerung haben soll. Eine Änderung der Verhältnisse im Innern allein kann den Rückgang der wahn sinnigen Flüchtlingszahlen bewirken.

Deshalb forderte Neudeck den Schwenk in der Politik. Für das Komitee war dieser Schwenk nie nötig. Für uns waren Ret-

tungsfahrten mit dem Schiff und gleichzeitige humanitäre Hilfe im Land selbst nie ein Widerspruch. Gleichwohl wurden wir hierfür oftmals von vielen Seiten angegriffen. So sperrte uns Singapur wegen des oben erwähnten Reistransports die Landeerlaubnis für die geretteten „boatpeople“, und wir mußten ab 1981 die Philippinen anlaufen.

Bauchpinseleien habt Ihr sicher nicht nötig, aber bei dieser Gelegenheit kann ich Euch auch mal so was wie 'ne Ermunterung aussprechen, mit Eurem „Projekt“ weiterzumachen.

WINFRIED RÜGER
Lübeck

Kapitalistische Forderungen

dg 6/88: „Schlechte Noten“ – Kommentar zur geplanten Streichung des Sterbegeldes von Trude Unruh

In der letzten Ausgabe des dg (6/88) ist ein Artikel von Trude Unruh erschienen, zu dem ich einige Anmerkungen und Klarstellungen machen muß. Die Darstellungsweise (Trude Unruh wird als parteiloses Mitglied der Bundestagsfraktion der Grünen vorgestellt) erweckt den Eindruck, daß es sich hierbei um Positionen Grüner Gesundheitspolitik handelt. Wir Grünen halten es aber im Gegensatz zu der von Trude Unruh geäußerten Meinung nicht für dringend erforderlich, daß über eine Reform des Gesundheitswesens „ein weiterer Anstieg der Personalzusatzkosten vermieden wird.“

Derart kapitalistische Forderungen sind nicht Grüne Gesundheitspolitik. Wir fordern die Aufhebung der Trennung der Beitragszahlungen in Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile. Denn die Krankenversicherungsbeiträge sind Lohnbestandteile und sollten auch als solche behandelt werden. Die Trennung ermöglicht den Arbeitgebern eine Beteiligung an den Entscheidungen der Selbstverwaltung und ist der Hauptgrund für die einseitige Ausrichtung auf Wirtschaftlichkeit und Kostendämpfung.

Natürlich halten auch wir eine Reform des Gesundheitswesens für längst überfällig, aber nicht, um zum Wohle der Arbeitgeber kranke, alte und behinderte Menschen zur Kasse zu bitten, sondern weil unser

Gesundheitswesen bestimmt genauso viel Krankheit wie Gesundheit produziert, und weil GesundheitspolitikerInnen mit Symptomen statt mit Ursachen kämpfen und derweil die Versicherten mehr Kostenbewußtsein zu entwickeln haben (so sieht das Gesundheitsreformgesetz es vor).

Ich halte es für fatal, wenn durch solche Stellungnahmen die Grüne Gesundheitspolitik in die Nähe der arbeitgeberfreundlichen Kostendämpfungspolitik gerückt wird und muß diesem Denkansatz deshalb nachdrücklich widersprechen. Gerade weil die Strukturreform im Gesundheitswesen einen so enormen Umfang und voraussichtlich auch ebensolche Auswirkungen haben wird, daß es allmählich schwierig wird, im Wirrwarr von Argumenten und Positionspapieren noch einen Überblick zu behalten, ist es dringend notwendig, die grundsätzlichen Positionen und damit auch die politischen Leitgedanken um so klarer und deutlicher hervorzuheben.

Mag sein, daß die Position der Grauen Panther in diesem Punkt eine andere ist. Um so wichtiger ist es dann aber, diese auch so zu kennzeichnen und nicht als Absender die Grüne Bundestagsfraktion mit ins Spiel zu bringen.

HEIKE WILMS-KEGEL
Grünen-MdB

Hilferuf

Betrifft: Juristische Auseinandersetzungen um die Einführung eines Notarztsystems

Ich schicke einen Hilferuf an Euch: Gesucht werden dringend Erfahrungsberichte über eventuelle arbeitsgerichtliche Auseinandersetzungen über die Verpflichtung von Assistenzärzten, am Notarztsystem teilzunehmen.

Die konkrete Situation: Für den Landkreis Achim bei Bremen sollen neben den Assistenzärzten der Inneren Abteilung, die durch ihre Tätigkeit in der Intensivmedizin eher die fachlichen Voraussetzungen erfüllen und auch eher dazu bereit sind, den Notarztwagen zu besetzen, die Assis der Chirurgie und der Gynäkologie zu Notarztdiensten verpflichtet werden. Andernorts geschieht dies auch relativ widerspruchsfrei, unter anderem auch im benachbarten Verden.

Uns geht es im jetzigen Konflikt 1) um unsere Forderung nach zwei zusätzlichen Stellen für die Innere Abteilung. Bisher haben wir erst eine bekommen, obwohl uns beide zugesagt worden waren; 2) darum, die chirurgischen und gynäkologischen Assis aufgrund der mangelnden Qua-



sie über uns

likifikation aus dem Notarztsystem herauszuhalten.

Juristischer Kern der Angelegenheit sind die Sonderregelungen 2c (SR2c) des BAT, aus denen klar hervorgeht, daß die Betreuung des Notarzwagens zu den Aufgaben des Assistenzarztes gehört. Voraussetzung dafür ist eine mindestens einjährige klinische Erfahrung, und es müssen bestimmte fachliche und persönliche Voraussetzungen erfüllt sein. Auch wenn der BAT im letzten Punkt nur die Tätigkeit zum Beispiel in der Pathologie beziehungsweise bestimmte körperliche Gebrechen als Ausnahme nennt, ist dieser Absatz der Sonderregelungen unser Ansatzpunkt.

Inhaltlicher Kern unserer Position sind die Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Norddeutscher Notärzte (AGNN) beziehungsweise der Niedersächsischen Ärztekammer, die inhaltsgleich, glaube ich, in allen Bundesländern bestehen und andernorts auch bindenden Charakter haben, wie ich meine. In diesen Empfehlungen sind folgende Forderungen unter anderem enthalten:

- mindestens eine halb- bis einjährige Erfahrung in der Intensivmedizin,
- Absolvierung von Kursen in der Rettungsmedizin,
- Beherrschen der Techniken von Intubation, Reanimation und des Legens zentraler Zugänge,
- Teilnahme an mindestens 10 Notarzteinsätzen als Hospitant, bei denen es auch um einen Notfall ging.

Auch wenn wir von der örtlichen ÖTV gutmeinende Unterstützungserklärungen für eine eventuelle juristische Auseinandersetzung bekamen, wollen wir vorher abchecken, wie erfolgversprechend eine solche Auseinandersetzung ist, falls es eine solche irgendwo schon einmal gegeben hat.

Deshalb unsere dringende Bitte: Wer schon einmal eine Feststellungsklage wegen mangelnder Befähigung zum Notarzteinsatz beziehungsweise ähnlicher Tätigkeiten geführt hat, möge sich bitte melden bei:

Günther Egidi
Wachmannstraße 24
2800 Bremen
Tel. (0421) 34 36 09
oder dienstl.
Tel. (04202) 5 81 - Pieper.

Wütend

dg 6/88: „Schwarz, weiß oder grau – Das Essener Methadonprogramm für HIV-Infizierte“

Zuerst möchte ich den Kolleginnen und Kollegen der Essener Drogenberatungsstelle für ihre Arbeit viel Erfolg, Kraft und Durchhaltevermögen wünschen. Ich habe die Hoffnung, daß ein „Gelingen“ dieses Projekts nicht nur Erfolge in der Therapie mit HIV-Infizierten bringt, sondern auch neue Ideen und Anregungen für die gesamte Drogentherapie.

Seit 13 Jahren arbeite ich nun in der Suchttherapie und verfolge vom ersten Tag an die Methadon-Diskussion. Ich muß eingestehen, daß ich mich anfänglich auch vehement dagegen gewehrt habe und alle Argumente anführen konnte, die auch jetzt noch von den Gegnern gebraucht werden. Gleichzeitig habe ich mich aber auch mit den Argumenten und Erfahrungen unserer Nachbarländer auseinandergesetzt und bin zu einer anderen Meinung gekommen.

Wie das? Nun, ganz einfach. Für mich steht der Mensch mit seiner Krankheit im Vordergrund. Und mit Menschlichkeit und Achtung habe ich ihm zu begegnen. Und zur Menschlichkeit gehört für mich, „ihn da abzuholen, wo er steht“ und nicht, wo irgendwelche Machtbesessenen oder Besserwisser stehen. Was heißt, „ihn da abzuholen, wo er steht“? Dem Drogenabhängigen – und hier besonders den HIV-Infizierten – die Möglichkeiten und Chancen anzubieten, die er im Moment bewältigen kann.

Wenn ich weiß, wie hoch die Abbruchquoten in den Langzeittherapien sind, wie hoch die Rückfälle nach einer Langzeittherapie sind, wie viele Monate einfach nur „abgesessen“ werden, weil eine zu geringe Eigenmotivation zum Zeitpunkt der Therapie vorhanden ist, wie stark die Schuldgefühle nach einem Rückfall, nach einem Abbruch sind: „Ich habe schon wieder versagt, ich packe es nicht“, dann darf der Weg der Langzeittherapie doch nicht der alleinige bleiben. Zumindest es auch nicht immer sicher ist, daß ein HIV-Infizierter noch eine Langzeittherapie bekommt. (Wobei ein Methadonprogramm nach einer gewissen Zeit eine Langzeittherapie ja gar nicht ausschließt.)



Worum geht es dann Gegnern wie Herrn Osterhues? Um die Betroffenen oder um die Bettenbelegung in den Kliniken? In seinem „Bestseller“ „Die Krise der Suchttherapie. Eine Streitschrift“, schreibt Osterhues auf Seite 78, Kapitel VII – Methadon – eine gefährliche Illusion: „Man setzt auf ‚Chemie‘ und verspricht sich nicht mehr viel vom geduldigen psychotherapeutischen Einwirken auf das Verhalten und Erleben des Süchtigen. Dies dauert den Eiligen in unserer schnellebigen Zeit wohl auch zu lange.“ Schade, daß dieser „Möchte-gerne-Fachmann“ in Sachen Suchttherapie und Menschlichkeit noch nicht mitbekommen hat, daß der Weg mit Methadon/Polamidon mit Sicherheit ein ebenso langwieriger und mühevoller Weg sein wird, zumal auch in dieser Behandlung – wie Dorle Wagner auch erklärt – die Abstinenz als Ziel zu sehen ist.

Wütend machen mich Diskussionen und heroische Sätze über die Abstinenztherapie wie: „Aber es ist doch eine ethische Frage, ob wir uns für Methadon oder für eine Therapie entscheiden, die sich die sofortige Abstinenz zum Ziel setzt“ (Osterhues in seiner Streitschrift auf Seite 80). Wo bleibt denn die Ethik in diversen Drogenhäusern, in denen zumindest nichts passiert, wenn die Betroffenen Alkohol trinken; in denen auch nicht daraufhingewiesen wird, daß auch für einen „Fixer“ der Alkohol tabu sein muß, weil die Gefahr des „Umsteigens“ besteht. Wo bleibt dann das Ziel der Abstinenz?

Es ist doch nachvollziehbar, daß Herr Osterhues Herrn Heinemann anschreiben muß, um auf die fürchterlichen Gefahren des Methadonprogramms hinzuweisen, wenn wir wissen,

daß Herr O. mit seinen Häusern in NRW noch expandieren will!

Geht es tatsächlich noch um die Drogenabhängigen und HIV-Infizierten, wenn nach dem „Bayerischen Aids-Beschluß“ die Betroffenen sich überlegen, vielleicht doch lieber nicht in Bayern eine Therapie zu machen, die Häuser vielleicht etwas leerer werden demzufolge, und der „Drogenreport“-Leser des Heftes 3/4, September 1987, plötzlich auf Seite sechs folgendes erfährt: „Von Herrn Gauweiler haben beispielsweise einige Medien ein Bild gezeichnet, das mich – als ich ihm erstmals persönlich begegnen sollte – ein wahres Ungeheuer erwarten ließ. Bei unserem Gespräch saß mir dann ein Mann gegenüber, der sich mit differenzierten, sachlichen Argumenten um die Gesundheit der Bevölkerung sorgt. Nur gut, daß ich mich um einen persönlichen Termin bemühte.“

Und weiter auf Seite 116 des bereits zitierten Buches: „Nach dem Kriege hat Bayern unter Beweis gestellt, daß Minderheiten hier sehr human behandelt werden. Man denke an die vorbildliche Eingliederung der Heimatvertriebenen. Ich bin ganz sicher, daß auch AIDS-Kranke bzw. Ansteckungsgefährdete mit dieser Humanität rechnen können.“ Drückt sich darin Sorge um die Betroffenen aus, oder werden da die berühmten „kleinen Brötchen“ gebacken, um eine Bettenbelegung zu sichern? Letzteres ist für mich der Fall.

Es darf auch so sein, schließlich handelt es sich ja auch um ein Geschäft, bei allem Engagement und Idealismus; nur sollte man wirklich diesen kleinen Funken Ehrlichkeit und Offenheit haben, es auch so zu benennen, und bitte die geheuchelte Sorge um die Betroffenen weglassen, denn um die geht es bei diesen Diskussionen oftmals erst in zweiter Linie. Erstmal geht es ums Geld, Recht und Macht!

Wenn es tatsächlich um die Betroffenen gehen soll, um qualifizierte, erfolgversprechende Therapien, um Abstinenz, dann muß es verschiedene Angebote geben, die individuell einzusetzen sind; und eines wird gerade in Essen praktiziert und sollte tatkräftig unterstützt werden.

FRANZISKA MEYER
Suchttherapeutin

Süddeutschland: Pflegepersonal protestiert

Vertreterinnen und Vertreter des Pflegepersonals haben massiv gegen die ständige Überlastung des Pflegepersonals protestiert. Spätestens in zwei Jahren sei damit zu rechnen, daß ein Pflegenotstand eintrete und man einzelne Stationen schließen müsse, erklärte Ricarda Klein, Pflegedienstleiterin an der Universitätsklinik Göttingen und Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft der Pflegedienstleitungen, die sich Ende Mai im Klinikum München-Großhadern traf, um eine Bestandsaufnahme zu machen. Ursache für den jetzt schon herrschenden Personalmangel seien vor allem die anachronistischen Tarifverträge, überholte Personalanhaltszahlen, die fortdauernde psychische und physische Belastung sowie die Tatsache, daß Arbeitszeitverkürzungen nicht durch neue Stellen aufgefangen werde.

Bereits Mitte Mai hatten sich 7500 Krankenschwestern und -pfleger aus Münchener Kliniken – das ist die Hälfte des dort beschäftigten Pflegepersonals – an einer Unterschriftenaktion beteiligt und auf die Versorgungsmisere aufmerksam gemacht. „Wir können nicht mehr für eine humane Pflege an den Krankenhäusern garantieren“, so die Münchener Schwestern und Pfleger.

400 tote Kinder durch Straßenverkehr

1987 verunglückten mehr als 40 000 Kinder im Alter bis zu 15 Jahren auf bundesdeutschen Straßen. 400 starben infolge des Unfalls, wie Bundesverkehrsminister Jürgen Warnke (CDU) auf einer Veranstaltung des Deutschen Verkehrssicherheitsrats (DVR) bekanntgab.

Berlin: Stopp für Heranziehung zum Unterhalt

Vom 1. Mai dieses Jahres an ziehen die Westberliner Sozialämter nicht mehr Kinder oder Enkel alter Menschen zum Unterhalt heran, wenn deren Einkünfte nicht für den Lebensun-

terhalt ausreichen. Die im Bundessozialhilfegesetz festgeschriebene „Inanspruchnahme von Drittverpflichteten“ ist für viele arme alte Menschen der Grund, auf die ihnen zustehenden Unterstützungen durch die Sozialämter zu verzichten.

Druck auf Bayer-kritische Pastorin

Die Solinger Pastorin Friedel Geisler ist vom zuständigen Superintendenten der Evangelischen Kirche, Ernst Günther, aufgefordert worden, den Titel Pastorin abzulegen. Ihr öffentliches Auftreten in Verfolgung politischer Ziele sei als Wahrnehmung eines kirchlichen Mandates mißverstanden worden, erklärte Günther. Hintergrund des Titelstreits sind nach Angaben der Coordination gegen Bayer-Gefahren Beschwerden von Gemeindegliedern über das politische Engagement von Frau Geisler, die seit 1985 zum Vorstand der Coordination gegen Bayer-Gefahren (bis vor kurzem Bayer-Coordination, d. Red.) gehört.

Für Friedel Geisler geht der Streit um die Frage, „inwieweit die rheinische Landeskirche durch Wirtschaftskreise und Konzerne erpreßbar sein darf“. Schließlich bringe, so Frau Geisler, der Bayer-Konzern mit rund 24 Millionen Mark Kirchensteuern, „einen ökonomischen Teil des Kirchensteueraufkommens der rheinischen Landeskirche“ auf. Sie sei aber in den Bayer-Hauptversammlungen nie als Pastorin aufgetreten, sondern als Kritische Bayer-Aktionärin. Falsche und richtige Dienstbezeichnungen seien vielmehr vom Vorstand und vom Aufsichtsrat der Bayer AG auf sie angewendet worden. Friedel Geisler erklärte sich nicht bereit, den Titel Pastorin abzulegen, zu dem sie mit ihrer Ordination berechtigt und verpflichtet sei.



Tschernobyl: Prost!



Einschätzung der Strahlenbelastung:
bis zu 10 bq/kg strahlenarm
10–30 bq/kg nicht für Schwangere, Stillende und Kleinkinder geeignet
30–100 bq/kg stark belastet, nur gelegentlicher Verzehr

Herkunft

	Cs in bq/kg
Apfelsaft, Granini 12/89	< 3
Apfelsaft, Becker 11/89	4
Apfelsaft, Dr. Koch's 5/89	< 3
Apfelsaft, Wertkost 9/89	< 3
Apfelsaft, Stute 3/89	7
Apfelsaft, Soneta 9/88	< 21
Apfelsaft, Voelkel 6/89	< 5
Apfelsaft, Beutelsbacher Demeter	< 5
Apfelsaft, Donath Neuform 4/89	< 30
Apfelsaft, Naturella 11/88	< 15
Birnensaft, Vaihinger 6/89	< 15
Birnensaft, Lindavia 6/89	< 18
Birnensaft, Naturella 10/88	< 32
Holundernektar, Voelkel 12/89	< 3
Holundernektar, Eden 12/89	< 5
Holundernektar, Rabenhorst 12/88	< 17
Fruchtnektar, Rotbäckchen 4/90	< 5
Vitamin 10 Plus, Granini	< 3
Multivitaminensaft, Multi 12 Gold 9/89	< 9
Rotbäckchen Gold, Rabenhorst 5/89	< 5
Hagebuttertrunk, Vitaform 10/88	< 5
Zwetschgennektar, Eden 11/89	< 5
Orangensaft (alle Marken) 3/89	< 3
Sauerkirschnektar, Stute 10/88	8
Sauerkirschnektar, Albi 6/89	< 38
Diät Sauerkirschnektar, Granini 2/89	< 15
Sauerkirschnektar, Lindavia 5/89	< 32
Sauerkirschnektar, Lütauer 4/89	< 5
Sauerkirschnektar, Wolfra 1/89	< 47
Sauerkirschnektar, Wertkost 11/88	< 15
Kirschsaft, Granini 1/90	< 5
Kirschnektar, Rabenhorst 8/89	< 5
Aprikose, Granini 10/89	< 5
Aprikose, Lindavia 7/89	< 18
Johannisbeernektar, Barl Gold 7/88	< 26
Johannisbeernektar, Granini 3/89	< 31
Johannisbeernektar, Plura bell 11/88	< 5
Brombeernektar, Lindavia 4/89	< 34
Brombeernektar, Vitaborn 2/89	< 23
Pfirsich, Granini 4/89	< 25
Traubensaft rot, Eckes 6/88	< 23
Traubensaft rot, Naturkind 7/88	< 10
Sanddornsaft, Biogarten 12/89	86
Schlehen-Elexier, Weleda	239
Gemüsesaft	< 5
Mineralwasser, alle Sorten	unbelastet
Bier, alle Marken	< 5
Wein	< 3

Quelle: Die Verbraucherinitiative, Breite Str. 51, 5300 Bonn 1

Säuglingssterblichkeit gesunken

Im Jahr 1987 starben 5318 Säuglinge vor Vollendung des ersten Lebensjahres, wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden Ende Mai mitteilte. Die Säuglingssterblichkeit ging damit auf 0,83 Prozent der Lebendgeborenen zurück. Auch die Zahl der Totgeborenen sank erneut: auf 2485 (0,4 Prozent aller Geborenen). 1950 lag die Säuglingssterblichkeit noch bei 5,5 Prozent der Lebendgeborenen, und von allen Geborenen waren 2,2 Prozent Totgeburten.

Innerhalb der einzelnen Bundesländer schwankte die Säuglingssterblichkeit 1987 zwischen 0,68 Prozent in Hessen und 1,15 Prozent in Berlin (West). Für die hohe Rate in Berlin machten die fünf Gesundheitsstadträtinnen und -räte der Alternativen Liste den Senat verantwortlich. Trotz wiederholter Aufforderung sei Gesundheitssenator Ulf Fink bisher nicht bereit gewesen, ein Konzept zur Senkung der Säuglingssterblichkeit vorzule-

gen. Es sei scheinheilig, auf diesem Gebiet tatenlos zu bleiben und andererseits zum Schutz des ungeborenen Lebens aufzurufen, erklärte Johannes Spatz, Sprecher der Alternativen Räte.

Ärzte gegen Apartheid

Zur Gründung eines Vereins „Ärztinnen und Ärzte gegen Apartheid“ hat eine Vorbereitungsgruppe aus dem Ruhrgebiet aufgefordert. Zwar gebe es auch in der Bundesrepublik bereits zahlreiche Gruppen, die gegen die Apartheid arbeiten, unter den Ärzten aber sei die fortlaufende Verletzung der Menschenrechte in Südafrika und Namibia noch kein wichtiges Thema. Bei mehreren internationalen Konferenzen seien die einzelnen Berufsgruppen immer wieder dazu aufgerufen worden, die Kolleginnen und Kollegen zu informieren, erklärte der Arzt Peter Schröder für die Vorbereitungsgruppe. Interessierte können sich an ihn unter folgender Anschrift wenden: Ümminger Straße 59, 4630 Bochum.



Größeres Gefährdungsbewußtsein bei Frauen

Fast 40 Prozent der nordrhein-westfälischen Frauen über 14 Jahren empfinden Angst vor Aids, während bei den Männern der entsprechenden Altersgruppe sich nur 20 Prozent vor einer HIV-Infektion fürchten. Dies ergab eine Umfrage des Sozialwissenschaftlichen Beratungsinstituts H. Becker und der Infratest-Gesundheitsforschung, die vom Gesundheitsminister Nordrhein-Westfalens, Hermann Heinemann (SPD), in Auftrag gegeben worden war. 28 Prozent der Männer und 40 Prozent der Frauen unter 30 Jahren hatten sich schon einmal „Sorgen darüber gemacht, an Aids zu erkranken“. Das Ministerium wertete dieses Ergebnis als Beleg für ein „größeres Gefährdungsbewußtsein“ der Frauen.

Gesundheitsminister Heinemann bezeichnete die Ergebnisse dieser Studie als alarmierend. Denn die Entdeckung der eigenen Sexualität, die ohnehin von Angst und Unsicherheit geprägt sei, werde durch die Aids-Angst zusätzlich schwieriger. Deshalb dürfe an den Schulen nicht nur über Aids-Gefahren aufgeklärt werden, man müsse den Jugendlichen auch helfen,

ihre Angst zu bewältigen. Aber nicht einmal durch die Aids-Aufklärung würden alle Schüler erreicht, in Nordrhein-Westfalen seien es nur rund 55 Prozent. Die Verunsicherung der Jugendlichen führte Heinemann unter anderem auf die Zweifel an der Sicherheit von Kondomen zurück. Nur ein Drittel der Befragten glaubte, daß Kondome „einen wirksamen Schutz gegen die Ansteckung mit Aids“ böten, zwei Drittel gingen von einem „begrenzten Schutz“ aus. Drei Viertel der Jugendlichen erwarten dagegen mehr von einer sorgfältigeren Partnerwahl und einem selteneren Wechsel der Partner.

Eine positive Entwicklung hat sich in der Beurteilung der Meldepflicht ergeben. Während noch vor einem Jahr auf die gleiche Frage 53 Prozent der gesamten Befragten antwortete, daß nur „durch sie die Ausbreitung der Krankheit verhindert“ werde, sind 1988 nur noch 42 Prozent für Meldepflicht, davon die Überzahl in der älteren Generation. 49 Prozent schlossen sich dem Argument an, daß sich bei Meldepflicht viele nicht mehr freiwillig untersuchen lassen würden.



Foto: Linie 4

Neue Studie: Leukämie bei AKWs

Eine im Auftrag der Regierung von Großbritannien erstellte Studie hat erneut deutlich erhöhte Leukämieraten bei Kindern festgestellt, die in der Umgebung von Kernkraftwerken leben. Die Studie des unabhängigen Comité on Medical Aspects of Radiation in the Environment (COMARE) registrierte zwischen 1968 und 1984 sechs Leukämieerkrankungen bei Kindern, die im Umkreis von 25 Kilometern um die Wieder-

aufbereitungsanlage Dounreay in Schottland gelebt haben. Nach statistischer Wahrscheinlichkeit hätte jedoch nur ein Kind erkranken dürfen. Daneben traten auch zwei Fälle von Non-Hodgkin-Lymphom auf, die es in der kleinen Kontrollgruppe überhaupt nicht hätte geben dürfen. Auf die Ergebnisse der Studie will die Regierung allerdings nicht mit einer Senkung der Grenzwerte für Strahlung im Umfeld von Kernkraftwerken

reagieren, sondern mit der Beauftragung neuer Wissenschaftler mit neuen Studien.

Im Bundesumweltministerium zeigte man sich dagegen von einer anderen Untersuchung, nämlich der eines Forscherteams aus den USA über die zu hoch angesetzte Strahlenbelastung der Überlebenden von Hiroshima und Nagasaki, beeindruckt, die in der Bundesrepublik auf dem Münsteraner Kongreß über Niedrigdosisstrahlung (dg berichtete) der

Fachöffentlichkeit vorgestellt wurde. Wie Staatssekretär Clemens Stroetmann erklärte, plante man, die berufliche Strahlenbelastung von 5000 Millirem auf 4000 Millirem herabzusetzen, nicht, wie noch auf dem Kongress in Münster angekündigt, auf 1500 Millirem. Die Grenzwerte für Strahlung in der Umgebung von Kernkraftwerken sollen so bleiben, wie sie sind. Die derzeit gültige Obergrenze von 30 Millirem liege schon weit unter der EG-Grundnorm von 500 Millirem.

Tag der Psychiatrie

Auf zahlreichen Veranstaltungen zum Tag der Psychiatrie am 11. Juni erklärten Beschäftigte und Berufsverbände, daß eine ausreichende Versorgung der Patienten in bundesdeutschen psychiatrischen Einrichtungen nicht gewährleistet sei. Nach Aussagen von Peter Kruckenberg, dem Vorsitzenden des Personalausschusses der Arbeitsgemeinschaft bundesdeutscher Krankenhausdirektoren in der Psychiatrie, fehlen etwa 10 000 Mitarbeiter, um auch nur die Mindestversorgung der Patienten sicherzustellen. Professor Fritz Reimer, Ärztlicher Direktor des psychiatrischen Landeskrankenhauses in Weinsberg erklärte, der Tag der Psychiatrie solle jedes Jahr so lange begangen werden, „bis wir endlich wieder mit ruhigem Gewissen in den psychiatrischen Kliniken arbeiten können“. Auch der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) bemängelte, daß der Alltag in psychiatrischen Krankenhäusern durch Fixierung und Isolation von Patienten, Ausgangsverbote und zu hohe Medikamentenvergabe bestimmt sei. Die in der Psychiatrie tätigen Pflegekräfte würden diese Zustände nicht länger hinnehmen und in Zukunft verstärkt an die Öffentlichkeit gehen, erklärte die Geschäftsführerin des Regionalverbands von Nordrhein-Westfalen, Dorothea Brunsch.

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, der Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie kritisierten bei einer gemeinsamen Pressekonferenz am 9. Juni in Bonn, der Tag der Psychiatrie sei zwar ein Schritt in die richtige Richtung, es bestehe aber wieder einmal die Gefahr, daß nicht die Patienten, sondern die Einrichtungen in den Mittelpunkt des Öffentlichkeitsinteresses gestellt würden. Statt eines Ausbaus entwurzelnder, gemeindeferner Anstalten müsse man vielmehr die Stärkung ambulanter Hilfen fordern.

Keine HIV-Tests mehr am Aachener Klinikum

In der Auseinandersetzung um HIV-Reihenuntersuchungen bei Patienten und Personal am Aachener Klinikum wurde nach Angaben der Fachschaft Medizin der Technischen Hochschule ein wichtiger Teilerfolg erzielt. Das Ministerium für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen habe per Erlass verfügt, daß bei Personaleinstellungen, Personaluntersuchungen und der Untersuchung von Studenten im Praktischen Jahr von HIV-Antikörpertests abzusehen sei. Die Testung sei mittlerweile vollkommen eingestellt worden. Eine Dokumentation der Auseinandersetzung, die von der Fachschaft mitherausgegeben wird, kann für 3,30 Mark bestellt werden bei Ursula Wennmacher, Oppenhoffallee 45, 5100 Aachen.

Nachtpausen bezahlen lassen

Pausen, die Krankenschwestern und -pfleger im Nachtdienst machen, sind keine Pausen im arbeitsrechtlichen Sinn, sondern nur Arbeitsunterbrechungen, die wie Arbeitszeit behandelt werden müssen. So beschied am 5. Mai das Bundesarbeitsgericht eine Klage von fünf Krankenschwestern. (AZ 6 AZR 658/85) Die Gewerkschaft ÖTV forderte daraufhin diejenigen aus dem Krankenpflegepersonal, die in den letzten Monaten Nachtdienst geleistet haben, auf, unverzüglich ihre Ansprüche auf Abgeltung durch Freizeit oder Bezahlung der zuviel geleisteten Arbeit geltend zu machen. ÖTV-Mitglieder können einen Musterbrief anfordern bei der Abteilung Krankenhäuser der ÖTV Berlin, Joachimstaler Str. 20, 1000 Berlin 15.

Baden in der Nordsee ungesund

Der Kieler Toxikologe Professor Wassermann hat Anfang Juni bei einem Pressegespräch davor gewarnt, in den Küstenbereichen der Nordsee zu baden, die von der Algenkatastrophe betroffen sind.



Foto: Linie 4

Zivilschutz:

Triage auf englisch

wp – In der Bundesärztekammer scheint man langsam zu verstehen, daß Ärzte im Atomkrieg wenig ausrichten könnten. In England wird dagegen voll auf die Pauke gehauen.

Hat es die Bundesärztekammer gepackt? In ihrem Auftrag hat Generalarzt a. D. Prof. Rebentisch ein dickes „Handbuch der medizinischen Katastrophenhilfe“ herausgebracht, in dem er die Trennung zwischen Medizin im Katastrophenschutz und Medizin im Zivilschutz vollzieht: „Gegen die Strahlenkrankheit im Atomkrieg wird es ebenso wenig Hilfe geben wie gegen Kampfstoffvergiftungen und schwere Verbrennungen.“ An anderer Stelle: „Die in einem Krieg, wie ihn sich die gegenwärtige Menschheit vorstellt, mögliche medizinische Hilfe läßt sich am ehesten mit der Anwendung einfacher notfallmedizinischer Maßnahmen vergleichen. Mit Katastrophenmedizin hat sie nichts zu tun!“

Na, endlich, möchte man meinen: scheinbar hat die Bundesärztekammer auch noch mal gerafft, daß ihre Hilfeplanungen für den Atomkrieg Humbug sind, daß die Verhinderung des Atomkriegs stattdessen auf der Tagesordnung steht. Doch so ganz hat die medizinische Erkenntnis noch nicht durchgeschlagen: Weiterhin begrüßt die Bundesärztekammer nämlich heftig die Zimmermannschen Zivilschutzplanungen. Vor allem jedoch werden jetzt – nicht unähnlich Zimmermanns Gesetzentwurf „zur Erweiterung des Katastrophenschutzgesetzes“ – die alten Inhalte in die „zivilen Maßnahmenbündel“ geschmürt. Soll heißen: Rebentisch verkauft nun die Triage (einschließlich Gruppe T4) und die Panik-

theorie „ausschließlich“ für die Medizin im Katastrophenschutz im Frieden. Man lernt halt selbst in Köln mal dazu, zumindest in Verpackungskünsten.

So bleibt es im Augenblick den Engländern überlassen, in Sachen Zynismus einen draufzulegen. Wieder mal hat sich ein Arbeitsausschuß des Britischen Ärztebundes (British Medical Association, BMA) mit den Folgen eines Atomkriegs beschäftigt. So soll nach einem Atomkrieg auf britischem Territorium die Hälfte der Bevölkerung, 28 Millionen Menschen, tot sein, und noch einmal sechs Millionen sollen verletzt sein.

Die Folgerung daraus für die Ärzte: Sterbehilfe und Selektion, also Triage. So sollen Kinder und Jugendliche bevorzugt behandelt werden, ebenso Berufstätige; alten Menschen dagegen soll vor allem Sterbehilfe zukommen. „Der Schlosser, der Tischler und der Maurer sind nach der Bombe nützlicher als der Manager, der Beamte und in manchen Fällen selbst nützlicher als der Arzt“, so die Briten. Man höre und staune.

Ob solche britische „Aufklärung“ etwas für die Abrüstung leistet, sei bezweifelt. Die UNO hat jedenfalls soeben noch einmal in einer Studie festgestellt, daß in einem Atomkrieg unmittelbar mehrere hundert Millionen Menschen ums Leben kommen und an den indirekten Folgen noch mehrere Milliarden Menschen sterben.

Sollen britische Ärzte sich künftig selbst bei der Triage in die Gruppe der nicht zu Behandelnden einordnen?

1.-3.7.

Tutzing

Wer zahlt die Zeche? Fragen nach der Krankenkassen-, Renten- und Steuerreform

Kontakt: Evangelische Akademie Tutzing, Schloß, Postfach 227, 8132 Tutzing, Tel. (08158) 25 10.

3.-8.7.

Iserlohn

Kritischer Computerkurs für Frauen

Kontakt: Evangelische Akademie Iserlohn, Berliner Platz 12, 5860 Iserlohn, Tel.: (02371) 3 52 40/47.

4.-6.7.

Essen

Seminar: Geschichte der Krankenpflege - Entwicklung der freiberuflichen Krankenpflege

Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 28 55 99 oder 27 48 29.

4.-8.7.

Büdingen/Oberhessen

Seminar: Pflege von Aids-Kranken - Belastung und Herausforderung

Kontakt: Allgemeiner Kranken- und Altenpflegeverband e.V. (AKA), Haus Humboldtstein, 5480 Remagen-Rolandseck.

4.-8.7.

Darmstadt

Psychisch krank im Alter: Wie begegne ich „verwirrten“ Menschen?

Kontakt: afw-Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (06151) 40 33 48.

7.-9.7.

Essen

Seminar: Krankenpflege im Mittelalter und in der frühen Neuzeit

Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 28 55 99 oder 27 48 29.

8.-9.7.

Hamburg

II. Symposium „Kultur und psychosoziale Situation in Lateinamerika“

Kontakt: Dr. Horacio Riquelme, UKE, Psychiatrische u. Nervenklinik, Martinistr. 52, 2000 Hamburg 20, Tel. (040) 4 68 22 29.

9.7.

Frankfurt

Aktionstag: Für eine menschliche Aids-Politik - Solidarität der Uneinsichtigen

Kontakt: Deutsche Aids-Hilfe e.V., Nestorstraße 8-9, 1000 Berlin 31, Tel. (030) 8 96 90 60.

22.-26.7.

Bamberg

XI. International School Psychology Colloquium

Kontakt: Dipl. Psych. Helmut Heyse, Albert-Schweitzer-Straße 7, 5503 Konz, Tel. (0651) 10 82 07 oder (06501) 1 51 54.

25.-27.8.

Essen

Seminar: Einfluß des persönlichen Pflegeverständnisses auf die Handhabung des Pflegeprozeßmodells

Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 28 55 99 oder 27 48 29.

27.-28.8.

Oldenburg

4. Weiterbildungskurs für Krankenpflegepersonal: „Grundlagen psychologischer Gesundheitsförderung“

Kontakt: Fernstudienzentrum der Universität Oldenburg, Postfach 2503, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 7 98 44 16.

2.-4.9.

Essen

Seminar: Vollwerternährung - Gesundheitsvorsorge für mich und andere

Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBfK, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 28 55 99 oder 27 48 29.

2.-3.9.,

23.-24.9.

Osnabrück

Seminar: Analyse und Vergleich von Pflegemodellen der sogenannten „need school“

Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück, Tel. (0541) 6 08 42 43-45.

3.-4.9.

Schaaffhausen

dg-Herausgeberkreissitzung und Redaktionsseminar
Kontakt: dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 69 33 89.

9.-11.9.

Lüneburger Heide

„Beratung vergewaltigter Frauen“. Seminar für Beraterinnen unterschiedlicher Berufsgruppen

Kontakt: Familienplanungszentrum, Bei der Johanniskirche 20, 2000 Hamburg 50, Tel. (040) 4 39 28 22.

12.-16.9.

Karlsruhe

Seminar: Der alte Mensch im Krankenhaus

Kontakt: Evangelisches Fachseminar, Diakonissenstraße 28, 7500 Karlsruhe 51, Tel. (0721) 8 89 26 63.

14.9.

Frankfurt

Seminar: Pflege im Nationalsozialismus

Kontakt: Berufsbildungswerk FZBA, Gutleutstraße 169-171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 23 50 91/92.

15.-17.9.

Mannheim

4. Internationaler Kongreß für Krankenpflege im Funktionsdienst

Kontakt: Gudrun Gille, Sperberweg 3, 5870 Hemer, Tel. (02372) 7 32 88.

15.-17.9.

Köln

Bundesweite Tagung zur Durchsetzung der Konzepte psychosozialer Hilfsvereinigungen im kommunalpolitischen Alltag

Kontakt: Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen, Thomas-Mann-Straße 49a, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 63 26 46.

18.-22.9.

Freiburg

Fortbildung: Neuer Wind ins alte Heim. Gestaltung des Alltags in einem Alten- und Pflegeheim
Kontakt: afw-Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (06151) 40 33 48.

Anzeige

Juni 88



Zeitung der
Demokratischen
Lesben- und
Schwulen-
Initiative (DeLSI)

2. Tagung "Psychosoziale Aspekte der Homosexualität" in Karl-Marx-Stadt <Wie geht's weiter?> ...

Lesben, Schwule und sozialistischer Humanismus ... Homosexualität und Sexualerziehung - Themen ... Homosexuelle Gruppen - das Kreuz der Kirche?

...u.v.a.m.

Rosa Frühling unter Rotem Stern?
HOMOSEXUALITÄT IN DER DDR

Probeheft gegen DM 4,- in Briefmarken bei Dorn Rosa, c/o Bea Trampenau, Oelkersallee 9, 2000 Hamburg 50

19.-23.9.

Frankfurt

Seminar: Pflege und Begleitung Aids-Kranker
Kontakt: Berufsfortbildungswerk FZBA, Gutleutstraße 169-171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 23 50 91/92.

19.-23.9.

Darmstadt

Kurs: Dabei sein und nicht helfen können? Eigene Möglichkeiten und Grenzen des Helfens in schwierigen Situationen
Kontakt: afw-Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (061 51) 40 33 48.

19.-23.9.

Essen

Einwöchiger Intensivkurs „Türkisch am Krankenbett“
Kontakt: Gesamthochschule Essen, Fachbereich 3, Dr. Rosemarie Neumann, Postfach 10 37 64, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 18 31.

20.-22.9.

Karlsruhe

Arbeitstagung: „Der Pflegeprozeß – Auf dem Weg zu einem besseren Pflegestandard“
Kontakt: Evangelisches Fachseminar, Diakonissenstraße 28, 7500 Karlsruhe 51, Tel. (07 21) 8 89 26 63.

26.-27.9.

Frankfurt

Seminar: Rückenschonendes Arbeiten
Kontakt: Berufsfortbildungswerk FZBA, Gutleutstraße 169-171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 23 50 91/92.

26.-30.9.

Karlsruhe

Einführungswoche in die ambulante Krankenpflege
Kontakt: Evangelisches Fachseminar, Diakonissenstraße 28, 7500 Karlsruhe 51, Tel. (07 21) 8 89 26 63.

3.10.

Frankfurt

Seminar: Mein Arbeitsplatz ist das Altenheim. Arbeitsbedingungen und Arbeitsschutz
Kontakt: Berufsfortbildungswerk FZBA, Gutleutstraße 169-171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 23 50 91/92.

3.-7.10.

Darmstadt

Kurs für Nachtwachen: Nächte im Alten- und Pflegeheim
Kontakt: afw-Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (061 51) 40 33 48.

4.-5.10.

Frankfurt

Seminar: Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation – Gibt es vielleicht doch noch Luft?
Kontakt: Berufsfortbildungswerk FZBA, Gutleutstraße 169-171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 23 50 91/92.

4.-7.10.

Gütersloh

40. Gütersloher Fortbildungswoche. Thema: Ethische Probleme der Psychiatrie – in der Diagnostik und Therapie, im Umgang mit Langzeitpatienten, Sterilisierung, Euthanasie, Suizid und Gen-Technologie
Kontakt: Prof. Dr. Dr. K. Dörner, Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie, Hermann-Simon-Straße 7, 4830 Gütersloh 1, Tel. (052 41) 5 02 01 oder 5 02 2 10/11.

7.-8.10.

Siegburg

Überregionale Fachtagung „Probleme der Integration von Psychiatrie und Psychotherapie“ – Multidimensionale Behandlungskonzepte früher Störungen
Kontakt: Tagesklinik Siegburg, Sekretariat, Frau Kubicki, Theodor-Heuss-Straße 6, 5200 Siegburg, Tel. (022 41) 5 00 88/89.

7.-9.10.

Berlin

Forum Behinderte Frauen
Kontakt: AG Spak, Adlzreiterstraße 23, 8000 München 2

GESUCHT

Die Kinder und Eltern der Stadt Bottrop suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt

zwei Kinderärztinnen, -ärzte

für die Stadtteile Boy/Welheim und Fuhlenbrock.

Die Stadtverwaltung ist bei der Praxis- und Wohnraumbeschaffung behilflich.

Weitere Informationen: DKP-Fraktion Bottrop, Horster Str. 88, 4250 Bottrop, Tel. 0 20 41/68 81 57



Hauptgesundheitsamt der Freien Hansestadt Bremen – Sozialpsychiatrischer Dienst –

Für eine Halbtagsstätigkeit in der Drogenberatungsstelle der Stadtgemeinde suchen wir

**eine/einen Fachärztin/Facharzt
VergGr. II a/ b BAT.**

Wir suchen eine/ein in der Psychiatrie und in der Betreuung von Drogenabhängigen erfahrene(n) Ärztin/Arzt, die/der sozialpsychiatrisch engagiert und bereit ist, in einem therapeutischen Team mitzuarbeiten.

Das Arbeitsverhältnis ist bis zum 31.10.1990 mit der Aussicht auf Verlängerung befristet. Bewerbungen richten Sie bitte an das

**Hauptgesundheitsamt Bremen
– Personalstelle –
Horner Straße 60-70
2800 Bremen 1.**

Auskünfte erteilt Herr J. Kappel, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Tel.: 0421/497-5553.

Schwerbehinderten Bewerbern wird bei im wesentlichen gleicher fachlicher und persönlicher Eignung der Vorrang gegeben.

**Wir (Kinderarzt, Allgemein-
arzt, Krankengymnasten)**
würden unser Gesundheitsteam in norddeutscher Großstadt gerne um eine Frauenärztin erweitern.
Kontakt: Gunar Stempel, Kammerweg 13a, 2850 Bremerhaven. Tel. (04 71) 20 02 11.

**Ärztin (bisher 2 1/2 J. Inne-
re, 1/2 J. Allgemeinpraxis,
div. Vertretungen) sucht
1/2-Tags-Arbeit im Raum
Bremen, z.B. Ausbildungs-
stelle für Allgemeinmedizin.
Evtl. auch gemeinsame Nie-
derlassung. Zuschriften un-
ter Chiffre 01 07 88 an: dg-
Redaktion, Kölnstr. 198,
5300 Bonn 1.**

**Allgemeinmedizinische
Gemeinschaftspraxis in
Bielefeld sucht Ärztin/Arzt.
Tel. (05 21) 20 32 28.**

**Uwe Frehse, Dipl. Sozial-
pädagoge mit eigenen be-
hinderungsspezifischen Er-
fahrungen, sucht Anstel-
lung in leitender Position.**
Bereiche: Soziale Rehabili-
tation, sozialpolitische Ar-
beit, Erwachsenenbildung.
Berufspraktische Erfahrun-
gen in der „Pfennigparade“
in München, der Vereini-
gung Integrations Förde-
rung (VIF) und verschiede-
nen „Centers for Indepen-
dent Living“ in den USA.
Tel. (089) 502 33 52.

**Pro Familia Recklinghau-
sen sucht ab sofort für vier
Stunden montags eine Ärz-
tin/Arzt. Bewerbungen an:
Pro Familia Beratungsstelle
Recklinghausen, Spring-
str. 11, 4350 Recklings-
hausen.**

Die Herren Ärzte, und erstaunlicherweise nicht nur sie, haben echte Wahrnehmungsprobleme: Wenn irgendwo mehr als ein Drittel der Stellen von Frauen besetzt ist, erscheint es ihnen schon so, als arbeiteten da nur Ärztinnen. Dabei werden die Spielräume für sie immer enger, wo schon die Karriereplanung vieler Ärzte nicht mehr so einfach hinhaut. Monika Gretenkort und Ursula Daalman haben Chefärzte und Ärztinnen in der Weiterbildung nach ihren Erfahrungen befragt und Lösungsansätze gesucht.

Zur beruflichen Situation von Ärztinnen Eine Dame gefällig?



Die Herren Ärzte, und erstaunlicherweise nicht nur sie, haben echte Wahrnehmungsprobleme: Wenn irgendwo mehr als ein Drittel der Stellen von Frauen besetzt ist, erscheint es ihnen schon so, als arbeiteten da nur Ärztinnen. Dabei werden die Spielräume für sie immer enger, wo schon die Karriereplanung vieler Ärzte nicht mehr so einfach hinhaut. Monika Gretenkort und Ursula Daalman haben Chefärzte und Ärztinnen in der Weiterbildung nach ihren Erfahrungen befragt und Lösungsvorschläge gesucht.

Zur beruflichen Situation von Ärztinnen Eine Dame gefällig?





Matriarchat in der Bonner Universitätsklinik? „In den letzten Jahren haben wir viele Frauen eingestellt“, erklärt Professor Dengler, Chefarzt der Inneren an der Uniklinik Bonn. Er achtet bei Bewerbungen nur auf die Qualifikation, nicht auf das Geschlecht, sagt er, „aber ich muß einfach einen Ausgleich finden. Und zwar gibt es einige Funktionen, wo Frauen ...“ Hier fehlen ihm die Worte, und er fängt noch einmal anders an. „Es gibt Funktionen, da müssen Sie einfach ein vernünftiges Maß einführen im Verhältnis zwischen Männern und Frauen.“ Was denn das für Bereiche sind, wo man einen „Ausgleich“ einführen muß? „Ich muß zum Beispiel gucken, daß auf einer Männerstation zumindest auch ein Mann vorhanden ist, der die Prostata untersuchen kann. Natürlich kann das auch eine Frau, aber das ist nicht allen gleich lieb.“ Das können wir gut verstehen, fragen aber ungläubig nach, wie hoch der Anteil der Frauen denn nun genau sei. Es gibt sechs Assistenzärztinnen und 33 Assistenzärzte. Eine Oberärztin hat Dengler nicht.

Gutmütig und jovial erzählt der Herr Chefarzt weiter: „Vergessen Sie nicht, daß beispielsweise die Operation zum Einsetzen einer künstlichen Hüfte, die ja täglich Brot ist heute, daß da auch ein Mann ganz gut in Form sein muß, daß er das auf die Dauer schafft. Ist ja net so, daß alle Männer des schaffen. Aber eine zierliche Frau, am Tag zwei Hüften zu operieren, es muß nicht unbedingt sein.“ Nein, da sind wir ganz Kavalier und Beschützer, wie vor 100 Jahren.

Bei Krankenschwestern ist es übrigens eher egal, welchen körperlichen Belastungen sie ausgesetzt sind. Sie sollen durch die hohe körperliche Belastbarkeit sogar besonders für den Beruf qualifiziert sein, wie es in einem Buch über die Entstehung der Krankenpflege von 1960 heißt: „In der Zähigkeit ihres Körpers, Anstrengungen zu ertragen, ist die Frau dem Manne weitaus überlegen; ich kenne Frauen, die wochenlang Nacht und Nacht am Bette ihres schwerkranken Mannes gewacht, sich mit einer flüchtigen Ruhestunde zwischen der gewohnten Tagesarbeit begnügt haben, ohne zu erliegen. Das vermag nur der zarte, aber unendlich elastische und zähe weibliche Körper zu leisten. Kein Mann kann es an diesem Punkt mit der Frau aufnehmen.“ Aber, wie gesagt, das ist etwas ganz anderes.

Professor Kirchhoff, Chefarzt der Herz- und Gefäßchirurgie an der Uniklinik in Bonn, beschäftigt gerne Damen, sagt er. Man habe auch einmal „eine Kollegin, eine ernsthafte Kollegin“, gehabt. Acht Prozent Frauen höchstens, so schätzt Kirchhoff, sind in seinem Fachgebiet beschäftigt.

Ganz offensichtlich haben die Herren Chefärzte Wahrnehmungsschwie-

Fotos: Döhm, Linie 4 (2)

rigkeiten. Auch Kirchhoff würde bei einer neu zu besetzenden Stelle selbstverständlich nicht nach dem Geschlecht sehen, „natürlich mit dem Vorbehalt, daß genügend Männer da sind“. In seiner Klinik arbeitet nicht *eine einzige* Ärztin. Dengler will ein vernünftiges Maß einführen – bei einem Frauenanteil von 18 Prozent unter den Assistenzärzten – natürlich zugunsten von männlichen Bewerbern. Der Chef der Hautklinik an der Bonner Universität, Professor Kreysel, wehrt nur scharf ab, als er nach den Ursachen für die auffällig geringe Zahl von Assistentinnen in seinem Haus (16 Prozent) gefragt wird: „Für Sie mag das der Zahl nach auffällig sein, ich finde es nicht auffällig.“ Für Kirchhoff existieren immerhin spezifische Probleme von Frauen: Es sei leider etwas schwierig für sie, „weil wir hier, besser gesagt die Mitarbeiter, sich nicht an die acht Stunden gebunden fühlen können“. Es gebe viele Dienste zu absolvieren, man fange morgens früh an und ende erst abends im Operationssaal. Deshalb würden sich nur wenig Frauen überhaupt bewerben.

Rosi Erken, die nach 2 Jahren Arbeit als Gynäkologin wegen ihres Kindes in der Facharztausbildung ausgesetzt hat und seit längerem nach einer Stelle sucht, bestätigt, daß sie sich bei bestimmten Chefs erst gar nicht bewirbt: „Sicher treffe ich eine Vorauswahl. Danach, ob Frauen überhaupt genommen werden, vor allem aber nach den Arbeitsbedingungen. Wenn ich weiß, daß der Chefarzt vorzugsweise um sieben oder halb acht abends Visite macht und erwartet, daß die Assistenten da sind, bewerbe ich mich natürlich erst gar nicht. Das ginge mit dem Kind nicht.“ Ihr Mann arbeitet in einer 200 Kilometer entfernten Stadt und sieht die Familie ohnehin nur am Wochenende.

Doch das Umhören und die Vorauswahl, die alle Frauen treffen, bewahrt die Ärztinnen nicht davor, daß sie sich in Vorstellungsgesprächen fragen lassen müssen, wie sie denn Arbeit und Kinderwünsche oder Mutterpflichten in Einklang zu bringen gedächten. Ganze Bücher ließen sich über die

dumm-dreisten Unverschämtheiten schreiben, die da passieren.

Die Ärztin Sabine zur Nieden ist in jedem ihrer Vorstellungsgespräche gefragt worden, wie sie es denn damit hält. „In einer Gynäkologischen Abteilung hat man sich sogar darüber gewundert, daß ich als Frau Gynäkologie machen will. Da wurde wohl unterstellt, man sei männerfeindlich oder lesbisch oder sadistisch.“ Das tollste Ding, das ihr passiert ist, war in einer Notarztpraxis, zuständig für ein großes Gebiet im Kölner Norden, die mittwochs und am Wochenende mit zwei Personen besetzt ist. „Da muß wohl einmal ein Arzt versucht haben, eine Ärztin zu vergewaltigen. Deshalb nähme man prinzipiell keine Frauen, wurde mir am Telefon erklärt.“ Schließlich habe man sie doch genommen, wohl auch, weil sie gedroht hatte, das an die Öffentlichkeit zu bringen. Sie darf den Dienst aber nur machen, wenn sie allein in der Praxis ist. Wer den Kölner Norden kennt, kann sich vorstellen, daß das ein prima Schutz vor Vergewaltigung ist.

Aber frau muß schon dankbar sein, wenn sie überhaupt ein Vorstellungsgespräch bekommt, deshalb gehören die Fäuste in die Tasche. „Du kannst es dir nicht leisten, patzig zu werden, wenn nach deinem Privatleben gefragt wird, auch wenn es noch so wütend macht zu wissen, daß diese Fragen keinem Mann gestellt würden und daß die Frager in der Regel ihre Frauen zu Hause haben, die sich um alles kümmern“, sagt Barbara Raupp, der noch ein Jahr Chirurgie für den Facharzt „Allgemeinmedizin“ fehlt und die in den letzten anderthalb Jahren 50 Bewerbungen geschrieben hat.

Sieht man sich die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern und die Einstellung der dort beschäftigten Männer an, so nimmt nicht wunder, daß Frauen sich in bestimmten Fachgebieten selten bewerben; auch nicht, daß sie etwa in der Chirurgie (5,6 Prozent), in der Inneren (15,23 Prozent) oder der Frauenheilkunde (14,57 Prozent) im Krankenhaus nur am Rande erscheinen (Stand vom 31.12.1987). Kein Wunder, daß sie gerade 16 Prozent aller Oberarztpositionen innehaben und daß der Anteil der Chefärztinnen nur rund 6 Prozent beträgt. Nimmt man dagegen die Fachgebiete Anästhesiologie, wo sie 37,6 Prozent der Stellen besetzen, oder die Kinderheilkunde mit einem Frauenanteil von 34,6 Prozent, dann klingt alles gar nicht so

Ärztinnenkarrieren sind nur dann denkbar, wenn der Partner die typische Frauenrolle übernimmt, wenn die Ärztin kinderlos oder gar partnerlos bleibt. Ausnahmen bestätigen die Regel



schlimm (Vergleiche Kasten Seite 17). Bloß: Jede dritte (!) approbierte Ärztin übt ihren Beruf nicht aus. Wie das Deutsche Ärzteblatt schreibt: „Eine nicht quantifizierbare Dunkelziffer von stellensuchenden und von kurzfristig arbeitslosen Ärztinnen müßte man noch dazurechnen, um ein einigermaßen realistisches Bild zu haben.“

Barbara Raupp beschreibt anschaulich, welche Folgen die Arbeitslosigkeit für sie hatte: „Es war eine unendliche Kränkung für mich. Ich habe gerne gearbeitet und auch ganz gut, glaube ich. Daß mich dann keiner haben wollte, das hat mir sehr zu schaffen gemacht. Ich war oft gereizt, und ich konnte mich noch nicht einmal freuen, als mein Mann seine neue Stelle bekam. Ich habe 50 Bewerbungen geschrieben, die erste einen Monat nach der Geburt von Lukas, und er schreibt eine und bekommt sofort die Stelle.“ Ihr Wunschtraum ist es, sich als Fachärztin für Allgemeinmedizin niederzulassen – am liebsten zusammen mit einem Kollegen oder einer Kollegin.

Am Anfang hoffen die meisten Frauen noch auf eine Kompromißlösung und suchen eine Halbtagsstelle. Selbst wenn das gelingt, ist es ein mieser Kompromiß. „Ich habe von Anfang an versucht, eine Stelle zu finden, die ich mit meinem Anspruch verbinden konnte, auch noch etwas von meinen Kindern zu haben. Mit meiner Halbtagsstelle ist das möglich.“ Karriere ist so natürlich undenkbar. „Manchmal bedaure ich, daß ich eine Halbtagsstelle habe, weil ich in dem Klinikbetrieb einfach nicht so drin bin wie die anderen. Aber ich möchte meinen Kindern gegenüber keine Schuldgefühle haben. Inzwischen habe ich mich arrangiert. Oberärztin werde ich bestimmt nicht.“

Schuldgefühle wegen der Kinder oder aber wegen einer unter- oder abgebrochenen Karriere ihrer Frauen kennen die Männer weniger. Das mag man bei Otto Normalmann noch mit einem Schulterzucken abtun, doch auch in Familien, in denen es Absprachen darüber gegeben hat, wer sich wann um das gemeinsam gewünschte Kind kümmert und wer wann mit der Berufstätigkeit aussetzt, läuft es meistens wie gehabt. Die Ursachen dafür mögen unterschiedlich sein – die größeren Probleme der Frauen, eine Stelle zu bekommen, wenn sie einmal draußen sind; die Bequemlichkeit der Männer; ihre Angst vor dem Rollenwechsel; auch die Sorge, den Anschluß zu verpassen – im Endeffekt sind es in der Regel die Frauen, die den Preis zahlen.

„Kinder will ich nicht, ich habe mich entschieden, meinen Beruf an die Spitze zu stellen. Manchmal werde ich zwar wehmütig, wenn ich andere mit Kindern sehe, aber bei unseren Lebens- und Arbeitsbedingungen ist beides nur schwer zu vereinbaren.“ Das ist die schmerzliche Konsequenz, die eine

wachsende Zahl von Frauen zieht, die berechnete Bedenken hat, die Arbeit als Ärztin mit Kindern unter einen Hut zu bekommen. Die Kollegin weiß auch, daß sie noch einen anderen Preis zahlt: „Ich habe mir ein dickes Fell zugelegt, aber das war nicht immer so. Früher saß ich oft in meinem Zimmer und habe geheult, wenn ich sie mal wieder über mich herziehen gehört hatte: „Das Mannweib, die braucht wohl mal einen ...“. Das „Mannweib“ geistert in der Tat durch alle Gespräche über das Thema „Ärztinnen“, auch unter Frauen. In der fast liebevollen Form heißt das dann „Schlachtroß“, eine Bezeichnung, die sich zum Beispiel Hedda Heuser-Schreiber, die Vorsitzende des Ärztinnenbundes, des öfteren gefallen lassen muß.

Ab und an findet man doch die rare Orchidee, die alles schafft: Karriere, Kinder und zarte Weiblichkeit zu behalten. Voraussetzung ist dann ein Mann, der eigene Karriere Wünsche zurückstellt. Der Arme, fängt er sich doch gleich die Häme derer ein, die in ihm das von der Frau gekochte Würstchen sehen. Der Sack wird gehauen, gemeint ist immer die Eselin.

Viele der Feld-, Wald- und Wiesenblumen suchen in diesem Dilemma von einander widerstrebenden Ansprüchen und tatsächlichen Widerständen den Ausweg in der Niederlassung, denn: „Ich bin kein Typ für eine Oberarztstelle, da ist mir zu viel Organisationskram bei.“ – „Ich will mich lieber ausschließlich um die Patienten kümmern.“ – „Ich kann da in meinem eigenen Stil arbeiten, ich will nicht in dem Sklavenbetrieb Krankenhaus buckeln.“ – „Ich will nicht, daß meine ganzen sozialen Kontakte verkümmern.“ Doch diese Wünsche haben wohl mehr mit Illusionen über den Kleinbetrieb Arztpraxis zu tun als mit der Realität, denn gestandene Praktiker gehen davon aus, daß sie rund ein Drittel ihrer Arbeitszeit mit Abrechnungen und Papierkram wie Kuranträgen und Krankenkassenanfragen verbringen. Die Frauen fliehen eine Institution, die sich nur dann aushalten läßt, wenn da einer im Hintergrund sitzen würde, der die Reproduktionsarbeit macht. Sabine zur Nieden, eine der oben zitierten, räumt auch ein: „Bei meinen Praxisvertretungen habe ich gemerkt, wie erstaunlich stereotyp die Arbeitsweisen sind, daß man sich schnell an die Kassenmedizin anpassen muß.“ Und: „Natürlich, wenn ich eine Stelle mit festen Arbeitszeiten und Freizeitausgleich finden würde, das würde mich sehr reizen.“

Entgegen bisherigen Annahmen ist aber der Prozentsatz derjenigen Ärztinnen, die sich niederlassen, in den letzten fünf Jahren nicht gestiegen. Er sank sogar leicht. 1982 saßen rund 35 Prozent der beschäftigten Ärztinnen in Praxen, während es Ende vergangenen Jahres 32 Prozent waren (Die Zahlen entstammen eigenen Berechnungen auf der Basis des Tätigkeitsberichts der

Bundesärztekammer, Stand: 31.12.1987). Zwar gab es eine Abwanderung aus dem Krankenhaus (2 Prozent), aber in andere Bereiche ärztlicher Tätigkeit, in Behörden zum Beispiel. 1987 waren es 16,7 Prozent der beschäftigten Ärztinnen, die in „anderen Bereichen“ arbeiteten, gegenüber 12,5 Prozent vor fünf Jahren. Von den berufstätigen Ärzten waren im übrigen nur 7,5 Prozent außerhalb der Praxis und des Krankenhauses tätig, mit wieder steigender Tendenz, wie der Marburger ▶

Dumm-Dreistes

Was Ärztinnen bei Bewerbungsgesprächen hören

„Ach, Sie waren vorher Krankenschwester, das ist aber interessant. Da können Sie bei mir sofort anfangen. Eine Stelle als Assistentin habe ich zur Zeit nicht, aber vielleicht später einmal ...“

„Sie sind nicht verheiratet und haben zwei Kinder? Da ist ihr Lebenslauf für uns nicht lückenlos. Bringen Sie das erst einmal in Ordnung, sonst können wir Sie nicht auf die Patienten loslassen.“

„Warum wollen Sie denn arbeiten? Sie sind doch eine so hübsche Frau. Überlassen Sie das doch Ihrem Mann und pflegen Sie sich zu Hause. Das tut meine Frau auch, und die ist zufrieden. Und dann auch noch in der Chirurgie – da müssen sie sich nachts mit den besoffenen Männern rum-schlagen, das ist doch nichts.“

„Sie haben Industriekaufmann vorher gelernt? Werden Sie doch meine Sekretärin, das habe ich mir schon immer gewünscht, eine mit medizinischer Vorbildung. Das erleichtert vieles ganz enorm.“

„Wollen Sie das Ihren Kindern wirklich antun, auch noch arbeiten zu gehen? Was machen Sie denn, wenn die mal krank sind? Lassen Sie dann alles liegen?“

„Meine Frau ist auch Ärztin, aber sie bleibt zu Hause, weil wir ja zwei Kinder haben. Sie ist dabei sehr glücklich. Können Sie sich denn nicht vorstellen, erst einmal auszusetzen?“

„Sie als Frau wollen Gynäkologie machen? Erstaunlich.“

„Ihr Foto ist ja wirklich sehr nett. Und Sie können auch so viele Sprachen. Da kann man sicher nett mit Ihnen verreisen.“ □

Bund angibt, so daß auch dort die Konkurrenz für die Frauen nun schärfer werden wird.

Um ein genaueres Bild von der Sache zu bekommen, müßten erst einmal Daten gesammelt oder vorhandene Daten zusammengestellt werden. Aber selbst da liegt es im argen. Die Bundesärztekammer etwa registriert zwar, wie viele Ärzte absolut in den verschiedenen Fachgebieten arbeiten und unterscheidet dabei auch nach der Art der Tätigkeit, doch den Anteil der Ärztinnen in diesen Sparten auszurechnen, diese Mühe macht man sich nicht, auch wenn man ansonsten so ungefähr alles in Relation zueinander setzt, was denkbar ist. Selbst die absoluten Zahlen wurden erst veröffentlicht, nachdem Ärztinnenbund, Marburger Bund und die oppositionellen Listen mehrfach das Informationsdefizit beklagt hatten. Zahlen über den Anteil der niedergelassenen Ärztinnen in den häufigsten Fachgebieten wurden vom Deutschen Ärzteblatt erstmals in diesem Februar publik gemacht.

Aber damit ist es nicht getan. Wie lange zum Beispiel Männer, wie lange

Frauen brauchen, um die verschiedenen Gebietsbezeichnungen zu bekommen, wäre über das, was vorliegt, hinaus eine Frage von Bedeutung, um Frauen gezielt zu fördern. Auch weiß man gar nicht genau, wie viele Ärztinnen im Krankenhaus tatsächlich durch Schwangerschaft ausfallen und ob es schon einmal irgendwo den Fall gegeben hat, daß deswegen eine Station lahm lag.

Genau solchen Fragen will jetzt eine neugegründete Arbeitsgruppe „Frauen“ in der Bremer Ärztekammer nachgehen. Sie kam zustande, nachdem die Gleichstellungsbeauftragte, die mit der Frage der Quotierung im öffentlichen Dienst beschäftigt ist, keine Antwort auf die Frage bekommen konnte, wie es denn um die Beschäftigungslage von Ärztinnen im Bremer Raum bestellt sei. Vertreterinnen der Liste Gesundheit, des Marburger Bundes und des Hartmannbundes wollen die Daten zusammentragen und darüber hinaus Lösungsstrategien entwerfen. Größere Divergenzen gab es bislang nicht, wie Ina Güse, Arbeitsmedizinerin und Delegierte der Liste Gesundheit, fast erstaunt konstatiert.

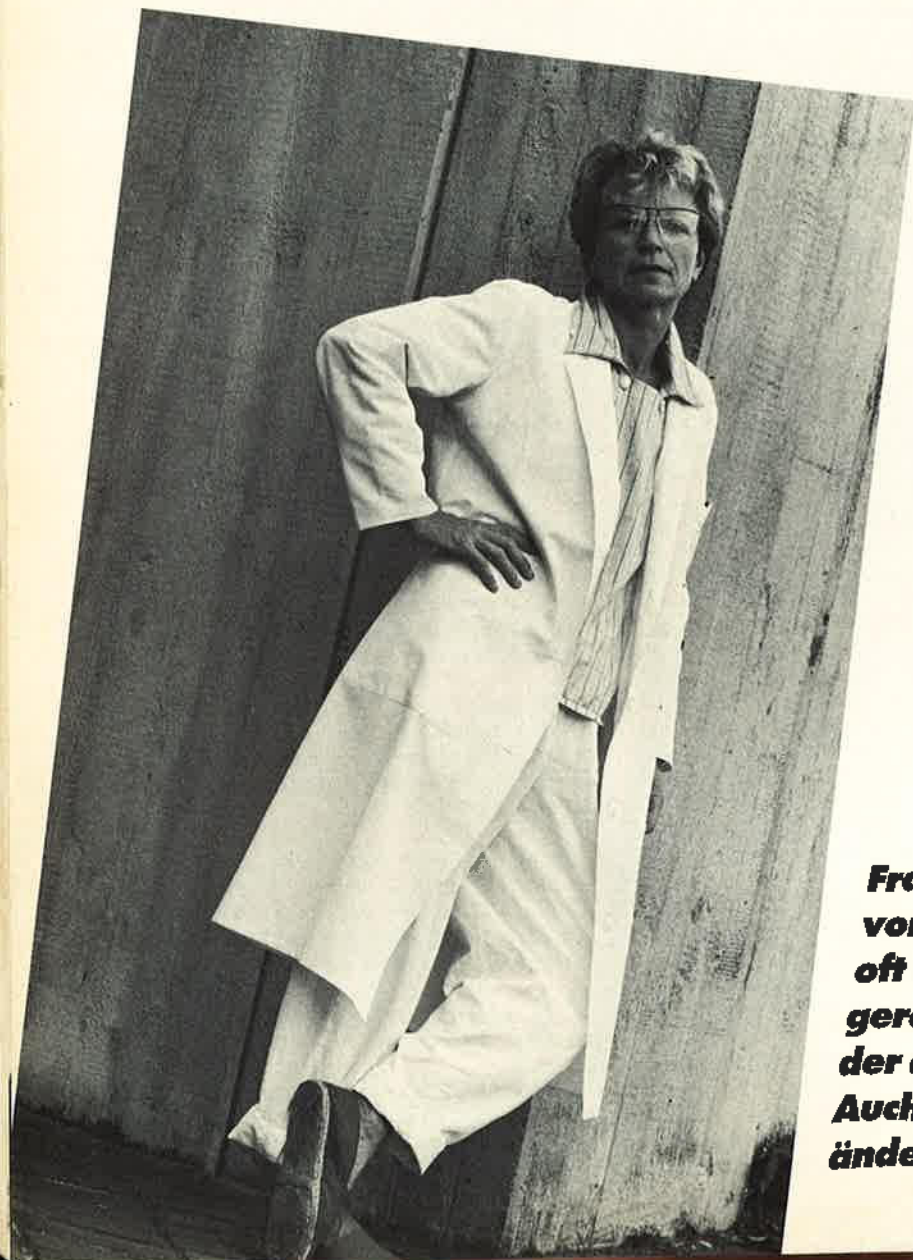
„Das Frauenproblem ist gegenüber den sonstigen unterschiedlichen Auffassungen tragend.“ Sie führt das allerdings auch darauf zurück, daß der Marburger Bund kürzlich in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Ärztinnenbund einen Entwurf für einen Frauenförderplan entwickelt hat, der durch die Bank – zumindest von den Frauen – für vernünftig gehalten wird.

Magdalena Heuwing, die als Zuständige für Frauenfragen beim Marburger Bund den Förderplan mitentwickelt hat, faßt die speziellen Ziele zusammen: „Angestrebt wird, zukünftig in Krankenhäusern insgesamt zu einer angemessenen und gleichgewichtigen Stellenbesetzung mit Ärztinnen und Ärzten zu kommen. Als angemessen erscheint ein Richtwert, der sich beispielsweise an dem Anteil der Frauen an den Approbationen bzw. an dem Anteil der Ärztinnen an den Bewerbungen für eine Stelle orientieren kann.“ Dazu sollen Ärztinnen bei gleicher Qualifikation so lange vorrangig bei der Stellenvergabe behandelt werden, bis der Richtwert erreicht sei. Quotierung also.

Quotierung fanden alle gut, die wir befragten. Keine einzige dabei, die sich gegen die Vorstellung wehrte, eventuell „Quotenfrau“ zu sein. Auch die Frauen vom Marburger Bund und vom Hartmannbund in der Bremer Frauenarbeitsgruppe nicht, wie Ina Güse bestätigt. „Die Frauen merken zunehmend, was los ist. Sie hatten eine Chance, als es wenig Bewerber gab. Aber jetzt, wo auch Männer arbeitslos werden, wird es für die Frauen eben noch schlechter.“ Man kann nur hoffen, daß sich der Trend „Solidarität“ durchsetzt, denn es waren nicht zuletzt Frauen, die Anträge etwa auf Einrichtung eines Frauenausschusses kipten. Geschehen in der Ärztekammer Westfalen-Lippe, wo eine Ärztin die Position vertrat, daß die Interessen der Frauen doch in den bereits bestehenden Ausschüssen vertreten seien und keine Sonderregelung geschaffen werden brauche. Damit war dann die vorher unentschiedene Diskussion beendet.

Die Initiative der Frauen vom Marburger Bund hat da einen wichtigen Beitrag geleistet, denn auf einmal wird das Thema wieder diskutiert, sei es in den Kammerzeitschriften oder in den Kammerversammlungen selbst. Sie machen auch auf den im Grunde wichtigsten Punkt aufmerksam: die Arbeits-

Frauen vom Marburger Bund und vom Ärztinnenbund erweisen sich oft als wichtigere und zuverlässigere Verbündete als die Männer aus der eigenen Ecke. Kein Wunder: Auch sie haben ein Interesse an Veränderung



bedingungen, die so verändert werden müßten, daß Frauen mit Kindern berufstätig sein können. Eine wichtige Maßnahme müßte dabei sein, die Weiterbildung in Teilzeitarbeit zu ermöglichen. Denn Teilzeitarbeit begreifen die meisten Frauen mit Kindern als optimale Lösung, mit der sie ihrem Anspruch, Kinder zu bekommen und sich um sie zu kümmern, gerecht werden könnten.

Auch bei den oppositionellen Listen und beim Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte herrschte lange Funkstille, nachdem man schon Quotierung im Programm gefordert hatte. Aber Papier ist bekanntlich geduldig. Unklar ist zum Beispiel, ob man Quotierung nach Häusern oder nach Fachgebieten, was ja eine erheblich schärfere Lösung wäre, will. Und wie die hehren Allgemeinplätze, mit denen man sich schmückt, durchgesetzt werden sollen, darüber gibt es noch nicht einmal eine Diskussion. Ob und in welchen Kammerbezirken Anträge zur Situation von Ärztinnen gestellt wurden, war weder beim Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft, Winfried Beck, noch bei der Stellvertretenden Vorsitzenden des VdÄÄ, Erni Balluf, zu erfahren. Es scheint, als seien sich auch die oppositionellen Ärztinnen zu schade dafür, Strategien zur eigenen Interessenvertretung zu entwickeln.

Die Front der Herren steht relativ geschlossen. Erst kürzlich wurde in der Kammerversammlung Nordrhein ein schnell zusammengeschusterter Antrag der Liste soziales Gesundheitswesen auf Einrichtung von Gleichstellungsbeauftragten abgelehnt. Wenn es Quotierung für Frauen geben solle, dann wolle man auch Quotierung für Männer, forderte da lautstark ein besonders intelligenter Vertreter. Wahrscheinlich, so kann man nur vermuten, bezog er das auf die Anästhesie, wo sich der Frauenanteil im Krankenhaus auf bedrohliche 37,5 Prozent erhöht hat. Da nützt auch nicht, daß die Kammerversammlung den Förderplan des MB akzeptiert, wenn selbst eine Kontrollinstanz ohne Weisungsbefugnis abgelehnt wird.

Für durchsetzbar hält auch Ina Güse eine Quotierung nicht ohne weiteres. „Ich kann mir vorstellen, daß die Bremer Ärztekammer einem Quotierungsbeschluß zustimmen würde. Aber sie hat keinen Einfluß, sie kann ja nur einen Appell an die Klinikchefs loslassen.“ Selbst einmal angenommen, die Klinikchefs würden sich von einem solchen Appell beeindrucken lassen, die „Pferdefüße“ kämen eben nach. „Man müßte dann eine Regelung für Bereiche finden, in denen Ärztinnen nicht erst mit Beginn des Mutterschutzes ausfallen, sondern mit Bekanntwerden einer Schwangerschaft“, gibt Ina Güse zu bedenken. „Die Gewerbeaufsichtsämter schreiben ja zum Beispiel vor, daß Schwangere wegen der Infektionsgefahr nicht mit stechenden und schnei-

denden Geräten umgehen dürfen.“ Als dies in Bremen jetzt noch einmal den Klinikchefs mitgeteilt wurde, habe einer direkt reagiert, daß er dann eben gar keine Frauen mehr einstelle.

Unter arbeitsmedizinischen Gesichtspunkten sind solche Regelungen sicher sehr konsequent, allerdings muß man sich auch fragen, ob da nicht entsprechende Vorkehrungen getroffen werden können, um Schwangere trotzdem einzusetzen. Gerade weil Gewerbeaufsichtsämter in der Regel nicht pingelig genau die Einhaltung der Mutterschutzbestimmungen kontrollieren, muß die Überfürsorge doch ein wenig skeptisch machen. Wenn der Mutterschutz bei Krankenschwestern überhaupt keine Probleme in der Praxis bereitet, aber auf Ärztinnen angewandt, deren Mitarbeit unmöglich machen soll, darf man wohl wittern, daß dahinter das Desinteresse von Männern steht, Frauen überhaupt einzustellen. Und, wie gesagt, es ist gar nicht ausgemacht, daß Ärztinnen häufiger fehlen als Ärzte. Sie sind schließlich nicht am laufenden Meter schwanger.

In der Praxis ist man längst dazu übergegangen, Ausfälle bei Mutterschaftsurlaub durch befristete Ersatzbesetzungen auszugleichen. Eine Regelung, der übrigens auch die ÖTV in

einer Richtlinie ihr Placet erteilt, der also ÖTV-besetzte Betriebsräte ihre Zustimmung geben. Beim Krankenpflegepersonal besorgen die Pflegedienstleitungen eben einfach eine Ersatzkraft, was auch durch den Stellen-schlüssel abgesichert ist.

Eine gesonderte finanzielle Regelung – etwa eine Umverteilung der mit Schwangerschaft verbundenen Kosten, sei es aus Steuermitteln oder durch einen „Solidarausgleich“ der Arbeitgeber –, wie sie der Marburger Bund vorschlägt, halten Vertreterinnen der oppositionellen Listen nicht für sinnvoll. „Das wäre viel zu kompliziert“, meint etwa Gine Elsner vom VdÄÄ. Für Magdalena Heuwing vom Marburger Bund sind dagegen die Schwangerschaftskosten nicht Aufgabe der Krankenversicherung, auch nicht bei Krankenschwestern, sondern des Staates. Immerhin ein diskussionwürdiger Standpunkt. Kurzfristig hält allerdings auch sie es für sinnvoller, sich darüber Gedanken zu machen, wie man überhaupt dafür sorgen kann, daß mehr Frauen beschäftigt werden. Auf die Frage, wie es denn um die Unterstützung der Männer im Marburger Bund bestellt sei, antwortet sie trocken: „Ach, wissen Sie, Schwierigkeiten mit Männern gibt es bei solchen Forderungen immer.“ Traurig, aber wahr. □

Verteilung auf Fachgebiete

	Berufstätige Ärzte	Davon Ärztinnen	Ärztinnen in Prozent
ohne Gebietsbezeichnung	77 139	26 523	34,38
Allgemeinmedizin	14 987	2 603	17,36
Anästhesiologie	5 923	2 400	40,52
Chirurgie	8 251	477	5,78
Frauenheilkunde	8 526	1 565	18,35
Innere Medizin	20 396	3 137	15,38
Kinderheilkunde	5 927	2 360	39,81
Nervenheilkunde	4 558	1 164	25,53
Orthopädie	3 810	195	5,11
Psychiatrie	882	280	31,74
Urologie	2 323	33	1,42

Verteilung auf Arbeitsbereiche

	Nieder- gelassene insges.	Davon Frauen	In %	Kranken- haus insges.	Davon Frauen	In %
Ohne Gebiets- bezeichnung	16 675	5 104	30,60	49 453	16 667	33,70
Allgemeinmedizin	13 474	2 122	15,74	589	182	30,89
Anästhesiologie	428	274	64,01	5 158	1 943	37,66
Chirurgie	1 825	55	3,01	5 978	357	5,97
Frauenheilkunde	5 965	1 133	18,99	2 333	340	14,57
Innere Medizin	11 278	1 415	12,54	7 530	1 147	15,23
Kinderheilkunde	3 453	1 277	36,98	1 838	636	34,60
Nervenheilkunde	2 269	607	26,75	1 907	415	21,76
Orthopädie	2 803	103	3,67	841	47	5,58
Psychiatrie	231	94	40,69	545	146	26,78
Urologie	1 461	12	0,82	801	18	2,24

Quelle: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer / eigene Berechnungen (Stand: 31. 12. 1987). Die Differenz der prozentualen Angaben zu 100 % in der 2. Tabelle ergibt sich daraus, daß nicht alle Tätigkeitsbereiche aufgeführt sind.

**Wie wirkt
die Pharmaindustrie?**

Völlig hemmungslos

Weltweit ist das Auseinanderklaffen von Prinzipien rationaler Arzneitherapie und tatsächlichem ärztlichen Verordnungsverhalten eine auffallende Schwäche der medizinischen Versorgungssysteme. Keine neue Erkenntnis, denn schon 1977 beklagte Franz Gross, einer der bedeutenden Pharmakologen der letzten Jahrzehnte, „die Verordnung einzelner Präparate oder Präparatengruppen, die in keinem Verhältnis zur Häufigkeit der Krankheiten steht, bei denen sie angezeigt sind, das Verschreiben von Arzneimitteln mit zweifelhafter Wirksamkeit und die zu Recht kritisierte Gabe phantasievoll zusammengesetzter Kombinationspräparate“ durch die Ärzte.

Unangemessene Produktinformationen und eine aggressive Werbepolitik der Pharma-Unternehmen haben mit zu dieser Situation beigetragen. Die Pharma-Industrie stellt die von ihr kommende Information und die Werbung gern als wichtige Dienstleistung dar, mit der Art und Weise der Anwendung ihrer Arzneimittel sowie deren Nutzen und Risiken den Ärzten vermittelt werden. Demnach werden Produktinformation und Arzneimittel selbst „zu einem unauflösbaren Leistungspaket“, wie der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie erklärt. Und auch mit einem Vergleich ist man dort schnell bei der Hand: „So wie eine elektronische Datenverarbeitungsanlage, die ‚Hardware‘, ohne Anwendungsunterweisung und Programm, die ‚Software‘, nicht nutzbar wäre.“

Überraschend an dieser Darstellung ist die zufriedene Selbstgewißheit der Pharma-Industrie. Ganz anderer Meinung sind da H. Herken und W. Dölle, die in der Ausgabe 29/1988 dieses Jahres der Zeitschrift „Internist“ feststellen: „Abgesehen von jenen Nebenwirkungen, mit denen wir auch bei sorgfältigster Anwendung von Arzneimitteln rechnen müssen, ist zweifellos viel Schaden durch eine penetrante, oft auch unvernünftige Werbung entstanden, die den Massenkonsum von Arzneimitteln förderte und dringend not-

wendige Warnungen unterließ. Dafür gibt es inzwischen genügend Beweise.“

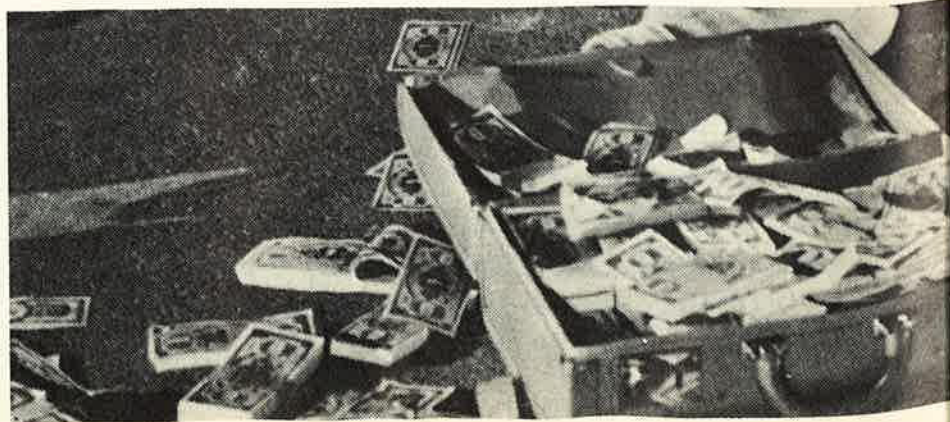
Tatsächlich gibt es wenig Gründe anzunehmen, daß die Pharma-Industrie an einer rationalen Pharmakotherapie interessiert sein könnte. Der Wert eines Medikamentes für den Hersteller bestimmt sich aus anderen Faktoren als denen, die für Ärzte oder Patienten von Bedeutung sind. Rationale Pharmakotherapie interessiert den Pharma-Unternehmer allenfalls dann, wenn sie sich in einer lohnenden Nachfrage niederschlägt. Da die Lenkung und Ausweitung der Nachfrage aber sein ureigenes Anliegen ist, können die strengen Prinzipien eines rationalen Arzneimittelgebrauchs von ihm in der Regel nur als bedrohlich empfunden werden.

Zu den Methoden der Einflußnahme auf den wichtigsten Nachfrager der Ware Arzneimittel, den Arzt, zählen offene und versteckte Werbungen in Zeitungen und Zeitschriften, Zusendung von Werbematerialien, Werbegespräche mit Pharmareferenten, Fortbildungsveranstaltungen und kleine und große Geschenke. All diese Instrumente bilden ein fein gesponnenes Netz der Beeinflussung ärztlicher Verordnungstätigkeit.

Werbungen in Zeitungen und Zeitschriften sind ein wichtiges Instrument zur Beeinflussung der Ärzte. Fast alle medizinischen Fachzeitschriften leben von den Inseraten pharmazeutischer Unternehmer. 1981 betrug der Anteil der Anzeigen am Umsatz medizinischer Fachzeitschriften knapp 75 Prozent. Bei wissenschaftlichen Fachzeitschriften anderer Fachgebiete lagen diese Anteile weit niedriger: Zum Beispiel betrug er bei Recht, Wirtschaft und Gesellschaft 11,5 Prozent, wie die Zeitschrift „Internistische Praxis“ 1984 feststellte.

Es liegt auf der Hand, daß bei einer so hohen finanziellen Abhängigkeit der Verlage von der Pharma-Industrie die redaktionelle Unabhängigkeit der Herausgeber stark bedroht ist. Tatsächlich

Ihr Verschreibungsverhalten sei durch Pharmawerbung nicht beeinflusst, meinen nicht nur die Berliner Ärzte, die erst kürzlich ihre Reinheit reklamierten. Selbst im „Deutschen Ärzteblatt“ dürfen Angestellte von Pharmakonzernen ihre Produkte anpreisen – im redaktionellen Teil. Hermann Schulte-Sasse hat noch mehr pikante Details gefunden



sind die Verlage unverblümten Pres-
sionsversuchen durch die Firmen und
deren Werbeagenturen ausgesetzt. So
schrieb zum Beispiel eine Firma an eine
Zeitschrift: „In der Anlage erhalten sie
den von uns korrigierten Text für die
Veröffentlichung in . . . Die Schaltung
von drei Einzelanzeigen in den Ausga-
ben September, Oktober und Novem-
ber ist von uns über die Agentur X
veranlaßt worden.“ Oder: „Ich beziehe
mich auf unser Telefongespräch von
heute und übersende Ihnen zwei Stel-
lungnahmen der Firma X zu Y (Präpa-
rat), die ich Sie bitte, journalistisch auf-
zuarbeiten.“

Ein besonders unappetitliches Bei-
spiel ist das „Deutsche Ärzteblatt“, das
bei der Industrie damit wirbt, daß es
verschiedene Ausgaben für unter-
schiedliche Arztgruppen anzubieten
hat, die mit Inseraten gezielt angespro-
chen werden könnten. Bei der kommer-
ziellen Öffnung der Zeitschrift kennen
die Verantwortlichen offenbar keine
Schamgrenzen mehr. Dem „Deutschen
Ärzteblatt“ Nr. 23 vom 9. Juni 1988
war eine „Aktuelle Verlagsbeilage
Nr. 1/88“ beigelegt worden, die unter
dem Titel und der Aufmachung des
„Deutschen Ärzteblatts“ nichts anderes
als eine aufwendige, aber nicht kennt-
lich gemachte Werbung der Firma Tho-
mae für ihr bisher schlecht verkauftes
und teures rt-PA-Präparat enthielt.

Gänzlich hemmungslos waren die re-
daktionell Verantwortlichen, als sie in
der Ausgabe vom 14. April dieses Jah-
res einem Angestellten der Firma Ho-
chst Raum boten, ein Produkt seiner
Firma in Form eines Editorials zu be-
werben. Der verantwortliche Fach-
redakteur, der Pharmakologe Professor
Forth, stimmte der Veröffentlichung
des Textes zu, obwohl er die offensicht-
liche Falschinformation enthielt, daß es
sich bei dem besprochenen Präparat um
ein nebenwirkungsfreies Arzneimittel
handele. Der Leiter der medizinisch-
wissenschaftlichen Redaktion des
„Deutschen Ärzteblatts“ hielt die Kritik
an diesem unglaublichen Vorgang zwar
für gerechtfertigt, eine Richtigstellung
der Falschinformation aber für über-
flüssig, da es sich doch eher um ein
„peripheres Thema“ handele.

Ein begehrtes Objekt der Pharma-
Industrie sind auch die renommierten

medizinischen Fachzeitschriften, deren
seriöser Ruf auf der Tatsache aufbaut,
daß die Manuskripte vor Veröffentli-
chung kritisch von einem Experten be-
gutachtet werden. Um der eigenen
Marketing-Anstrengung ein wissen-
schaftlich-neutrales Image zu geben,
kauft man sich eine Sondernummer
oder ein „Supplement“ der angesehe-
nen Zeitschrift, in der dann nur – unbe-
lästigt von einem kritischen Exper-
tenurteil – Autoren mit genehmen An-
sichten zu Wort kommen. Inscrute feh-
len in diesen Heften natürlich, ist doch
das ganze Heft „eine einzige getarnte
„Anzeige“, wie der „Arzneimittel-
brief“ trefflich bemerkt.

Alle noch so kostspieligen Marketing- strategien wären ziemlich wirkungslos, wenn nicht angesehene ärztliche Experten ihren Namen dafür hergeben würden

Viele dieser raffinierten Marketing-
Bemühungen pharmazeutischer Unter-
nehmen wären nur halb so viel wert,
würden nicht mit hohen akademischen
Weihen beglückte und deshalb offen-
bar per se als Autorität anerkannte
„Experten“ ihren Mund oder ihre Fe-
der vermarkten. Mit Fug und Recht
könnte man sie als „habilitierte Phar-
mareferenten“ bezeichnen.

Ein Beispiel: Im Februar 1987 lud
der Deutsche Kassenarztverband zu ei-
ner „wissenschaftlichen Fortbildungs-
veranstaltung“ mit dem Thema „Phar-
mako-Therapie bei älteren Menschen“
ins Bremer Plaza-Hotel ein. Referent
war ein Professor Dr. med. F. Hus-
mann. Die an den Herrn Professor ge-
richtete schriftliche Bitte, ein Vortrags-
manuskript zur Verfügung zu stellen,
leitete dieser „mit der Bitte um Erledi-
gung“ an eine Dr. H. H. Pöhl & Co.
GmbH, Pharma-Arzt-Information, in
Gräfelfing bei München weiter. Diese
konnte nur mit einem „sehr knappen
Kurzmanuskript“ dienen, dafür aber
mit einer längeren Beispielliste für ei-
nen Therapieplan, der natürlich aus-
schließlich Präparate ausgesuchter Fir-
men enthielt.

Herr Professor Husmann ist sicher
nur wenigen Ärzten bekannt und eig-
net sich deshalb vorzugsweise nur für
die Bewerbung von Präparaten kleiner
Firmen. Große Firmen bedienen
sich lieber großer Namen. Die Firma
MSD unternimmt zum Beispiel zur
Zeit enorme Anstrengungen, ihr inten-
sivmedizinisches Reverseantibiotikum
„Zienam“ als Wahlantibiotikum „von
Anfang an“ für die Therapie schwerer
Infektionen zu profilieren. Diese Mar-
keting-Anstrengung ist medizinisch
verantwortungslos und ökonomisch ge-
genüber den Kostenträgern schamlos.
Trotzdem scheuen sich in einer mehr-
seitigen „Zienam“-Werbung vom April
dieses Jahres die renommierten Anti-

biotika-Experten und Professoren
Adam, Lode, Peters und Stille nicht,
mit ihren Namen – und bis auf Herrn
Stille auch mit ihrem Bild – die aggres-
sive Produktwerbung zu unterstützen.
Man darf wohl getrost annehmen, daß
die Hilfe der vier Professoren nicht un-
eigennützig war.

Der unabhängige „Arzneimittel-
brief“ bedauerte kürzlich aus gegeben-
em Anlaß das Wirken „habilitierter
Pharmareferenten“: „Die Herren tra-
gen teilweise wissenschaftlich wohlklin-
gende Namen. Vielleicht haben sie
selbst nicht richtig durchschaut, wozu
sie diese Namen hergeben? Die Leser

jedenfalls, Ärzte wie Laien, können
sich nicht mehr darauf verlassen, daß
mit einem scheinbar objektiven Bericht
renommierter Verfasser nicht massiv
oder auch sehr elegant für irgendetwas
geworben wird. Solche Methoden ge-
fährden nicht nur die Unabhängigkeit
der Medizinpublizistik, sondern auch
die Unabhängigkeit der Medizin
selbst.“

Die Abgabe kleiner und großer Ge-
schenke an einzelne Ärzte durch die
Vertreter der Pharma-Industrie dient
ihnen als flankierende Maßnahme, um
die strapazierte ärztliche Aufmerksam-
keit auf die eigenen Produkte zu len-
ken. Wer wollte so vermessen sein zu
behaupten, daß die Annahme von Ein-
trittskarten zu Fußballspielen oder die
Finanzierung von Schleuderkursen
beim ADAC durch pharmazeutische
Unternehmen, und natürlich auch die
Entgegennahme teurer medizinischer
Fachbücher, keinen Einfluß hätte auf
die eigene Haltung zu der freizügigen
Firma und deren Präparate? Auch die-
ses Rendezvous von Ärzten und Phar-
ma-Industrie wird von dieser nur ge-
sucht, weil es die Unabhängigkeit der
Medizin gefährdet, dabei aber gerade
die geschäftlichen Interessen der Fir-
men befördert. Leider gibt es Ärzte,
die, teilweise erpresserisch, selbst die
Initiative zum Austausch solcher „Ge-
fälligkeiten“ ergreifen.

Im Interesse unserer beruflichen Un-
abhängigkeit und der Patienten sollten
wir uns aus der Umklammerung durch
die pharmazeutische Industrie befrei-
en. Ohne einen solchen Schritt werden
Fortschritte im ärztlichen Verord-
nungsverhalten kaum zu erreichen
sein. Um so bedauerlicher ist, daß die
große Mehrheit der Delegierten des
diesjährigen Deutschen Ärztetages ent-
sprechenden Anträgen zur Änderung
der Berufsordnung nicht zugestimmt
hat. □

**Hermann
Schulte-Sasse
ist Arzt und ar-
beitet am Insti-
tut für Klini-
sche Pharma-
kologie am
Zentralkran-
kenhaus St.-
Jürgen-Straße
in Bremen**





Per ordre de mufti

Neue Verschärfungen beim Gesundheitsreformgesetz

kp – Hier wird ein bißchen radiert, da ein bißchen verändert. Im ministerial-bürokratischen Gemauschel setzen sich die stärksten Leistungsanbieter immer mehr durch. Die Parlamentarier der Koalition erwiesen sich in der ersten Lesung als Claque, und auch im Bundesrat steht die Front ziemlich geschlossen. In den bisherigen Beratungen ist das Werk nur des Lamettas entkleidet worden

Der Bundestag hatte sich mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) in erster Lesung bereits am 6. Mai befaßt, einen ersten Durchgang im Bundesrat gab es am 10. Juni. Während im Bundestag, von persönlichen Attacken abgesehen, kein einziges neues Argument für oder gegen den Gesetzentwurf der Bundesregierung präsentiert wurde, debattierte die Länderkammer zahlreiche Veränderungswünsche. Mit wechselnden Mehrheiten stimmte der Bundesrat über 260 Ausschuß-Empfehlungen und 36 Änderungsanträge ab. Hierzu wird sich die Bundesregierung äußern müssen.

Deutliche Veränderungen verlangt der Bundesrat im Krankenhaussektor: Hier sollen einmal die vorgesehenen Möglichkeiten der Kassen, „unwirtschaftlich“ arbeitenden Krankenhäusern oder Abteilungen zu kündigen, abgeschwächt werden. Fallengelassen werden sollen auch die geplanten regionalen Preis- und Leistungsvergleichslisten im Krankenhaussektor, mit denen niedergelassene Ärzte dazu bewegt werden sollen, Patienten in das kostengünstigste Krankenhaus zu überweisen. Auch in einigen Leistungsbereichen sprach sich der Bundesrat für die Verringerung von vorgesehenen Zuzahlungen durch Patienten (Krankentransport), die Erhöhung von Kassenzuschüssen für bestimmte Leistungen (zum Beispiel Zahnersatz) und die zeitliche Verschiebung der Einführung der prozentualen Selbstbeteiligung für nicht von Festbeträgen erfaßte Arzneimittel bis 1993 aus.

Auch neue Leistungen wurden gefordert: Für die Betreuung eines erkrankten Kindes soll Krankengeld bis zum zwölften (bisher achten) Lebensjahr gewährt werden; psychisch Kranke und Behinderte sollen ein Anrecht auf umfassendere Kassenleistungen erhalten; ein kostenloser Aids-Antikörpertest soll eingeführt, die Kosten für die künstliche Befruchtung bei Ehepaaren, und nur bei ihnen, sollen von den Kassen übernommen werden.

Trotz zahlreicher Änderungswünsche, die von der Bundestagsmehrheit allenfalls in Einzelfällen erfüllt werden dürften, steht die Mehrheit aus CDU/CSU/FDP-geführten Ländern hinter dem Regierungsvorhaben. Ein Antrag aus Nordrhein-Westfalen und Bremen, beide SPD-regiert, den Gesetzentwurf in der Versenkung verschwinden zu las-

sen, wurde natürlich abgelehnt. In den weiteren parlamentarischen Beratungen dürfte am ehesten noch der Krankenhausbereich zwischen Bundestagsmehrheit und Bundesrat für Zündstoff sorgen, da hier die Interessen und Zuständigkeiten der Länder tangiert werden. Möglicherweise – und mit Blick auf sicher wachsende Sozialhilfeleistungen in den Bundesländern – wird auch noch die eine oder andere Selbstbeteiligungsregelung, die im Regierungsentwurf des GRG neu eingeführt oder verschärft wurde, zwischen Bundesrat und Bundestag zum Streit führen.

Die im Vergleich zum Bundesrat inhaltliche Enthaltsamkeit, die die erste Lesung des GRG-Entwurfs im Bundestag gekennzeichnet hatte, muß hingegen angesichts der drastischen Verschärfungen, die der Regierungsentwurf gegenüber dem noch im Januar vorgelegten „Referenten-Entwurf“ aus dem Hause Blüm enthält, verwundern. Es ist bezeichnend für die hiesige Spielart des Parlamentarismus, wie wenig ernst die Abgeordneten ihre Pflicht zur Kontrolle der Regierung nehmen – auch wenn sie zur Koalitionsmehrheit gehören: Da wird monatelang im Vorfeld der parlamentarischen Beratungen, also ohne Beteiligung des Bundestags, von Ministerialbürokraten und Regierungsbeamten mit ständischen Interessenvertretern bis in alle Einzelheiten ein Gesetzentwurf ausgetauscht, der auf einer „Elefantenrunde“ schließlich den Segen der christlich-liberalen Parteivorsitzenden und der Bundesregierung erhält – und der Parlamentsmehrheit fällt in der ersten Lesung des Gesetzentwurfs nicht einmal ein einziges veränderungswürdiges Jota in diesem „Jahrhundertwerk“ auf.

Ganz offensichtlich soll das unter Beachtung der Koalitionsarithmetik mühevoll ausgearbeitete Prunkstück der Bundesregierung keinen Schaden mehr nehmen und im Spätherbst gnadenlos durchgezogen werden. Das geht natürlich am einfachsten, wenn den Abgeordneten der Regierungskoalition per ordre de mufti Zurückhaltung anempfohlen und ihre Rolle auf die von Claqueuren beschränkt wird.

Zu den gegenüber dem „Referenten-Entwurf“ vom Januar bedeutsamsten Veränderungen, die in der Regierungsvorlage nunmehr enthalten sind, gehört zweifellos das weitere Abrücken von den Festbetragsregelungen im Arznei-

mittelbereich. Dies bedeutet für größere Gruppen von Medikamenten die Erhöhung der Selbstbeteiligung und die Einführung von prozentualen Zuzahlungen durch die Patienten. Der „Solidarbeitrag“ in Höhe von zehn Prozent der Arzneimittelausgaben der Kassen (1,7 Milliarden Mark), den Blüm von der Pharma-Industrie immer wieder lautstark eingefordert hatte, war bereits vorher stillschweigend fallengelassen worden. (siehe dg 6/1988, S. 16/17) Weiter zurückgenommen wurden die zaghaften Schritte in Richtung Wirtschaftlichkeitsprüfung bei niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten sowie die vorgesehene Öffnung der Krankenhäuser für vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Therapie, der nunmehr die Kassenärztlichen Vereinigungen zustimmen müssen.

Mit der Formulierung von völlig unzureichenden „Härtefallregelungen“ und „Überforderungsklauseln“, die ursprünglich zur „sozialen Abfederung“ der geplanten massiven Leistungsbegrenzungen und Selbstbeteiligungsmaßnahmen auf Seiten der Versicherten dienen sollten, wird faktisch der 14. Monatsbeitrag zur Krankenversicherung eingeführt (einen 13. zahlen die Versicherten über private Gesundheitsausgaben sowieso schon seit Jahren): Während die „Härtefallregelung“ gering verdienende Versicherte (bis zu 1232 Mark brutto monatlich plus 462 Mark für den Ehegatten und 308 Mark

vier Prozent des Bruttoeinkommens zugemutet).

Gegenüber früheren Plänen hinausgezögert werden soll das Inkrafttreten der einzigen wichtigen Leistungsverbesserung im GRG-Entwurf, der Ausweitung der häuslichen Pflegeleistungen. Zunächst wird es nur den Anspruch auf eine vierwöchige Urlaubs- oder Krankheitsvertretung pro Jahr für pflegende Angehörige geben, ab 1991 sollen dann der Anspruch auf Finanzierung von 25 einstündigen Pflegeeinsätzen monatlich beziehungsweise ein Pflegegeld in der völlig unzureichenden Höhe von 400 Mark im Monat, allerdings nur für einen eng begrenzten Kreis von zu Hause lebenden „Schwerpflegebedürftigen“, realisiert werden.

Insgesamt sind diese Verschärfungen, die die nunmehr sechste (!) Fassung des GRG-Entwurfs enthält, allenfalls dazu angetan, einige privatwirtschaftliche Leistungsanbieter im Gesundheitswesen wenigstens zeitweise ruhigzustellen, indem man ihnen entgegenkommt. Die Zeche allerdings sollen die Versicherten zahlen. Im bisherigen Verlauf der Beratungen der diversen Entwürfe ist das GRG Schritt für Schritt seines schmückenden Beiwerks entkleidet worden.

Immer klarer kristallisiert sich so sein eigentlicher Kern heraus: „Kostendämpfung“ durch Leistungsbeschrän-

Mit der weitgehenden Abkehr von der „sozialen Abfederung“ des Gesundheitsreformgesetzes wird faktisch ein 14. Monatsbeitrag zur Krankenversicherung eingeführt

je Kind) von Zuzahlungen bei der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen ausnimmt, regelt die „Überforderungsklausel“ im Arzneimittel-, Heil- und Hilfsmittelbereich und bei den Fahrtkosten die Obergrenzen für Zuzahlungen der Versicherten, die solche Leistungen in Anspruch nehmen: Bis zu einem Brutto-Monatseinkommen von derzeit 4500 Mark werden den Versicherten Zuzahlungen und Selbstbeteiligung bis zu zwei Prozent (also höchstens 90 Mark, oberhalb dieser Grenze

kungen und Selbstbeteiligung zu Lasten der Versicherten, Abkehr vom Solidar- und Sachleistungsprinzip – der „historischen“ Säulen der Krankenversicherung – und das, ohne ein einziges der drängendsten Strukturprobleme im Gesundheitswesen auch nur ansatzweise angepackt zu haben. Sollte der Regierungsentwurf in seiner jetzigen Substanz Gesetz werden, dann steht die nächste „Kostendämpfungs“-Runde mit Sicherheit in weniger als fünf Jahren ins Haus. □

„Unter der Latte herlaufen“

ma - In einem „Eckdaten-Papier“ hat die SPD ihr gesundheitspolitisches Konzept zusammengefaßt. dg befragte dazu den SPD-Bundestagsabgeordneten Karl-Hermann Haack, Vorsitzenden der Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“ der SPD-Fraktion, und Dr. Robert Paquet, gesundheitspolitischer Referent der Fraktion.

dg: Im März diesen Jahres hat die SPD ein „Eckdaten-Papier“ zur Gesundheitspolitik veröffentlicht. Handelt es sich dabei um einen Gegenentwurf zum Blüm'schen Gesundheitsreformgesetz?

Haack: Herausgekommen ist bei Blüm ein reines Kostendämpfungsgesetz als Ergebnis eines Koalitionsgeklüngels. Mit unserem Antrag, eine Enquete-Kommission einzurichten, wollten wir mit allen Beteiligten ins Gespräch kommen. Wir wollten mit Parteien, Wissenschaftlern und Betroffenen zu einer Bestandsaufnahme kommen, aus der dann eine gemeinsame Plattform entwickelt werden könnte. CDU und FDP haben darin aber nur eine Verzögerungstaktik gesehen. Da wir der Meinung waren, daß die strukturellen Probleme im Gesundheitswesen kurzfristig nicht zu lösen sind, war unsere zwingende Konsequenz, keinen vollständigen „Gesetzentwurf“ zu machen. Aber einer inhaltlichen Markierung unserer Positionen wollten wir uns nicht verschließen. Deshalb haben wir das Eckdaten-Papier erarbeitet und auch in die Enquete-Kommission eingebracht. Wir werden unsere Aktivitäten durch Anträge im Gesetzgebungsverfahren entwickeln und uns dabei auf die Ergebnisse der Enquete beziehen.

dg: Sie haben bereits die Kostendämpfung genannt. Gibt es weitere konkrete Kritikpunkte am Gesundheitsreformgesetz?

Haack: Es sind im wesentlichen fünf Punkte. Erstens bleibt es bei der Krankheitsversorgungspolitik. Die Erkenntnis, daß echte Gesundheitspolitik notwendig ist, wird nicht nachvollzogen. Zweitens ist eine Gesundheitsberichterstattung zur Orientierung des Gesundheitswesens auf Bundes- und regionaler Ebene, wie wir sie anstreben, bei Blüm überhaupt nicht vorhanden. Drittens werden Überkapazitäten in keiner Weise bereinigt. In den nächsten Jahren wird die Zahl der niederge-

lassenen Ärzte steigen, eine Zunahme von etwa 6000 pro Jahr. Die gehen in den ambulanten Bereich, verursachen Kosten und treiben dadurch die Krankenversicherung in die Pleite. Hinzu kommt der Arzneimittelmarkt. Vorgehen ist ein Einstieg in die Festbetragsregelung und vorgesehen ist eine prozentuale Selbstbeteiligung. Nur Kostenverlagerung findet statt, nicht aber eine Kostenbegrenzung und eine qualitative Verbesserung. Viertens ist der Krankenhaussektor auf Grund der föderativen Struktur nicht geregelt. Und schließlich sind fünftens keine Lösungsansätze zu den notwendigen Veränderungen der Kassenorganisation vorhanden.

dg: Im Eckdaten-Papier erhoffen Sie sich einen Abbau der Überkapazitäten durch ein sogenanntes „Einkaufsmo-
dell“. Was heißt das genau?

Haack: Mit diesem Modell wurden in Amerika gute Erfahrungen gemacht. Dort kaufen die großen Versicherungskonzerne an bestimmten Orten für ihre Versicherten die ärztliche Versorgung von den ortsansässigen Ärzten ein. Nach dem Motto: „Macht mal Angebote, wieviel wollt Ihr dafür haben?“ Dann wird über die Mengen und Preise verhandelt. Das ist echte Selbstverwaltung mit marktwirtschaftlichen Lösungen.

Paquet: Das sind die sogenannten HMOs, die „Health Maintenance Organizations“. Deren Problem ist allerdings, daß sie eine Versicherungselektion betreiben. Das will die SPD mit ihrem Vorschlag natürlich nicht. Vielmehr soll für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung ein einheitlicher Einkaufsbedarf festgelegt werden, damit der ungehinderte Zugang von Ärzten oder anderen Berufen zu dem System verhindert wird.

dg: Wie verträgt sich das denn mit dem Ziel eines regionalisierten Gesund-

heitskonzeptes, wie es im Eckdaten-Papier vorgeschlagen wird, mit einem regionalen Gesundheitsplan? Wenn dort der Bedarf von allen Beteiligten festgelegt wird, wieso soll dann nochmal auf dem „Markt“ eingekauft werden?

Haack: Ich komme aus der Kommunalpolitik und sehe das ganz pragmatisch. In unserem Landkreis gibt es zum Beispiel 356 Ärzte, nach den derzeitigen Plandaten der Kassenärztlichen Vereinigung brauchen wir aber nur 317. Dann würde bei unseren Vorstellungen der KV eben gesagt, das Budget reicht nur für 317. Wenn sie dann 356 beschäftigen will, muß sie das Budget entsprechend aufteilen.

Paquet: Das entspricht einer regionalen Budgetierung, bei der zunächst der Bedarf festgelegt und anschließend diskutiert wird, zu welchem Preis dieser Bedarf gedeckt werden soll.

dg: Das bedeutet doch eine vollständige Umwälzung der gegenwärtigen Strukturen der ambulanten Behandlung. Bei aller Freude an der politischen Utopie, da müßte ja zum Beispiel die Stellung der Kassenärztlichen Vereinigungen vollkommen geändert werden.

Haack: Das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen wird geknackt. Der Sicherstellungsauftrag soll explizit an die regionalen Gesundheitskonferenzen übergehen, in denen Krankenkassen, Gebietskörperschaften und Leistungserbringer zusammenarbeiten sollen. Dieses Gremium soll die qualitative Struktur des Leistungsangebots festlegen.

dg: Ohne ein Umdenken bei den Krankenkassen, ohne eine reine Selbstverwaltung der Kassen durch die Versicherten wird das doch kaum durchführbar sein. Auf der anderen Seite wird sich im Eckdatenpapier vom Gedanken der Einheitsversicherung verabschiedet.

Haack: Gewerkschafts- und Parteitagebeschlüsse gibt es zur Einheitsversicherung genug. Man trifft aber überall die gleichen Leute, die im Saal dafür die Hand heben und sich beim Herausgehen in der Garderobe gegenseitig versichern: „So ist das ja gar nicht gemeint.“ Wir räumen hier ein Stück Unwahrheit in der Diskussion aus.

dg: Aber in dem Papier wird doch einfach behauptet, für die Einheitsversicherung gebe es innerhalb der SPD und auch der Gewerkschaften keine Mehrheit. Belegt wird dies in keiner Weise. Und selbst wenn, sind bestehende Mehrheitsverhältnisse Grund genug, von politischen Forderungen abzuweichen?

Haack: Mit Fensterreden kann man

Dr. Robert Paquet (SPD)

doch keine Politik machen. Unsere Überlegung geht davon aus, daß die Meßlatte „Einheitsversicherung“ zu hoch gelegt worden ist, die inhaltlichen Probleme aber weiter bestehen. Wenn ich also nicht über die Latte komme, laufe ich drunter her. Zu unserem Modell: Wir fordern gleiche Rechte und Pflichten für die Kassen, gleiche Leistungen, Wahlfreiheit und Aufnahmezwang. Das führt zu einer „Abstimmung mit den Füßen“. Das Risiko wird an den Füßen kleben bleiben und mitwandern. Und nach einigen Jahren wird man sehen, wie sich die Risiken verteilen. Nach dem Prinzip der kommunizierenden Röhren werden sich die Risiken ausgleichen. Ich habe dann in einer Großstadt die verschiedenen Geschäftsstellen der AOK und der anderen Kassen, die zueinander in einem bürgerfreundlichen Wettbewerb bei den Service-Leistungen stehen.

dg: In Ihrem Eckdaten-Papier ist von einem Orientierungsrahmen für das Gesundheitswesen die Rede, über den der Bundestag beschließen soll. Das scheint doch reichlich hoch gegriffen. Wie soll das überhaupt funktionieren?

Haack: Ähnlich wie im wirtschaftspolitischen Bereich, da gibt es den Sachverständigenrat, da werden ja auch wirtschaftspolitische Ziele formuliert. Wir wollen eine Gesundheitsberichterstattung mit der Formulierung gesundheitspolitischer Ziele.

dg: Können das nicht allenfalls sehr globale Daten und Ziele sein?

Haack: Nein, das können auch konkrete inhaltliche Ziele sein. Wenn man zum Beispiel eine Zunahme asthmatischer Erkrankungen feststellt und das auf die Luftverschmutzung zurückführt, wird ein entsprechender Forschungsschwerpunkt im Orientierungsrahmen festgelegt.

Paquet: Einerseits wird das die Gesundheitspolitik „politisieren“, indem medizinische und ökonomische Orientierungsdaten vom Parlament in jährlichem Rhythmus beraten werden und auch die jeweilige Regierung sich dazu äußern muß. Es müssen überhaupt Ziele formuliert werden, die dann jeweils zu überprüfen und fortzuschreiben sind. Eine andere Funktion könnte darin bestehen, daß die Gesundheitspolitik mit anderen Politikfeldern verbunden wird. Eine dritte Funktion bestünde darin, daß der Bundestag über die Prinzipien der Umsetzung von Gesundheitspolitik diskutiert. Zum Beispiel in der Großgeräteplanung oder in der Abstimmung der Versorgungsfunktion von Krankenhäusern untereinander und mit der ambulanten Versorgung. Dann würden die qualitativen Vorstellungen mehr diskutiert, wie Gesundheitspolitik bedarfsgerechter gestaltet werden könnte. Damit wäre es auch möglich, sich von der Auflistung der

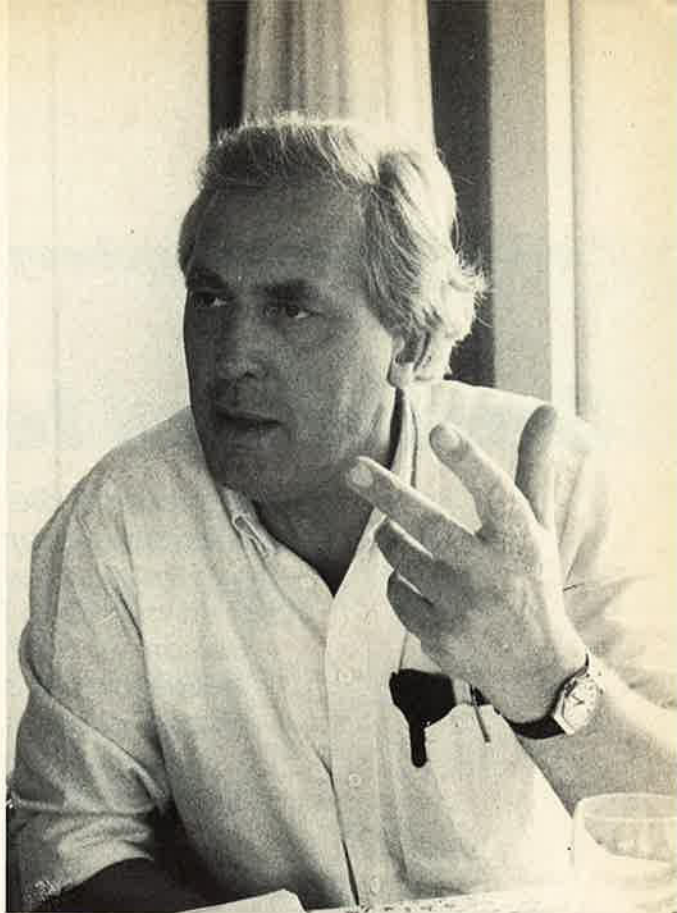
Haack: Unsere Überlegung geht davon aus, daß die Meßlatte „Einheitsversicherung“ zu hoch gelegt worden ist. Wenn ich nicht über die Latte komme, laufe ich drunter her

Ausgaben nach Kostenblöcken zu lösen, wie es zur Zeit bei den Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung geschieht, wo nur noch die verschiedenen Steigerungsraten diskutiert werden.

dg: Aber der Bundestag kann doch nicht über die Haushalte der Ortskrankenkassen oder Ersatzkassen beschließen.

Haack: Da werden wir noch weiterdenken müssen, aber es geht nicht um das kleinste Detail sondern um die wesentlichsten Proportionen.

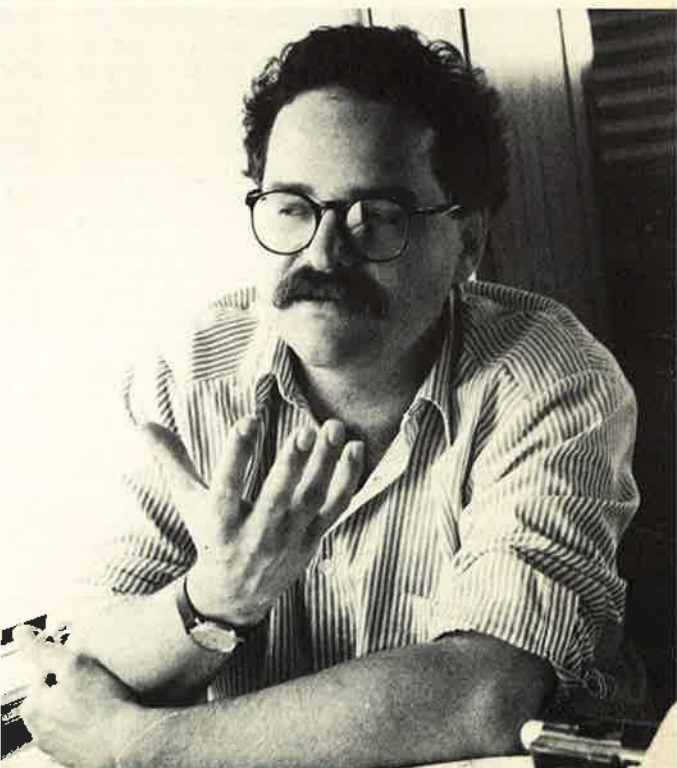
Dr. Paquet: Ein Orientierungsrahmen für das Gesundheitswesen wird die Gesundheitspolitik „politisieren“, in dem medizinische und ökonomische Orientierungsdaten vom Parlament beraten werden und auch die jeweilige Regierung sich dazu äußern muß



dg: Man hört immer mal wieder von Gesprächsangeboten der SPD an Norbert Blüm. Wie sollen denn die dabei betonten „Gemeinsamkeiten“ aussehen?

Paquet: Blüm hat einiges an Bereitschaft verdorben, die lange genug signalisiert worden ist. So zum Beispiel bei den Festbeträgen, die in der jetzigen Form einen klaren Einstieg in die prozentuale Selbstbeteiligung darstellen. Und da wird die SPD grundsätzlich nicht mitmachen.

dg: Danke für das Gespräch.



Fotos (2): yn

Die Festbetragsregelung für Arzneimittel

Genial und teuflisch?

Müssen bloß die Patienten abspecken, wo sie sich schon einen „Blüm-Bauch“ angefressen haben, seit das Strukturreformvorhaben bekannt wurde? Oder bekommt auch die pharmazeutische Industrie ein engeres Korsett? Gerd Glaeske hat in der Festbetragsregelung noch jede Menge versteckter Kalorien für die Hersteller gefunden

Einen Teil der 14 Milliarden Mark, die mit dem Gesundheitsreformgesetz eingespart werden sollen, will sich Herr Blüm im Arzneimittelsektor holen. Konzipiert ist der Paragraph 35 mit der Überschrift: „Festbeträge für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel“. In Punkt 1 heißt es da: „Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bestimmt . . . für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. In den Gruppen sollen Arzneimittel mit 1. denselben Wirkstoffen, 2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, 3. pharmakologisch vergleichbaren Wirkprinzipien zusammengefaßt werden.“

Was diese Regelungen bedeuten, ist in der Zwischenzeit vielen klar geworden: In der Stufe 1 heißt dies, daß überall dort, wo Generica mit Original-Präparaten konkurrieren, ein Festbetrag angesetzt wird, der sich im Preisbereich dieser generischen Nachahmer bewegen wird. Das macht durchaus Sinn und ist der erste Schritt zu einem „Einkaufsmodell“ im Arzneimittelmarkt: Es wird nämlich zum Beispiel für den Hochdruckkranken in der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem möglichst günstigen Preis eine Behandlung mit Nifedipin eingekauft. Die Unterschiede können beachtlich sein, wie denn ein Blick in die Preisvergleichsliste, zweite Auflage 1988, zeigt: Die mittlere Tagesdosis Nifedipin in Adalat kann 2,43 Mark kosten, aber auch 1,14 Mark in Nifedipin 10 Hexal, einem in seiner Bioverfügbarkeit überprüften Genericum. 1986 wurden entsprechend der Angaben des Arzneiverordnungs-Reports '87 von U. Schwabe und D. Paffrath 283 Millionen tägliche Dosierungen von Nifedipin-haltigen Arzneimitteln verordnet. Legte man die beiden oben genannten Tagesdosierungskosten zugrunde, so wären mit

dem Adalat 687,7 Millionen Mark angefallen, mit dem Nifedipin Hexal 322,6 Millionen Mark – unter dem Strich ein Einsparpotential von 365,1 Millionen Mark.

Die Generica, auf die knapp 13 Prozent der Kassenverordnungen entfielen, werden also durch den neuen Paragraphen 35 im geplanten Gesetz eine wichtige Rolle als Kostendämpfungsinstrument zugeschrieben bekommen, schließlich wird sich der zu vereinbarenden Festbetrag im Bereich der Generica-Preise bewegen. Nun haben sich die Reformier schon Gedanken darüber gemacht, welchen Umfang des Arzneimittelmarkts die Stufe 1 des Paragraphen 35 im Gesundheitsreformgesetz haben wird, Schätzungen gehen von knapp 30 Prozent aus. Dies heißt nichts anderes, als daß für 30 Prozent des Arzneimittelmarkts Festbeträge schon heute denkbar sind, weil in diesem Marktsegment Generica angeboten werden. Reicht es aber schon, daß Generica angeboten werden?

In der Zwischenzeit ist eine gewisse Ernüchterung darüber eingetreten, in welchem Grad Generica als austauschfähige Alternativen gegenüber bislang bereits bestehenden medikamentösen Therapien betrachtet werden können. Pharmazeutische Technologen wissen sehr wohl, daß zwischen Tabletten mit den gleichen Wirkstoffen dramatische Unterschiede bezüglich der Auflösungsgeschwindigkeit und damit der Bioverfügbarkeit des Stoffes bestehen. Untersuchungen, die das Zentrallaboratorium Deutscher Apotheker durchführt, bestätigen dies immer wieder. So wurden kürzlich Untersuchungskurven von Glibenclamid-haltigen Arzneimitteln veröffentlicht, deren Wirkstoff aus exakt der gleichen Charge des Wirkstoffherstellers stammen. Nur, die Fertigarzneimittel kamen halt aus unter-

schiedlichen Firmen. Ergebnis: Nur 20 Prozent der untersuchten Arzneimittel lagen allein bei den Parametern der Bioverfügbarkeit des Stoffes in einem Bereich, der für eine Therapie akzeptabel genannt werden kann.

Einmal angenommen, die pharmazeutische Qualität der in den Markt gebrachten Produkte wäre vernünftig untersucht, zumal bei den von der WHO und der FDA, also der amerikanischen Arzneimittelbehörde, genannten Problemwirkstoffen, so könnte ein Festbetrag für die oben genannte Nifedipin-Behandlung ermittelt werden. Diese Kosten sind aber unterschiedlich je nach Packungsgröße, Dosierstärke und Applikationsform. Es wird sich also nicht vermeiden lassen, daß für jede einzelne Form der Nifedipin-Zubereitung ein eigener Festbetrag festgelegt werden muß. Dabei orientiert man sich möglicherweise an den vorhandenen Marktrealitäten: Es wäre zum Beispiel vorstellbar, bei den Generica die beiden teuersten und die beiden billigsten herauszunehmen und einen Festbetrag auf den Mittelwert der übriggebliebenen Produkte zu bilden, es wäre aber auch möglich, einen Mittelbetrag aus dem unteren Drittel der Generica-Angebote zu ermitteln.

Die Bevorzugung des Festbetrags eines Wirkstoffes wird noch dadurch unterstützt, daß der Patient bei der Verordnung eines generischen Arzneimittels mit einem Festbetrag keinen Gebührenanteil für das verordnete Arzneimittel zahlen muß. Dieser Anteil wird im übrigen von derzeit zwei auf dann drei Mark angehoben werden. Wenn der Patient allerdings nicht von seinem Original-Präparat lassen will, so muß er sowohl den Differenzbetrag zu dem Preis der Original-Packung zahlen, als auch die drei Mark Gebührenanteil. Eine Prognose darüber, wie sich der Patient, wenn auch zähneknirschend, entscheiden wird, fällt nicht schwer. Genial-teuflisch hat denn auch Eric von Davidson, der Vorsitzende des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, dieses Konzept der Marktstrukturierung genannt, schließlich wird dadurch den Original-Präparaten ein breiter Markt weggeräumt, der bis dato erhebliche Gewinne einbrachte. Patente und lange Patentlaufzeiten werden somit das höchste Gut, nach dem die pharmazeutischen Hersteller streben werden. Sie müssen erreichen, daß möglichst viele ihrer Produkte noch lange Zeit ohne Generica-



Konkurrenz und somit ohne Festbetragsregulierung im Markt sein können, damit die bisherigen paradiesischen Zustände erhalten bleiben.

Aber geht das Paradies wirklich so schnell verloren? Vor die Vertreibung der Pharma-Riesen ist zunächst der Schweiß der wissenschaftlichen Festbetragsregler gesetzt – wie schnell solche Festbeträge Verbindlichkeit bekommen können, steht zum Beispiel noch in den Sternen, denn es handelt sich wahrscheinlich um mehr als 600 Beträge. Dazu kommt auch, daß nach Meinung des Bundesrats die Festbetragsstufen 2 und 3 zu streichen seien.

Viel problematischer sind aber zwei Aspekte dieser Festbetragsregulierung, die sich in kürzester Zeit negativ für die einzelnen Patienten, aber auch für die Krankenkassen insgesamt auswirken dürften. Die Festbetrags-Regelung ist nämlich, gewissermaßen mit negativen Vorzeichen, gebunden an ein Selbstbeteiligungsmodell: Für alle Arzneimittel, für die kein Festbetrag vereinbart werden kann, muß nämlich ab 1991 eine Selbstbeteiligung vom Patienten aufgebracht werden, die im Bereich 10 bis 20 Prozent liegen dürfte und pro Arzneimittel wahrscheinlich 10 Mark übersteigen soll. Bei einem 20prozentigen Satz wären also die 10 Mark jeweils dann fällig, wenn das Arzneimittel im Endverkaufspreis teurer als 50 Mark wäre – gerade bei älteren Menschen mit der Notwendigkeit chronischer Behandlungen ist dieser Betrag sehr schnell erreicht.

Die zweiprozentige Rückzahlungsgrenze ist bis zu einer Einkommenshöhe von 54000 Mark (12mal die Beitragbemessungsgrenze von zur Zeit 4500 Mark pro Monat) vorgeschlagen, dies bedeutet, daß jedem 1080 Mark Selbstbeteiligung zugemutet werden, wenn er zum Beispiel im Arzneimitteltherapie-Bereich aus medizinisch gerechtfertigten Gründen kein festbetragsgeregeltes Arzneimittel verordnet bekommt. Solche Regelungen hat die SPD offensichtlich bei der Charakterisierung des „Reformgesetzes“ mit Recht als „Abkassierungsmodell“ kritisiert.

Eine andere Überlegung ist ebenso notwendig, weil sie wahrscheinlich in kürzester Zeit die Krankenkassen wieder in die Kostenexplosion hineinreiben wird: Das Festbetragsmodell der Stufe 1 umfaßt, wie bereits oben

Geht das Pharmaparadies verloren? Vor die Vertreibung der Hersteller ist zunächst der Schweiß der Festbetragsregler gesetzt

angedeutet, rund 30 Prozent des Arzneimittelmarktes. 70 Prozent blieben somit zunächst unreguliert.

Nun wäre es allerdings naiv anzunehmen, daß pharmazeutische Hersteller ohne Gegenmaßnahmen finanzielle Einbußen hinnehmen, wenn diese vielleicht durch Gegenstrategien aufgefangen werden könnten. Was wäre denkbar? Arzneimittelhersteller werden versuchen, mit sogenannten Innovationen, die oft genug unwesentliche Molekülvariationen darstellen, und gleichzeitig relativ eingegrenzten Indikationsbereichen die Festbetragsfähigkeit zu unterlaufen beziehungsweise zu erschweren. Solche „Innovationen“ hätten zunächst für den Wirkstoff den Vorteil, daß der Patentschutz das Angebot von Nachahmern behindert. Aber selbst wenn eine festbetragsfähige therapeutische Alternativ-Arzneimittelklasse vorhanden wäre, könnten durch enge Indikationen auch dem Arzt im Ausweichen auf Alternativen Grenzen gesetzt werden, weil seine Therapie nur in den zugelassenen Indikationen durch das Bundesgesundheitsamt auch rechtlich abgesichert ist.

Der zweite Aspekt dieser vermehrten Pseudo-Innovationstätigkeit wäre ein deutlich erhöhtes Preisgefüge für die neu in den Arzneimittelmarkt gebrachten Produkte. Und: Wenn schon vielen Firmen durch die Festbetragsregelung viele Verluste ins Haus stehen,

wer sollte sie dann daran hindern, in dem nicht regulierten Bereich des Arzneimittelmarktes einen „Ausgleich“ zu erwirtschaften, der auch den großen Firmen ihren Gewinn wie bisher beläßt?

Festbetragsregelungen sollten offensichtlich deutlich machen, daß die Politiker nicht länger gewillt sind, im Bereich der Arzneimittelkosten untätig zuzuschauen, sondern daß der Gewinnexpansion der pharmazeutischen Hersteller durchaus ein Riegel vorgeschoben werden sollte. Das nun vorgelegte Modell ist allerdings nicht nur von wenig überlegter Qualität, sondern geradezu antisozial, wenn an die Einbindung des Selbstbeteiligungsmodells gedacht wird. Die Beiträge der Versicherten im Rahmen dieses Selbstbeteiligungsmodells sind geregelt, die Preise der pharmazeutischen Hersteller für ihre Produkte in dem Nicht-Festbetrags-geregelten Bereich des Pharmamarktes bleiben weiterhin völlig unkontrolliert. Zudem bleibt die Struktur des Arzneimittelmarktes untangiert: Es ist zu erwarten, daß eine große Anzahl von nicht notwendigen „Innovationen“ auf den Markt drängt und somit die Transparenz weiter verschlechtert, es ist allerdings auch wahrscheinlich, daß im Rahmen der Festbetragsregulierungen noch mehr Generica als bisher den Markt verstopfen und ebenfalls eine in diesem Bereich eigene Intransparenz hervorrufen werden.

Von dem Gesundheits-Reformgesetz bleibt nicht einmal mehr der kleinste Reformansatz übrig, und sogar als Kostendämpfungsgesetz ist es das schlechteste aller bisher vorgestellten Kostendämpfungs-Gesetze: Diese hatten nämlich zumindest einige Jahre dafür gesorgt, daß die Kosten nach ihrem Inkrafttreten tatsächlich absanken, das „Gesundheits-Reformgesetz“ ist allerdings eines, das bereits im Vorwege viele Kosten explodieren läßt! In der Presse hat sich dies als „Blüm-Bauch“ begrifflich niedergeschlagen, in Wahrheit ist es die letzte Möglichkeit der Versicherten, dem durch die Selbstbeteiligung geforderten Mehrbeitrag zu seinen bereits gezahlten Versicherungsbeiträgen zu entgehen. Solange kein durchgreifendes Konzept am Markt etabliert wird, wie zum Beispiel eine Positiv-Liste für Arzneimittel mit gleichzeitigen Preisverhandlungen, solange wird es nie eine wirkliche Strukturreform im Sinne eines Ausgleichs zwischen Anbietern und Nachfragern geben. □

Flaschenhals

AiP wird rechtskräftig

**Fast alle sind dagegen,
gemacht wird es doch.**

Rita Süßmuth bleibt hockbeinig

Am 1. Juli dieses Jahres wird die Einführung der Arzt-im-Praktikum-Phase rechtskräftig. Von diesem Zeitpunkt an wird den Studierenden der Medizin die ärztliche Approbation nicht mehr nach Abschluß ihres mindestens sechsjährigen Studiums erteilt, sondern erst nach Ableistung der 18 Monate langen AiP-Phase. Diese soll „unter Anleitung“ in Krankenhäusern, bei niedergelassenen Ärzten, Gesundheitsämtern, aber auch in Abteilungen der Pathologie, Anatomie, in Versorgungsämtern oder in Labors von Ministerien absolviert werden.

Um die AiP-Stellen zu finanzieren, sollen bisherige Assistenzarztstellen im Verhältnis 1:2 in AiP-Stellen umgewandelt werden. Um genügend solcher Stellen zu schaffen, müssen 30 Prozent der Assistenzarztstellen umgewandelt werden, was eine Einschränkung der Weiterbildungsmöglichkeiten und damit auch der fertigen Fachärzte im gleichen Umfang zur Folge hätte. Da ab 1995 EG-weit die Niederlassung nur noch nach abgeschlossener Weiterbildung erfolgen darf, droht für viele von uns die Arbeitslosigkeit als konkrete Zukunft.

Schon heute werden Assistenzarztstellen für die Einstellung der AiP-ler, die Ende Oktober bis Anfang November erfolgen soll, gesperrt. Diese Ärztinnen und Ärzte fehlen schon jetzt in der Patientenversorgung. Und von Oktober beziehungsweise November an werden weitere erfahrene Assistenzärztinnen und Ärzte durch Berufsanfänger ersetzt. Die Qualität der Patientenversorgung wird darunter leiden. Berufsanfänger können nicht jahrelang weitergebildete Assistenzärzte ersetzen.

Wollte die Bundesregierung für jeden Medizinstudenten eine AiP-Stelle schaffen, so müßte ein Drittel der Assistenzärzte gehen. Und damit verringern sich dann auch die Weiterbil-

dungsstellen, die nach der AiP-Zeit benötigt werden. Sie werden nur noch für eine ausgewählte kleine Anzahl vorhanden sein.

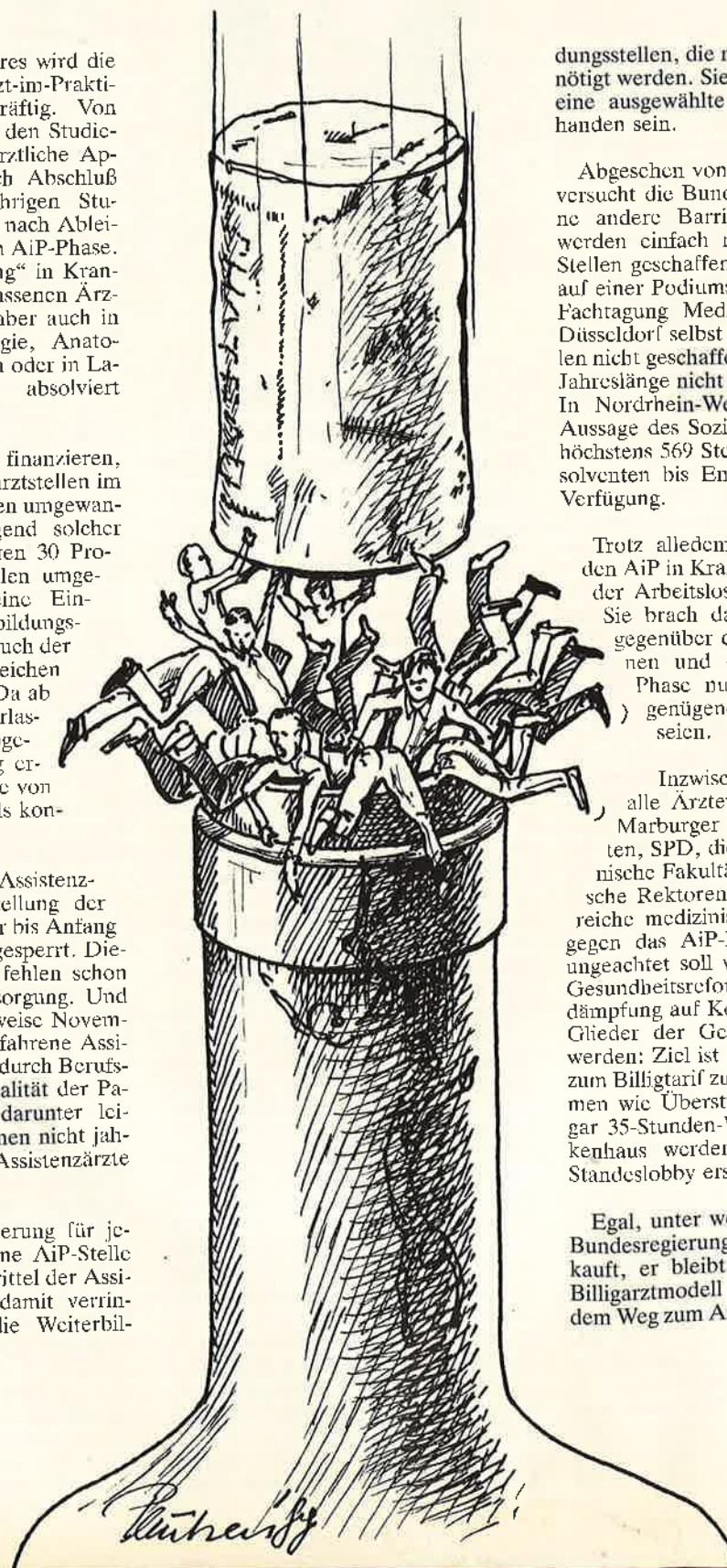
Abgesehen von diesem Flaschenhals versucht die Bundesregierung noch eine andere Barriere aufzubauen: Es werden einfach nicht genügend AiP-Stellen geschaffen. Frau Süßmuth gab auf einer Podiumsdiskussion der VDS-Fachtagung Medizin am 24. Mai in Düsseldorf selbst zu, daß die AiP-Stellen nicht geschaffen und Wartezeiten in Jahreslänge nicht auszuschließen seien. In Nordrhein-Westfalen stehen nach Aussage des Sozialministeriums bisher höchstens 569 Stellen für die 1300 Absolventen bis Ende dieses Jahres zur Verfügung.

Trotz alledem will Rita Süßmuth den AiP in Kraft setzen, um uns „vor der Arbeitslosigkeit zu bewahren“. Sie brach damit ihr Versprechen gegenüber den Medizinstudentinnen und -studenten, die AiP-Phase nur einzuführen, wenn genügend Stellen vorhanden seien.

Inzwischen sprechen sich fast alle Arztverbände (außer dem Marburger Bund), Gewerkschaften, SPD, die Grünen, der medizinische Fakultätentag, die Westdeutsche Rektorenkonferenz sowie zahlreiche medizinische Fachbereichsräte gegen das AiP-Konzept aus. Dessen ungeachtet soll wie beim sogenannten Gesundheitsreformgesetz Kostendämpfung auf Kosten der schwächeren Glieder der Gesellschaft ausgetragen werden: Ziel ist es, wenige neue Ärzte zum Billigtarif zu bekommen. Maßnahmen wie Überstundenabbau, 40- oder gar 35-Stunden-Woche auch im Krankenhaus werden wegen der starken Standeslobby erst gar nicht erwogen.

Egal, unter welcher Verpackung die Bundesregierung den AiP gerade verkauft, er bleibt das, was er ist: Ein Billigarztmodell und Flaschenhals auf dem Weg zum Arztberuf. □

Reinhard Busse, Lioba Hinricher, Germanus Hungeling und Antje Möring, die Autoren des Artikels, sind Mitglieder der Fachschaft Medizin in Marburg, die zur Zeit das VDS-Fachsekretariat stellt.



Mißbrauch angelegt

yn – Die Bundestagsfraktion der Grünen hatte für den 20. Mai zu einer Anhörung zur Sterilisation geistig Behinderter geladen. Ein hoffentlich erfolgreicher Versuch, auf den kürzlich vorgelegten Vorentwurf für eine gesetzliche Regelung Einfluß zu nehmen

„1000 Mark“, so Professor Dörner in seinem Eingangstatemnt, „biete er demjenigen, der ihm einen Fall nennen könne, in dem eine Sterilisation unumgänglich sei“. Nach seiner Ansicht gebe es überhaupt keinen Bedarf, die Frage der Sterilisation Einwilligungsunfähiger gesetzlich zu regeln, das Justizministerium verstoße mit seinem Vorschlag gegen die eigene Norm, nur bei Erfordernis gesetzlich einzugreifen.

Tatsächlich schätzt auch Benno Kiermeier, Ministerialrat im Justizministerium und Mitarbeiter der Arbeitsgruppe, die den Diskussionsentwurf vorgelegt hat, die Notwendigkeit der Sterilisation Einwilligungsunfähiger gering ein. Nach den Indikationen des Entwurfs seien es weniger als 100 Fälle im Jahr. Dennoch sieht er einen Regelungsbedarf. Ein Entwurf für ein Betreuungsgesetz, so Kiermeier, der alle Belange der Pflegschaft im finanziellen Bereich kläre, dürfe sich nicht aus der Sterilisationsdebatte davonestehlen. Außerdem gebe es eine große Rechtsunsicherheit, da sich bislang verschiedene Gerichte nicht eindeutig geäußert hätten.

Nach Schätzungen des Ministeriums kommt es in dieser „Grauzone“ zu jährlich 1000 Sterilisationen bei einwilligungsunfähigen geistig behinderten Menschen. Und Therese Neuer-Miebach von der Bundesvereinigung Lebenshilfe bestätigte, daß ihren Verband eine Reihe von Einzelanfragen und -berichten über geplante oder durchge-

führte Sterilisationen erreichten. Erschreckend sei dabei die fehlende Information über andere Verhütungsmaßnahmen sowie die zunehmende Anzahl von Anfragen zur Sterilisation Minderjähriger.

Eine Grauzone, die es eigentlich nicht geben dürfte, denn die Sterilisation ohne Einwilligung ist mit Ausnahme einer Gefahr für Leib und Leben der Betroffenen verboten. Außerdem hatte 1982 das Oberlandesgericht Hamm erklärt, daß es keine gesetzliche „Grundlage für die Erteilung einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung zur Einwilligung des Vormundes in die Sterilisation einer entmündigten geistesschwachen Frau“ gebe. Das Gericht verkenne zwar nicht das verständliche Interesse der Eltern, jedoch habe „der Gesetzgeber sich bisher nicht entschließen können, die Sterilisation in derartigen Fällen zu gestatten.“ Das Problem ist eher, daß sich bislang noch kein Gericht in einem Strafverfahren an diesem Thema die Finger verbrennen wollte.

Professor Dörner, zunächst Befürworter eines Moratoriums, das eine weitere Diskussion des Themas ermöglichen sollte, sah durch den Vorstoß des Ministeriums diese Chance vertan. Nun könne man nur noch ein Verbot fordern.

Ingrid Häusler, grüne Kommunalpolitikerin in München und Mutter eines schwer geistig behinderten Jungen, wies in der Diskussion auf die Probleme der Eltern behinderter Kinder hin. Ihr stoße vor allem sauer auf, daß Eltern, die in der Sterilisation ihrer Kinder die einzige Chance sähen, ihnen Sexualität zu ermöglichen, im Kreuzfeuer der Kritik stünden. Sie wünsche sich eine ähnliche Entrüstung über eine Sozialgesetzlichkeit, die die Eltern mit ihren Problemen allein lasse.

Die Aufforderung Christa Nickels zu Beginn der Diskussion, die Eltern möchten bei ihren Forderungen bitte die ge-

sellchaftlichen Folgen nicht außer acht lassen, hielt auch sie für berechtigt, beklagte aber, daß diese Forderung den Eltern mangelnde Objektivität unterstelle. Immer werde nur den Experten und Gutachtern Objektivität zugeschrieben, wie auch im Entwurf des Ministeriums, in dem die Eltern bei der Entscheidung nicht einmal gehört werden müssen. Es sei in bestimmten Fällen nicht zu umgehen, eine Sterilisation Einwilligungsunfähiger zuzulassen, erklärte Häusler in ihrem Schlußwort, „aber ich sehe auch deutlich Mißbrauchsmöglichkeiten.“

„Mißbrauch“, so Michael Wunder von der Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit und Soziales der Grünen, „ist nicht das Problem, sondern der Gebrauch des Gesetzes.“ Alle Möglichkeiten der Ausweitung seien bereits angelegt, da böten auch die Durchführungsbestimmungen keinen Schutz, wie die Geschichte gezeigt habe. Besonders kritisierte er – ebenso wie Therese Neuer-Miebach – die Anlehnung der Indikation für eine Sterilisation an den Paragraphen 218a. Mache dies doch deutlich, daß es um die Sterilisation von Frauen geht. Zwar schließt der Entwurf die Sterilisation von Männern nicht aus, doch bedurfte es enormer geistiger Klimmzüge in der Begründung, eine Indikation nach dem Paragraphen 218 auf den Mann anzuwenden.

Die Kritik Wunders geht jedoch darüber hinaus. Während der Paragraph 218 eine individuelle Entscheidung einer Frau zulasse, werde nun von Dritten bestimmt, wann eine Notlage gegeben sei. Hier liege ein Kippunkt, der auch für die Diskussion um die Sterbehilfe bedeutsam sei, die Verschiebung einer individuellen hin zu einer gesellschaftlichen Entscheidung. In einem solchen Kriterienkatalog für eine „gesellschaftliche Zumutbarkeit“ sah Christa Nickels noch eine ganz andere Gefahr: Die Abtreibung nach eugenischer Indikation als gesellschaftliche Pflicht der Frauen. □

Teilnehmer der Anhörung waren unter anderem Therese Neuer-Miebach, Lebenshilfe, Benno Kiermeier, Bundesjustizministerium, und Christa Nickels, Grünen-MdB (oben, v. l. n. r.) sowie Klaus Dörner, ärztlicher Leiter des Landeskrankenhauses Gütersloh, Michael Wunder, Bundesarbeitsgemeinschaft „Gesundheit“ der Grünen, und Ingrid Häusler, Grüne Kommunalpolitikerin und Mutter eines schwer geistig behinderten Jungen (unten, v. l. n. r.).



Editorial

ud – Wie geht eine Gesellschaft mit ihren Verletzlichsten und Verletztesten um? Welche Möglichkeiten gibt sie Menschen mit schwerer körperlicher und geistiger Krankheit oder Behinderung? Wie ist es um die Verwirklichung ihrer Grund- und Menschenrechte bestellt? An der Antwort auf genau diese Fragen mißt sich die Moralität einer Gesellschaft zu allererst.

Die Diskussion um die Sterilisation „Nicht-Einwilligungsfähiger“ greift endlich den Umgang mit den ehemals als „Schwachsinnige und Idioten“ Bezeichneten unter eben diesem Aspekt auf. Deutlich gesagt wird auch, daß es um die Beschneidung oder Nicht-Beschneidung der Grundrechte von nahezu ausschließlich Frauen geht. Die kontroversen Positionen der Bundesvereinigung „Lebenshilfe“, eines Vertreters der im Bundesjustizministerium mit dem Thema befaßten Arbeitsgruppe und des Arbeitskreises zur Aufarbeitung der Geschichte der Euthanasie wurden jetzt auf einer Expertenanhörung der grünen Bundestagsfraktion vorgetragen. Die Kontrahenten sprachen, und das war offensichtlich, im Bewußtsein der Bedeutung, die dieses Problem des Umgangs mit einer kleinen Minderheit hat. Sicher ein seltenes Ereignis in der Politik, das wir mit dem Abdruck der Diskussionsbeiträge würdigen möchten, auch wenn wir uns im klaren darüber sind, daß die letztendliche politische Entscheidung sich weniger an der Verwirklichung von Menschenrechten orientieren wird als an den Kosten, die diese verursacht.

Man wünschte sich eine Auseinandersetzung gleichen Niveaus und ihm entsprechende politische Lösungen auch dort, wo es um die alltäglichen Lebensbedingungen der Betroffenen – und dazu gehören auch ihre Eltern – geht. Ohne dies bliebe ein Verbot der Sterilisation „Nicht-Einwilligungsfähiger“, dem unsere Zustimmung gilt, ein Grundsatz mit einem zwar hohen moralischen Anspruch, der aber die Interessen und Rechte der betreuenden Eltern ausklammert.

Zur Problematik der Sterilisation einwilligungs-unfähiger Menschen

Vom Bundesministerium der Justiz

Vom Bundesjustizministerium nahm Regierungsdirektor Benno Kiermeier an der Diskussion teil. Er ist Mitglied der Arbeitsgruppe, die den Diskusstellentwurf des Ministeriums vorbereitet hatte. Die Genehmigung zum Abdruck seines Statements erreichte uns erst nach Redaktionsschluß. Wir dokumentieren deshalb in Auszügen die „Einführenden Bemerkungen des BMJ zu dem Entwurf, die weitgehend den Ausführungen Kiermeiers entsprechen.

Bei der besonderen Aufmerksamkeit, welche die Arbeitsgruppe den Fragen der Personensorge gewidmet hat, konnte sie die Sterilisation Betreuer aus ihren Erörterungen nicht ausklammern. Die Sterilisation ist ein sehr schwerer Eingriff nicht nur in die körperliche Integrität, sondern in die gesamte Lebensführung. Verbesserte Möglichkeiten, den Eingriff rückgängig zu machen, ändern hieran nichts. Neuere medizinische Erkenntnisse gehen zwar davon aus, daß bei einer entsprechenden Durchführung des Eingriffs in 50% bis 60% der Fälle eine Refertilisationsmöglichkeit besteht; teilweise werden Quoten bis zu 70% angegeben. Hieraus kann allerdings nicht der Schluß gezogen werden, daß die Sterilisation nicht mehr zu den schweren Eingriffen zählt. Die Wahrscheinlichkeit, daß der Eingriff rückgängig gemacht werden kann, ist noch nicht annähernd so hoch, als daß angenommen werden könnte, die Sterilisation würde bei gewöhnlichem Verlauf der Dinge nicht zu einer ernsthaften Gefahr dauernder Fortpflanzungsunfähigkeit führen.

Schon bei den ersten Erörterungen der Arbeitsgruppe hat sich gezeigt, daß es problematisch ist, die Vormundschaftsreform mit einer Sterilisationsdebatte zu verbinden:

In Deutschland sind – mehr als anderswo – gute Gründe für ein völliges Verbot der Sterilisation Betreuer denkbar. Gerade in Deutschland hat sich gezeigt, in welchem Maße Rechtsvorschriften – auch wenn sie Eingriffe durch materielle Eingriffsvoraussetzungen begrenzen und verfahrensrechtliche Garantien vorsehen – mißbraucht werden können. Die Erfahrungen mit den Zwangssterilisationen des Dritten Reiches auf Grund des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 (RGBl. I S. 529) sind hier eine deutliche Mahnung. Sie mahnen zu besonderer Vorsicht bei der Anwendung von Zwang und der Sterilisation Minderjähriger. Außerdem fordern sie eine ernste, vorurteilsfreie und gründliche Auseinandersetzung mit dem Lebensschicksal der Betroffenen, das bei der Anwendung des Erbgesundheitsgesetzes außer Betracht blieb. Dort wurde vermeintlichen Interessen der Allgemeinheit an der Verhütung erbkranken

Nachwuchses ausdrücklich der Vorrang vor den Interessen der Betroffenen eingeräumt.

Das Lebensschicksal der Betroffenen muß bei der Erörterung, welche Mißbräuche möglich sind, im Vordergrund stehen. Deshalb dürfen die Überlegungen nicht auf die Mißbrauchbarkeit einer etwaigen gesetzlichen Regelung verengt werden. Vielmehr ist auch zu fragen, welche Mißbrauchsmöglichkeiten das Fehlen einer gesetzlichen Regelung eröffnet, insbesondere dann, wenn die Rechtslage unklar ist und damit Freiräume für die Praxis schafft, die ohne besondere gesetzliche Bindungen und ohne gerichtliche Überwachung ausgefüllt werden können. Auch die Forderung nach einem völligen Verbot der Einwilligung eines Betreuers in die Sterilisation eines einwilligungs-unfähigen Betreuten muß sich die Frage gefallen lassen, welche Mißbrauchsmöglichkeiten hierin liegen. Solche Mißbrauchsmöglichkeiten könnten sich daraus ergeben, daß ein Sterilisationsverbot zum Anlaß wird, Sexualität bei geistig Behinderten zu unterbinden. Soweit dies nicht geschieht, sind Mißbrauchsmöglichkeiten auch dadurch denkbar, daß Sexualität zwar ermöglicht wird, Notlagen, die hieraus bei einer Schwangerschaft entstehen können, aber hingenommen werden.

(...)

Trotzdem hält es der Entwurf für nötig, Regelungen über die Einwilligung des Betreuers in eine Sterilisation des Betreuten zur Erörterung zu stellen:

– Der vorliegende Entwurf ist ein Diskussionsbeitrag. Er kann und will die Entscheidung, ob und gegebenenfalls welche Vorschläge zur Regelung der Einwilligung eines Betreuers in die Sterilisation eines Betreuten den gesetzgebenden Körperschaften vorgelegt werden, nur vorbereiten, aber nicht vorwegnehmen. (...)

– Bei [dem] kontroversen Stand der Diskussion, der auch die Unsicherheit der geltenden Rechtslage widerspiegelt, kann es nicht angehen, daß der Entwurf zu einem so wichtigen Bereich der Personensorge, wie es die Einwilligung des Be-

treuers in eine Sterilisation des Betreuten ist, schweigt. (...) Ein Betreuungsrecht, das den Betreuten als Persönlichkeit ernst nimmt und die Sexualität von Behinderten nicht verdrängt, sondern als therapeutisch wertvollen Lebensbestandteil akzeptiert, kann die Sterilisationsdiskussion nicht ausklammern.

In dieser Situation hat sich die Arbeitsgruppe bemüht, rechtstatsächliche Kenntnisse nicht nur aus der Literatur, sondern auch aus der Erörterung mit Fachleuten und Betroffenen zu erlangen. Hierbei hat sich gezeigt, daß sich die Sterilisation geistig Behinderter gegenwärtig in einer Grauzone vollzieht, deren Größenordnung kaum annähernd geschätzt werden kann. Statistiken bestehen nicht; Schätzungen sind weitgehend unsicher. Es wird vermutet, daß gegenwärtig in der Bundesrepublik etwa 30.000 bis 50.000 Frauen jährlich sterilisiert werden. Wie hoch der Anteil geistig behinderter Frauen hieran ist, läßt sich schwer abschätzen. Die Sterilisation wird aber wohl weitgehend nur als äußerstes Mittel zur Empfängnisverhütung akzeptiert. Da Nichtbehinderte eher als Behinderte in der Lage sind, andere Verhütungsmethoden zu praktizieren, liegt die Vermutung nahe, daß Sterilisationen bei Behinderten sehr viel häufiger durchgeführt werden als bei Nichtbehinderten. Eine Zahl von mehr als 1.000 Sterilisationen einwilligungsunfähiger Behindertener pro Jahr dürfte trotz aller Unwägbarkeiten einer solchen Schätzung nicht unrealistisch sein. Betroffen sind wohl ganz überwiegend geistig Behinderte. Psychisch Kranke sind oft in der Lage, eine Schwangerschaft mit anderen Empfängnisverhütungsmethoden zu verhindern. Auch bestehen bei ihnen vielfach gute Chancen, daß sie, soweit sie einwilligungsunfähig sind, künftig wieder einwilligungsfähig werden. In solchen Fällen nimmt die ärztliche Praxis – soweit erkennbar – von der Sterilisation meist Abstand. Anzunehmen ist, daß von der gegenwärtigen Sterilisationspraxis nicht nur Volljährige betroffen sind. Zumindest in Gesprächen mit Fachleuten und Betroffenen wird deutlich, daß Sterilisationen Minderjähriger stattfanden und stattfinden. (...)

Ein Entwurf, der den Erforderlichkeitsgrundsatz zu einer seiner wichtigsten Leitlinien erhoben hat, muß für den Fall einer gesetzlichen Regelung davon ausgehen, daß die Rechtsbeeinträchtigung, die in der Einwilligung des Betreuers in eine Sterilisation des Betreuten liegt, grundsätzlich zu verbieten ist, soweit eine Ausnahme von diesem Verbot nicht erforderlich ist. Im Hinblick hierauf stellt der Entwurf (...) eine Regelung zur Erörterung, die auf folgenden Überlegungen beruht:

a) Keine Regelung für Nichtbetreute und einwilligungsfähige Betreute

Der Bundesgerichtshof hat bereits im Jahre 1964 entschieden, daß die freiwillige Sterilisation eines Einwilligungsfähigen keinen Straftatbestand erfüllt. (...)

Auch für die Sterilisation einwilligungsfähiger Betreuter ist eine Regelung nicht erforderlich. Sie wäre mit dem System des vorgeschlagenen Betreuungsrechts nicht vereinbar. Ein Betreuer ist nur für eine Angelegenheit zu bestellen, die ein Betroffener nicht selbst erledigen kann. Wer für die Sterilisation einwilligungsfähig ist, ist insoweit nicht betreuungsbedürftig; ihm kann schon nach dem Erforderlichkeitsgrundsatz kein Betreuer zugewiesen werden, in dessen Aufgabenkreis die Einwilligung in die Sterilisation fällt.

Der Entwurf schlägt daher – ebenso wie die Fraktion der SPD im Deutschen Bundestag (Bundestags-Drucksache 11/669 S. 7) und der Vorentwurf der GRÜNEN (§ 3 Abs. 5) – eine Regelung für die Sterilisation Nichtbetreuter oder einwilligungsfähiger Betreuter nicht vor.

b) Rechtsunsicherheit bei einwilligungsunfähigen Betreuten

Vermag eine Person Art, Bedeutung und Tragweite des mit der Sterilisation verbundenen Eingriffs nicht zu erfassen oder ihren Willen nicht hiernach zu bestimmen, so stellt sich die Frage, ob anstelle dieser nicht einwilligungsfähigen Person der gesetzliche Vertreter einwilligen kann und ob die Einwilligung der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bedarf. Gerichte hatten diese Frage mehrfach zu entscheiden. Die Rechtsprechung ist – ebenso wie die Literatur – recht uneinheitlich. (...)

Diese Rechtsunsicherheit schafft zu Lasten der Betreuten eine Grauzone für die Praxis, die ohne klare gesetzliche Bindungen und ohne gerichtliche Überwachung ausgefüllt werden kann und auch ausgefüllt wird. Anzeichen dafür, daß es zu einer einheitlichen Rechtsprechung und Praxis kommen könnte, bestehen nicht. Nur der Gesetzgeber kann hier Abhilfe schaffen.

c) Keine Sterilisation im „Interesse“ der Allgemeinheit

Neuere medizinische Erkenntnisse zeigen, daß die Kinder geistig Behinderter in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht selbst behindert sind. Ungeachtet dessen wurde vor allem in der Vergangenheit die Frage aufgeworfen, ob die Fortpflanzung geistig Behinderter nicht im Interesse der Allgemeinheit, die überwiegend die „Lasten“ der Geburt von Behinderten zu tragen habe, durch Sterilisation unterbunden werden müsse.

Der Entwurf erteilt solchen Überlegungen eine klare Absage. Der Wert menschlichen – auch behinderten – Lebens darf nicht unter fiskalischen Erwägungen bezweifelt werden. Auch steht es dem Staat nicht zu, zwischen vermeintlich „wertvollere“ und „weniger wertvollem“ Leben zu unterscheiden und letzteres aus einem sogenannten Interesse der Allgemeinheit verhindern zu wollen. Eine Sterilisation nicht einwilligungsfähiger Betreuter im „Interesse der Allgemeinheit“ wäre im übrigen mit der Grundkonzeption des Entwurfs, Hilfen für die Betroffenen anzubieten, nicht vereinbar.

d) Keine Sterilisation im „Interesse“ von Verwandten

Auch geistig Behinderte sollen ihre Kinder selbst pflegen und erziehen, soweit dies – und sei es auch unter Mithilfe anderer Personen – möglich ist. Es gibt aber Fälle, in denen die Behinderung so schwer ist, daß eine solche Möglichkeit ausscheidet. In solchen Fällen sehen sich Verwandte – insbesondere die Eltern – von Behinderten oft in die Pflicht genommen, die Sorge für das Kind selbst zu übernehmen. In der Arbeitsgruppe wurde nicht verkannt, welche erheblichen Belastungen hierbei entstehen können, vor allem wenn Eltern, die selbst ein behindertes Kind großgezogen haben, sich nunmehr um ein – und sei es auch nicht behindertes – Enkelkind kümmern sollen. Dennoch läßt der Entwurf die Interessen Verwandter außer Betracht. Dies entspricht zum einen den allgemeinen Zielen des Betreuungsrechts, das dem Wohl des Betroffenen dienen will. Zum anderen läßt es auch die Schwere der mit der Sterilisation verbundenen Folgen nicht zu, Sterilisationen Einwilligungsfähiger zu erlauben, die nicht zur Verwirklichung ihres eigenen Wohls dienen. (...)

e) Keine Sterilisation im „Interesse“ des ungeborenen Kindes

Kinder Behinderter sind in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht selbst behindert. Wegen der

Möglichkeit, daß sie aber im Einzelfall behindert zur Welt kommen könnten, wurde mitunter erwogen, die Sterilisation „zum Wohl“ solcher Kinder zuzulassen.

Solche Erwägungen, denen der Entwurf ebenfalls eine klare Absage erteilt, gehen davon aus, daß es ein „Wohl“ ungeborener „Kinder“ gebe, das darin bestehe, niemals zu existieren. Ein solches „Wohl“ kann nicht anerkannt werden. Der Staat darf sich nicht anmaßen, die Nichtexistenz behinderten Lebens höher zu bewerten als menschliches – und sei es auch behindertes – Leben.

f) Verbot der Zwangssterilisation

Nach den aufgezeigten Überlegungen kommt eine Einwilligung des Betreuers in die Sterilisation bei einwilligungsunfähigen Betreuten deshalb nur zum Wohl der Betreuten selbst in Betracht. Auch Betreute haben ein Recht darauf, Sexualität ohne Furcht vor ungewollter und unverantwortbarer Schwangerschaft zu leben. Behinderte sollen nicht vor die Alternative gestellt werden, entweder sexuelle Kontakte, die zur Schwangerschaft führen können, zu meiden oder schwere Notlagen, die mit der Schwangerschaft verbunden sein können, in Kauf zu nehmen.

Mit der Anwendung von Zwang erhält der Eingriff der Sterilisation demgegenüber eine völlig neue Dimension. Zwangssterilisationen werden nicht als Mittel zur Verwirklichung des Wohls der Betroffenen angesehen; sie können auch zu schweren seelischen Schädigungen bei den Betroffenen führen. Der Entwurf verbietet deshalb Zwangssterilisationen – nicht nur im Hinblick auf die Erfahrungen mit der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft.

Das Verbot der Zwangssterilisation ist allerdings in jenen seltenen Ausnahmefällen nicht unproblematisch, in denen eine Schwangerschaft zu einer Lebensgefahr oder schweren Gesundheitsgefahr für die betroffene Frau führen würde. Hier sind Fälle vorstellbar, in denen bei Verzicht auf eine Sterilisation die Schwangerschaft nur durch andere Zwangsmaßnahmen, insbesondere durch eine Unterbringung, verhindert werden könnte. Der Entwurf sieht auch für solche Extremfälle keine Ausnahme vom Verbot der Zwangssterilisation vor. Er hält eine Unterbringung, die jederzeit rückgängig gemacht werden kann, für den geringeren Eingriff als eine Sterilisation, die nur dadurch verwirklicht werden kann, daß der Wille der Betroffenen gewaltsam gebrochen wird.

g) Verbot der Sterilisation vorübergehend Einwilligungsfähiger

Betreute sollen über die Sterilisation selbst entscheiden, soweit dies möglich ist. Bei vorübergehend Einwilligungsfähigen soll es dem Betreuer daher nicht möglich sein, in eine Sterilisation einzuwilligen. Vorübergehende Defizite sollen hier nicht mit einem endgültigen Eingriff verbunden werden; vielmehr ist abzuwarten, bis die Betroffenen wieder einwilligungsfähig sind und über die Sterilisation selbst entscheiden können.

Durch das Verbot der Sterilisation von nur vorübergehend Einwilligungsfähigen soll auch verhindert werden, daß Möglichkeiten zur Verringerung oder Beseitigung der Behinderung nicht hinreichend genutzt werden, ehe die Sterilisation durchgeführt wird. Sterilisation kann gegenüber anderen helfenden Maßnahmen nur immer das letzte Mittel zur Verhinderung von Not sein.

h) Verbot der Sterilisation Minderjähriger

Ob die Einwilligungsfähigkeit von Dauer sein wird, wird sich im Einzelfall nicht leicht beurteilen

lassen. Die Prognose wird um so schwerer sein, je jünger die Betroffenen sind. Auch sonst werden sich Erforderlichkeit und Auswirkungen der Sterilisation bei jungen Betroffenen schwer abschätzen lassen. Es stellt sich deshalb die Frage, ob eine Altersgrenze für die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters in eine Sterilisation erforderlich ist. (...) Für nicht einwilligungsfähige Betreute, bei denen die Schwangerschaft zu einer Notlage führen könnte, ist eine Altersgrenze von fünfundzwanzig Jahren zu eng; sie würde Sterilisation für eine lange Zeit nach Eintritt der Geschlechtsreife verbieten.

Der Entwurf hält es aber für notwendig, die Sterilisation Minderjähriger zu untersagen. Während der Minderjährigkeit werden sich Erforderlichkeit und Auswirkungen der Sterilisation besonders schwer beurteilen lassen. Auch besteht bei behinderten Kindern die Gefahr, daß die Sterilisation „vorsorglich“ schon während der Minderjährigkeit durchgeführt wird, wenn das Gesetz – wie im Entwurf vorgesehen – die Sterilisation volljähriger

Betreuer, die nicht einwilligungsfähig sind, nur in engen Ausnahmefällen zuläßt.

j) Vorrang anderer Empfängnisverhütungsmethoden

Auch einwilligungsunfähige Betreute sind teilweise in der Lage, eine Schwangerschaft durch andere Methoden als Sterilisation – etwa durch mechanische oder chemische Mittel – zu verhüten. Soweit solche Mittel zumutbar sind, darf der Betreuer in eine Sterilisation nicht einwilligen. Über die Zumutbarkeit entscheiden die Umstände des Einzelfalles, insbesondere etwa im Einzelfall zu erwartende Nebenwirkungen.

Besondere Bedeutung kommt hier sexualpädagogischen Maßnahmen zu. Die hier bestehenden Möglichkeiten sind auszuschöpfen, ehe eine Sterilisation in Betracht gezogen werden kann.

k) Konkrete Schwangerschaftserwartung

Eine Einwilligung des Betreuers in eine Sterilisation kann nur zur Vermeidung von Notlagen, die durch eine Schwangerschaft entstehen könnten, in Betracht kommen. Wegen des Erforderlichkeitsgrundsatzes kann eine solche Gefahr der Notlage nur berücksichtigt werden, wenn sie konkret und ernstlich ist. Dies bedeutet auch, daß die bloße Möglichkeit einer Schwangerschaft noch keine hinreichende Grundlage für die Sterilisation ist. Ein erheblicher Teil der geistig Behinderten ist sexuell nicht oder nicht in einer Weise aktiv, die eine Schwangerschaft erwarten ließe. Es wäre nicht gerechtfertigt, solche Personen „vorsorglich“ zu sterilisieren, um auch für weniger wahrscheinliche Situationen – etwa die Gefahr einer Vergewaltigung – eine Schwangerschaft zu verhüten. (...)

l) Notlage

Wenn eine Einwilligung des Betreuers in einer Sterilisation nur zur Abwendung einer mit der Schwangerschaft verbundenen Notlage in Betracht kommen kann, so ist zu entscheiden, welche Notlagen hier berücksichtigt werden können. Nach den Erörterungen in der Arbeitsgruppe können dies wegen der Schwere des mit der Sterilisation verbundenen Eingriffs nur ganz erhebliche Notlagen sein.

Welche Notlagen ganz erheblich sind, hat der Gesetzgeber in anderem Zusammenhang geregelt. Er läßt in § 218 a StGB den Schwangerschaftsabbruch in bestimmten Fällen straffrei. Dies gilt nicht nur, wenn die Schwangere einwilligungsfähig ist. (...)

Den in § 218 a StGB geschilderten Notlagen ist gemeinsam, daß dort nur Notlagen für die Schwangere berücksichtigt werden, nicht jedoch Interessen Dritter oder der Allgemeinheit. Da nach den Erörterungen in der Arbeitsgruppe ebenfalls nur Notlagen für die Schwangere eine Einwilligung des Betreuers in eine Sterilisation rechtfertigen können, besteht eine Ähnlichkeit dieser Notlagen zu den in § 218 a StGB aufgeführten. Hierbei ist zunächst festzustellen, daß durch die Sterilisation eine Notlage, die einen Schwangerschaftsabbruch straffrei macht, und damit der Schwangerschaftsabbruch selbst verhindert werden kann. Umgekehrt kann das Unterlassen einer Sterilisation dazu führen, daß solche Notlagen auftreten und entweder durch Schwangerschaftsabbruch beseitigt oder von der Schwangeren durchgestanden werden.

Bei den einzelnen Indikationen des § 218 a StGB ist zunächst festzustellen, daß die sogenannte „kriminologische“ Indikation des § 218 a Abs. 2 Nr. 2 StGB kein Grund für eine Sterilisation sein kann. Die kriminologische Indikation ist gegeben, wenn die Schwangerschaft auf einer an der Be-

troffenen verübten Tat nach den §§ 176 bis 179 StGB (z. B. Vergewaltigung) beruht. Hier wird sich bei der Prüfung, ob eine Sterilisation gerechtfertigt ist, in aller Regel schon keine hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür feststellen lassen, daß an der Betroffenen künftig eine solche Tat verübt werden wird. Selbst wenn eine solche Wahrscheinlichkeit bestünde, müßte die Tat durch vorbeugende Verbrechensbekämpfung verhindert werden; zur Rechtfertigung einer Sterilisation kann sie nicht herangezogen werden.

Im übrigen sind die in § 218 a StGB aufgeführten Notlagen jedenfalls schon deshalb von Bedeutung, weil sie zeigen, in welchen Fällen der Gesetzgeber der Schwangeren den Fortbestand der Schwangerschaft und die Geburt des Kindes zumutet. Dort, wo keine Indikation nach § 218 a StGB gegeben ist und der Schwangeren Schwangerschaft und Geburt zugemutet werden können, besteht auch keine Notwendigkeit, die Schwangerschaft einer einwilligungsunfähigen Betreuten durch Sterilisation zu verhüten. Die Einwilligung des Betreuers in eine Sterilisation kommt daher nur in Betracht, wenn – abgesehen von der kriminologischen Indikation – eine der in § 218 a StGB aufgeführten Notlagen zu befürchten ist.

Allerdings stellt sich die Frage, ob bei der Sterilisation die Umschreibung der Notlagen nicht enger gefaßt, insbesondere auf die medizinische Indikation beschränkt werden müßte. Dies hätte allerdings zur Folge, daß man Fälle in Kauf nehmen würde, in denen absehbar ist, daß bei einem Verzicht auf die Sterilisation eine Notlage eintreten würde, bei der ein Schwangerschaftsabbruch straffrei wäre. Nach den Erörterungen in der Arbeitsgruppe wäre dies ein schwerer Wertungswiderspruch in den gesetzlichen Regelungen, der nicht hingenommen werden kann. Wenn der Gesetzgeber – wie in § 218 a StGB geschehen – eine Notlage so schwer bewertet, daß er die Tötung ungeborenen Lebens straffrei läßt, kann er es nicht rechtfertigen, bei der Gefahr einer solchen Notlage die Sterilisation einwilligungsunfähiger zu verbieten und damit die Gefahr heraufzubeschwören, daß es zu einer Schwangerschaft und einer damit verbundenen Notlage kommt, die entweder durch Schwangerschaftsabbruch beseitigt oder von der betroffenen Frau im Gegensatz zu Nichtbehinderten durchgestanden werden muß. (...)

m) Sterilisation von Männern

Notlagen, die durch eine Schwangerschaft verursacht werden, treffen in allererster Linie die schwangere Frau selbst. Der Entwurf will weder verheimlichen noch beschönigen, daß deshalb die zur Erörterung gestellte Regelung in erster Linie die Sterilisation behinderter Frauen betrifft. Bei sexuellen Beziehungen zwischen einem behinderten Mann und einer nichtbehinderten Frau wird vielfach schon keine Gefahr der Schwangerschaft vorliegen, weil die Frau willens und in der Lage ist, Empfängnisverhütungsmittel erfolgreich anzuwenden. Dennoch stellt der Entwurf in den aufgezeigten Grenzen auch die Möglichkeit einer Sterilisation einwilligungsunfähiger Männer zur Erörterung. Liegen z. B. bei einer Partnerschaft eines behinderten Mannes mit einer behinderten Frau die geschilderten Voraussetzungen für eine Sterilisation vor, so wäre es nicht einzusehen, weshalb der Gesetzgeber festlegen sollte, daß nur die Frau zur Verhinderung einer eigenen Schwangerschaft, nicht aber der Mann zur Verhinderung einer mit Notlage verbundenen Schwangerschaft seiner Partnerin sterilisiert werden kann. Nicht nur die Notlage einer behinderten Frau, sondern auch die Notlage der Partnerin eines behinderten Mannes kommen als Grundlage der Einwilligung des Betreuers in eine Sterilisation in Betracht. (...)

Anzeige



Sonderheft 3/1988
2,50 DM

Schuldenkrise Beahlt wird nicht!

IWF/Weltbank - Kampagne '88



Im Sonderheft 3/88 zur **SCHULDENKRISE** und IWF-Kampagne:

SCHULDENSTRATEGIE der GLÄUBIGER + **ALTERNATIVE LÖSUNGSANSÄTZE** + Exemplarisch: **LATEINAMERIKA** und **AFRIKA** + Die **METROPOL** bleiben **NICHT** verschont + Die **VERANTWORTUNG** der **BRD** + Die Politik der **SOZIALISTISCHEN LÄNDER** + **Aufruf** der **IWF/Weltbank-Kampagne** + **BÜCHER, MATERIALIEN** und **AKTIONEN** zum Thema.

Erhältlich in linken und alternativen Buchläden oder direkt beim AIR-LeserInnenservice, Gottsweg 54, 5000 Köln 51.

Ich bestelle:

☐ Ex. Sonderheft 3/88 à 2,50 DM

zzgl. 0,70 DM Porto

☐ 1 kostenloses Probeheft

Name

Straße, PLZ, Ort

Ort, Datum

Unterschrift

Die Lebenssituation der Betroffenen außerhalb von Einrichtungen

Von Ingrid Häusler

Ingrid Häusler, grüne Kommunalpolitikerin in München und Mutter eines schwer geistigbehinderten Jungen, gehört zu den Kritikern des Gesetzentwurfs, wendet sich aber gegen die moralische Entrüstung gegenüber Eltern, die einer Sterilisation ihre Zustimmung geben.

Da das Thema so umfassend und vielschichtig ist, fällt es mir schwer, anzufangen. Ich probiere es jetzt mal so: Mein Sohn Frank ist 15 Jahre alt, schwer geistigbehindert und autistisch. Er kann sich weder alleine aus- und anziehen, noch kann er selbständig auf die Toilette gehen. Er muß gewickelt werden. Es kann passieren, daß ich mit ihm kämpfen muß, damit er das „Wickeln“ überhaupt zuläßt, auch wenn es noch so notwendig ist! Er hat in diesen und sehr vielen anderen Notwendigkeiten des täglichen Lebens überhaupt keine „Einsichtsfähigkeit“, obwohl er relativ gut sprechen kann und sehr viele Dinge erzählt, die er in Wirklichkeit nicht begriffen hat. Autismus heißt ja bekanntlich, daß das Gehirn Sinnesreize nicht „normal“ verarbeiten kann, das Kind ist sozusagen in seiner eigenen Welt einem „Chaos an Sinnesreizen“ ausgesetzt. Dies ist die Ursache für eine Reihe von schweren Wahrnehmungs- und Verhaltensstörungen, bis hin zu Selbst- und Fremdaggressionen. Frank hat im Kleinkindalter schwerste Selbstbeschädigungstendenzen gehabt und hat sie auch heute noch. Da diese Aggressionen auf eine Hirnschädigung zurückzuführen sind, geraten Bezugspersonen bei rein erzieherischer Beeinflussung sehr schnell an ihre Grenzen, verhaltenstherapeutische Programme sind dafür entwickelt worden. – Und nun zum Kern meiner Aussage: Frank ist heute auf vielen Gebieten auf dem Stand eines zweijährigen Kindes. Jede Bezugsperson kann mit 100prozentiger Sicherheit sagen, daß er nie alleine wird leben können. Genauso sicher weiß ich, daß er nie ein Kind wird aufziehen können, daß es sogar unmöglich ist, z.B. einen Säugling mit ihm zusammen in einer Wohngruppe aufzuziehen. Er kann nicht adäquat auf kleine Kinder zugehen, er würde sie verletzen, ohne es zu wollen. Deshalb ist er in allen möglichen Gruppen immer eher mit älteren und größeren Kindern zusammen. Ich kann mir im Moment zwar nicht so gut vorstellen, daß Frank eine Entwicklung zur genitalen Sexualität machen könnte, aber ich schließe es für ihn und andere Schwergeistigbehinderte auch nicht aus. So leicht kann man/frau es sich nicht machen, indem man einfach behauptet, eine erwachsenengerechte sexuelle Entwicklung sei bei Schwergeistigbehinderten nicht möglich.

Ich bin in meiner Haltung zu dem vorliegenden Gesetzentwurf noch nicht so deutlich festgelegt. Eigentlich war mir nach der Anhörung bei der Lebenshilfe der Vorschlag von Prof. Dörner ganz sympathisch, der lautete: Moratorium für fünf Jahre, eine Art „Enquete für Geistigbehinderte“, wo systematisch erfaßt wird, wie oft sich das Problem stellt, wo aber trotzdem in sehr begründeten Fällen eine Sterilisation möglich sein sollte. Schade, daß Sie, Herr Dörner, dies hier nicht mehr erwähnt haben. Beim vorliegenden Entwurf kritisiere ich die absolute „Kopflastigkeit“ durch sog. „Fachgutachter“ (welche keinesfalls eine Garantie gegen Mißbrauch sind!), die Ausblendung

der Meinung von Eltern und Angehörigen, die vom Richter nicht einmal angehört werden müssen. Auch die Anlehnung an den Paragraphen 218 ist zweifelhaft, weil dadurch z.B. wenig Möglichkeit besteht, einen nicht einsichtsfähigen Mann sterilisieren zu lassen. Es ist schon seltsam, daß Eltern nur „Subjektivität“, Fachleuten hingegen nur „Objektivität“ bescheinigt wird.

Weitere Fragen läßt der Gesetzentwurf offen: Wer bezahlt die immensen Kosten? Wer prüft die Kompetenz der Prüfer? Wer forciert und garantiert Aus- und Fortbildung der Richter?

Um es nochmal deutlich zu sagen: Ich bin der Meinung, daß es sehr wohl Situationen gibt, wo jede Verhütung versagt, wo ein gemeinsames Aufziehen in der Wohngruppe undenkbar ist, ja wo sogar das Durchstehen der Schwangerschaft für die betroffene geistigbehinderte Frau und deren Betreuer zur Tortur wird. Ganz zu schweigen von dem sicheren Wissen, daß das Kind später weggegeben werden muß. Trotzdem können gerade schwer Geistigbehinderte sich in den Wunsch hineinsteigern, ein Kind zu wollen, ohne jeden realen Bezug zur Bewältigungsproblematik. So wie sie sich vieles wünschen, was ihnen ihr Leben lang nicht möglich sein wird (z.B. Führerschein) – Ich bin mir aber auch sehr deutlich der Mißbrauchgefahr bewußt. Ein Verbot kann sie jedoch auch nicht beseitigen.

Daß es „dauerhafte Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit“ gibt, wird wohl niemand hier im Raum bestreiten. Sie ist nur im regelmäßigen Umgang feststellbar, kaum oder im geringeren Umfang von einem – dem Behinderten unbekannten – Gutachter mittels „Fragenkatalog“. Was auch noch so besonders schwierig ist: Im vorliegenden Entwurf ist eine sehr strenge „Zwangs-Definition“ verankert, d.h. gegen akute Abwehr darf keine Sterilisation durchgeführt werden. Vor dem Hintergrund der Scheußlichkeiten des Dritten Reiches ist dies auch richtig. Aber: Gerade Autisten haben eine zwanghafte körperliche Abwehr gegen alle medizinischen Eingriffe. Frank z.B. sieht im Gespräch sehr wohl die Notwendigkeit einer Zahnarztbehandlung ein, kann dort ganz „vernünftig“ wirken. Trotzdem ist eine medizinische Behandlung nur mit absolutem Zwang oder gleich nur in Narkose möglich! Beinahe die aller kleinste Behandlung wird zur „Zwangs-Behandlung“! Dies nur als Hinweis aus der Praxis.

Im folgenden noch mein vorbereitetes Referat: Die Lebenssituation der Betroffenen außerhalb von Einrichtungen. „Außerhalb von Einrichtungen“ heißt für die meisten Geistigbehinderten, daß sie außerhalb von vollstationären Einrichtungen betreut und gefördert werden, und zwar hauptsächlich in Schule und Tagesstätte. Der flächendeckende Aufbau von Schulen mit angeschlossener Tagesstätte hat speziell für diejeni-

gen, die immer auf eine schützende Umgebung angewiesen sein werden, ein großes Stück Normalisierung ihres Alltags gebracht. Weitere Verbesserungen sind dazugekommen: Hier in München gibt es z.B. die Ev. Jugend, die schon seit fünfzehn Jahren Freizeitangebote, Ferienfreizeiten und jetzt sogar eine Freizeitstätte für Geistigbehinderte und Nichtbehinderte organisiert und eingerichtet hat. Hinzu kommt ein ambulanter Hilfsdienst, und auch Kurzzeitunterbringungsmöglichkeiten. Ich möchte an dieser Stelle betonen, daß ich natürlich die Lebenssituation meiner und mir bekannter Familien in der Großstadt beschreibe, die sich von der Lebenssituation betroffener Familien auf dem Lande gewaltig unterscheiden kann.

Es ist also seit vielen Jahren eher eine Seltenheit, daß geistigbehinderte Vorschulkinder in ein Heim, das weit weg von der familiären Wohnung liegt, kommen. Auch schwer geistigbehinderte Jugendliche können dadurch länger in der Familie bleiben. Diese Entwicklung hat eine gewaltige strukturelle Änderung, sowohl in den vollstationären als auch in den teilstationären Einrichtungen hervorgerufen. In den vollstationären Heimen fällt mir immer wieder auf, daß dort geistigbehinderte Erwachsene oder Geistigbehinderte im höheren Lebensalter sind, die wohl heute kaum mehr in einem vollstationären Heim aufwachsen würden. Das heißt, sie sind eher leicht behindert, können sich an vielem selbst beteiligen und sogar selbständig viele Arbeiten ausführen. Dies ist auch die Gruppe, die eventuell mit entsprechenden personellen Hilfen eigene Kinder aufziehen könnte, und die oft als „entscheidungsfähig“ anzusehen ist. – Im offenen/teilstationären Bereich dagegen sind heute sehr viele Schwerstbehinderte und auch Geistigbehinderte mit Mehrfachbehinderungen und/oder Verhaltensstörungen. Gerade auch in traditionellen Anstalten wie Bethel z.B. fällt dieser „Kipp-Punkt“ auf: Leichtbehinderte im mittleren und höheren Lebensalter, dagegen Schwerstbehinderte und/oder Mehrfachbehinderte bei Kindern und Jugendlichen, weil die Tragfähigkeit des offenen Bereiches sehr weit ausgedehnt worden ist.

Für geistigbehinderte Erwachsene gibt es Wohnheime und Wohngruppen, kombiniert mit dem Besuch der Werkstatt tagsüber. Wir Eltern hoffen und kämpfen dafür, daß dieser offene, gemeinde-nahe Bereich den nachkommenden Schwerbehinderten ebenfalls zusteht! Denn nur bei solchen Voraussetzungen ist ein eventuell paarweises Zusammenleben, die Entwicklung von „erwachsenengerechter Sexualität“ möglich. In den traditionellen Anstalten, wo z.B. Herr Wunder und Herr Prof. Dörner arbeiten, ist eine „Schieflage“ entstanden, weil die dortigen Schwerstbehinderten in ihrer Kindheit nur „Verwahrung statt Förderung“ erhielten. Vielleicht sind die beiden deshalb so sehr der Meinung, die Schwerstbehinderten würde das Thema Sexualität überhaupt nicht betreffen.

Trotzdem ist es bei vielen, gerade der „gut geförderten“ schwer Geistigbehinderten eine Illusion zu glauben, sie könnten – auch mit Hilfen – eigene Kinder aufziehen. Ein geistigbehindertes Paar, das alleine in einer Wohnung mit dem eigenen Kind lebt und nur sporadisch Besuch von einem Sozialarbeiter bekommt (so bei der Lebenshilfe

Braunschweig), ist nicht geistig; sondern höchstens lernbehindert. Auch und gerade in der Psychiatrie werden sehr viele psychisch Behinderte von Gutachtern sehr leichtfertig und voreilig als „geistigbehindert“ bezeichnet, obwohl sie es überhaupt nicht sind. Diese ungeheure Bandbreite des Schweregrades von geistiger Behinderung, verbunden mit der oft noch erschreckenden Unwissenheit bei „Fachleuten“ darüber, was geistige Behinderung ist, macht diese Diskussion so schwierig.

Wenn Michael Wunder hier sagt, eine behinderte Frau aus einer Anstalt hätte, trotz ihrer Zustimmung zur Sterilisation, diesen Schritt nach Jahren bitter bereut, so muß ich dem entgegenhalten, daß die Frau den Vorgang voll verstanden hat, also „einsichtsfähig“ war/ist. Der vorliegende Entwurf würde sie gar nicht berühren. – Auch bei der Sterilisation und beim Schwangerschaftsabbruch

von gesunden Frauen kommt es immer wieder vor, daß diese nach kürzerer oder längerer Zeit diesen Schritt bereuen. Dieses „Lebensrisiko“ kann niemand ausschalten! Wenn Herr Prof. Dörner als Beispiel eine Frau bringt, bei der Jahre nach der Geburt es sich herausstellt, daß das Kind doch nicht bei ihr bleiben kann und diese ihm dann sagt: „Trotzdem war die Erfahrung für mich wichtig...“(!), so muß ich dem entgegenhalten, daß eine Frau, die derart reflektieren und abstrakt denken kann, vielleicht psychisch krank, aber niemals geistigbehindert ist! Zu solchen Abstraktionen wird mein Sohn nie fähig sein.

Wenn Michael hier meint, einem Richter könnte ein geistigbehinderter Mann oder eine geistigbehinderte Frau als „willenlos“ erscheinen, so werde ich hinzufügen, daß ja vorher erstmal durch ein Gutachten die „Entscheidungs-Unfähigkeit“ festgestellt worden sein muß, d.h. die „Macht“ liegt

noch viel mehr bei den Gutachtern als beim Richter.

Am Schluß meines Referates werde ich als betroffene Mutter noch etwas sagen, was mir sehr beklemmend aufgefallen ist: Die massive moralische Entrüstung in der Öffentlichkeit, die bei Bekanntwerden von Sterilisationen an Geistigbehinderten eingesetzt hat, wäre wohl kaum denkbar bei den „Mißständen in der Sozialgesetzgebung“, wie sie für Geistigbehinderte „normal“ sind. Hier stehen wir Eltern völlig alleine, hier können wir schauen, wie wir zurechtkommen. Eine gewisse Verbitterung darüber kann ich nicht verhehlen. – Und noch einmal: Eine voreilig vorgenommene Sterilisation, ohne genaue Überprüfung aller Alternativen, womöglich an einer entscheidungsfähigen Frau/Mann gegen deren/dessen Willen vorgenommen, verurteile ich genauso konsequent wie alle hier!

Kein neues Sterilisationsgesetz

Von Michael Wunder

Der folgende Beitrag gibt die Position der Bundesarbeitsgemeinschaft „Gesundheit“ der Grünen wieder, deren Sprecher Michael Wunder ist.

„In Bonn waren wir uns nach eingehender Aussprache völlig darüber klar, daß es ein unsinniges Ding sei, heute Menschen als durch dieses Gesetz (Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses) von 1933, d. V.) zu Unrecht behandelte zu entschädigen und vielleicht morgen in die Notwendigkeit gesetzt zu sein, dieselben Menschen unter ein neues Eugenikgesetz zu stellen.“ Es war Friedrich von Bodelschwingh (Neffe), der weit über die Kirche hinaus anerkannte Leiter Bethels, der dies 1962 an die EKD berichtete. Er hat Recht behalten.

Bis heute sind die Opfer der Zwangssterilisation nicht als NS-Opfer anerkannt. Noch im Januar 1988 haben sich die Koalitionsfraktionen und die SPD im Justizausschuß darauf geeinigt, das Gesetz von 1933 trotz der breiten öffentlichen Debatte nicht zum NS-Unrecht zu erklären. Eine solche Erklärung hätte den Zwangssterilisierten nicht nur die politische Anerkennung gebracht, sondern auch Rentenansprüche. Laut Stoltenberg in Höhe von einer Milliarde Mark! Es wäre aber voreilig, wollte man nur dies als Grund für die erneute Brückierung der Opfer ansehen.

Zeitgleich legte nämlich der Bundesjustizminister einen Gesetzentwurf zur Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts vor, in dem auch die Sterilisation behinderter Menschen ohne deren persönliche Einwilligung ermöglicht werden soll. Tatsächlich konnte nicht der eine Bundestagsausschuß die Zwangssterilisierten endlich als NS-Opfer anerkennen, während ein anderer gerade die Voraussetzungen für neue Zwangssterilisationen schafft.

Was ist eine Zwangssterilisation?

Die Autoren des Gesetzentwurfs lehnen „Zwangssterilisationen“ selbstverständlich ab. Juristisch feinsinnig erklären sie, eine Zwangssterilisation läge nur vor, wenn gegen den erkennbaren, geäußerten Willen sterilisiert würde, nicht wenn dies ohne den Willen der betroffenen Person geschehe.

Was aber juristisch glatt formulierbar ist, muß noch lange nicht mit der Praxis übereinstimmen, schon gar nicht mit der Lebenspraxis geistig behinderter Menschen, um die es hier zunächst im wesentlichen gehen wird.

Viele Menschen mit geistiger Behinderung erscheinen entscheidungsunfähig, weil es für sie schwierig ist, sich die Folgen von etwas vorzustellen, was erst in Zukunft geschehen wird und jetzt nur mit Worten zu beschreiben ist. Sie können auf den Gutachter oder den Richter durchaus den Eindruck der Willenslosigkeit machen und trotzdem eine gefühlsmäßige Abwehr haben, die Einlieferung ins Krankenhaus angstvoll erleben, den Eingriff degradierend und sie in ihren Rechten beschneidend. Der Gesetzentwurf betreibt hier Schönfärberei mit Worten und zieht eine Trennlinie hoch, wo keine ist. Eine Zwangssterilisation liegt auch vor, wenn sie im Zustand juristisch gesehener Willenslosigkeit erfolgt.

Im übrigen: noch nicht einmal eine herbeigeredete Zustimmung zur Sterilisation ist eine Garantie gegen Zwang. Viele geistig behinderte Frauen, die zu ihrer Sterilisation überredet wurden, haben den Eingriff als Zwang erlebt, kämpfen jahrelang mit den psychischen Folgen und fallen nach ihrer Wiederbemündigung nur allzu leicht skrupellosen Gynäkologen in die Hände, die sie refertilisieren wollen.

Wer ist „einwilligungsunfähig“?

Das Nadelöhr des neuen Sterilisationsgesetzes ist die „Einwilligungsunfähigkeit“. Nur dann soll es dem „Betreuer“, wie in Zukunft der Vormund oder Pfleger heißen soll, möglich sein, ersatzweise seine Einwilligung zu geben. Gefragt sind wieder mal die Ärzte, denn diese sollen die „Einwilligungsunfähigkeit“ gutachterlich feststellen. Der Interpretation sind Tür und Tor geöffnet. Denn niemand weiß so recht, was das ist. Vielleicht die fehlende Urteilsfähigkeit, was der Eingriff bewirkt? Vielleicht die mangelnde Einsicht, wem geborene Kinder zur Last fallen würden? Wem selbst die

Einsicht fehlt, daß er begutachtet werden muß, kann auch zwangsweise vorgeführt werden. Wie eh und je. Hier endet denn auch die juristisch so wohlfeile Liberalität des Entwurfs.

Sterilisation als Prävention von Schwangerschaftsabbrüchen

Der Kernpunkt der vorgeschlagenen Regelung ist, daß mit einer Sterilisation Notlagen verhindert werden sollen, die sonst zu einem straffreien Schwangerschaftsabbruch nach Paragraph 218 a führen könnten. Eine vorbeugende Notlagenvermeidung wirft nicht nur mehr Fragen auf, als sie löst, sie stellt die Argumentationslogik des Paragraphen 218 geradezu auf den Kopf. Die Anerkennung einer Notlage nach Paragraph 218 a ist immer nur dann möglich, wenn es tatsächlich zu einer Schwangerschaft gekommen ist. Für einen prophylaktischen Eingriff, der alle zukünftigen Schwangerschaften verhindern soll, müßte aber von einer lebenslangen Notlage einer Frau ausgegangen werden. Könnte dies für streng medizinische Indikationen noch so eben hinkommen, wird es bei der sozialen Indikation völlig haltlos. Der Gutachter müßte jede Lern- und Förderungsfähigkeit der Frau ausschließen. Es wird solche Gutachter geben, vor allem weil solche Förderung immer teuer ist.

Das Anerkennungsverfahren nach Paragraph 218 a wird trotz aller Degradierung und drohender Ausredungsgespräche immer noch in der Regel von der Betroffenen selbst in Gang gesetzt. Die betroffene Frau entscheidet auch, ob es bei Anerkennung einer Notlage tatsächlich zum Abbruch kommt. Im Sterilisationsfall würden dies alles jedoch Dritte machen. „Im wohl verstandenen Interesse...“, wie es immer so schön heißt. Was sich heute bereits im Bereich der ersatzweisen Einwilligung zum Schwangerschaftsabbruch (bei unmündigen Frauen) abspielt, wird bei einer Ausweitung auf die Sterilisation in großem Maßstab stattfinden.

Aus der individuellen Unzumutbarkeit für die einzelne Frau, ein behindertes Kind zu bekommen, wird die eugenische Unzumutbarkeit für die Gesellschaft, für ein behindertes Kind aufzukommen. Und im Fall der „sozialen Indikation“ rechnen selbst die liberalen Autoren des Gesetzent-

wurfs damit, daß hierunter alle behinderten Frauen fallen, die ihr Kind nicht ohne weitere Hilfe erziehen können. Die „Unzumutbarkeit“ für die Gesellschaft, solchen behinderten Müttern jede erdenkliche Erziehungshilfe zu geben, lugt hier aus jeder Zeile.

Ein Gesetz gegen Frauen

Bezüglich der Männer kommen die Entwurfsautoren in einen unübersehbaren Argumentationsnotstand. Wie soll nämlich die zukünftige Notlage einer Schwangeren eingeschätzt werden, wenn es um die Sterilisation eines Mannes geht? Logischerweise können die Indikationen des Paragraphen 218 a nur festgestellt werden, wenn ein behinderter Mann ein festes Verhältnis mit einer behinderten Frau hat. Ein behinderter Mann mit wechselnden Partnerinnen oder dem Gutachter nicht bekannten Partnerinnen kann demnach nicht sterilisiert werden. Den Gutachtern und Richtern wird es darüber hinaus auch zu aufwendig und anstrengend sein, in diesen Fällen die Partnerinnen ausfindig zu machen, so daß dieses Gesetz fast ausschließlich die geistig behinderten Frauen treffen wird.

Legitimation durch Verfahren

Der Gesetzentwurf macht bestechende Verfahrensvorschläge. Die Betroffenen sollen ein Widerspruchsrecht haben. Ihnen wird ein Verfahrenspfleger zugeordnet. Die Einwilligung des Betreuers reicht nicht. Das Vormundschaftsgericht muß

Anzeige

diese noch einmal bestätigen. Das alles kann jedoch nicht beruhigen. Die Idee, Sterilisationseingriffe durch Verfahren zu legitimieren, ist alt. Das Gesetz von 1933 kannte auch diverse Verfahrensrechte. Sie konnten damals und sie werden heute die Menschen nicht vor zwangsweisen Eingriffen in ihre persönliche Integrität bewahren.

Die Schatten der Vergangenheit

Die Sterilisation zunächst weniger, eng umgrenzter Gruppen behinderter Menschen war auch in der NS-Zeit die Eintrittspforte für immer weiterreichendere Eingriffe in das Lebensrecht unliebsamer, als lästig oder unproduktiv empfundener Menschen. Die damals übliche klinische Diagnose „Schwachsinn“ mußte sich aus ihrer inneren Logik heraus in eine soziale Diagnose verwandeln, mit der die Gutachter immer mehr Menschen in das Gesetz hineinzogen. Wer garantiert, daß nicht morgen unter „eiwilligungsunfähig“ Menschen fallen, die nicht einsehen, daß ihr möglicherweise HIV-positives oder durch Umweltgifte geschädigtes Kind besser nicht geboren würde?

Die Indikationen und die Sprache des Paragraphen 218 werfen immer die Frage auf: Zumutbarkeit für wen? Ein geradezu ideales Instrumentarium für moderne Bevölkerungspolitik, die die alte Selektion nach Leistung und Anpassung will, sich aber jetzt mit dem Gestus der individuellen Zugewandtheit tarnen kann.

Es darf nicht verkannt werden, daß zeitgleich eine Debatte über die Legalisierung der aktiven Ster-

behilfe eingesetzt hat. Die eine Debatte betrifft die Verfügbarkeit des Lebens an seinem Anfang, die andere an seinem Ende. Auch in der Sterbehilfedebatte steht die Erkennbarkeit des Willens im Mittelpunkt, die Mutmaßung über diesen Willen und die Indikation, was noch „Lebensqualität“ sei und ein „zumutbares Leben“. Auch hier geht „individuelles Verlangen“ schrittweise über in „gesellschaftliches Verlangen“, individuelle Unzumutbarkeit in gesellschaftliche Unzumutbarkeit.

Kommt das Sterilisationsgesetz durch, wäre dies eine Weichenstellung auch für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Ein breites gesellschaftliches Bündnis aus Behindertengruppen, Frauengruppen, Zwangssterilisierten aus der NS-Zeit, Kirchen usw. muß dafür sorgen, daß der Sterilisationsteil aus dem Gesetz wieder gestrichen wird.*

Eine Entscheidung gegen ein neues Sterilisationsgesetz kann aber sicher nur durchgesetzt werden, wenn es gelingt, die wenigen Wohngruppen und Wohnformen, in denen geistig behinderte Menschen mit ihren Kindern auch schon heute zusammen leben, zu stärken und mehr davon zu schaffen. Daß geistig behinderte Menschen Kinderwünsche haben und fähig werden sollten, Kinder zu bekommen und mit Hilfe zu erziehen, sollte zur Normalität werden. □

* Den „Appell gegen ein neues Sterilisationsgesetz in der BRD“ kann man zwecks Unterschrift anfordern bei „die randschau“, Pohlstr. 13, 5000 Köln 80

Es war einmal.... ein freier Mann. NELSON ROLIHLEHLA MANDELA.



Der nun im Gefängnis 70 Jahre alt wird.

Wir wollen nicht vergessen, wofür er kämpft und lebt. Für den Befreiungskampf der schwarzen und farbigen Bevölkerungsmehrheit in Südafrika. Für die Demokratie. Für die Humanität. Nelson Mandela symbolisiert und repräsentiert den Kampf des südafrikanischen Volkes für die politische, soziale und kulturelle Befreiung. Was ihn zur Leitfigur und zum Symbol des Widerstandes gegen die Apartheid gemacht hat, was seine politischen und moralischen Grundsätze sind, was sein Denken und Handeln bestimmt, hat Rainer Falk in seinem ausführlichen Portrait zusammengetragen.

Rainer Falk

NELSON MANDELA

Biographisches Portrait mit Selbstzeugnissen
KB 395, 285 Seiten, DM 12,80
ISBN 3-7609-1047-5

Zur Geschichte, Situation und Perspektive der Befreiungsbewegung – mit Texten von Nelson Mandela, Albert Luthuli. Allan Boesak und Desmond Tutu, mit Dokumenten der Gewerkschafts-, Frauen- und Jugendbewegung:

Rainer Falk

SÜDAFRIKA

Widerstand und Befreiungskampf
KB 384, 285 Seiten, DM 14,80
ISBN 3-7609-1023-8

PAHL-RUGENSTEIN Unsere Bücher sind Lebens-Mittel.

yn/ud – Wir hatten vorher Leute gefragt, was sie denn vom DBfK halten. „Naja, wenn Krankenschwestern und -pfleger ihre berufspolitischen Interessen besser vertreten sehen wollen, sollen sie in die Gewerkschaft gehen.“ – „Naja, eigentlich machen die ganz gute Fortbildungsveranstaltungen.“

Weitergeholten war uns damit nicht.

Unsere Vorurteile erhielten erst einmal neue Nahrung, als wir das moderne, gepflegte Gebäude in der Königgrätzstraße in Essen betraten und in den zweiten Stock zum Landesverband Nordrhein-Westfalen des DBfK hochmarschierten. An den Wänden hatten sich „liebe“ Schwestern und Pfleger nach Abschluß ihrer Kurse verewigt. Ein Kurs für Kinderkrankenpflege zum Beispiel hatte aus Knetmasse Spielzeug modelliert: Sonne, Mond und Sterne, auch eine kleine Eisenbahn dabei und die Namen der Teilnehmer. Ein anderer Kurs hatte eine Tafel mit einer Geschichte vom Engel gestaltet, der alle Wünsche erfüllt. Er gibt aber nicht ein fertiges Geschenk, sondern nur den Samen dafür. Sinnigerweise war dann an das Foto der Kursteilnehmer je ein Beutelchen mit Blumensamen angehängt. Wir vermuteten einen mittelgroßen Schmalzflecken unter der Tafel, doch alles war gut gebohrt.

Ein Kurs von Ingenieuren würde sich nicht als Hühnchen und Schweinchen und Mäuschen darstellen, auch nicht, wenn die Teilnehmer ein paar Monate lang zusammen gelernt und sich gut verstanden haben. Eine Erklärung, die uns Wolfgang Münster, der stellvertretende Geschäftsführer, für die lieben Bildchen anbot.

Erfrischend sachlich lief dann das Gespräch mit Dorothea Brunsch, der Geschäftsführerin, und ihrem Stellvertreter ab. „Der DBfK ist immerhin der erste unabhängige Krankenpflegeverband, wir haben insgesamt 24.000 bis 25.000 Mitglieder, Tendenz steigend. Das ist ein Zeichen dafür, daß es in der Krankenpflege ein wachsendes berufspolitisches Interesse gibt. Man begreift, daß es nicht mehr nur um Ethik geht und um Aufopferung, daß die Krankenpflege ein Beruf ist, nicht nur eine Berufung.“ Frau Brunsch war lange selbst Krankenschwester, dann Unterrichtsschwester und Pflegedienstleitung, hat im Ausland gearbeitet und in der Gemeinde. Seit fünf Jahren ist sie Geschäftsführerin. Ganz schön viel für eine so junge Frau, denken wir, bis sie dann sagt, daß sie 49 Jahre alt ist. Der Job scheint fit zu halten. Übrigens müssen die Geschäftsführer im DBfK Berufserfahrung in der Krankenpflege haben, sonst könnten sie auch die vielen Anfragen von Mitgliedern, die sich auf Fachliches beziehen, nicht beantworten.

Selbstredend sind es nicht nur Fachfragen, die zu beantworten sind, sondern auch solche nach dem Tarifrecht, nach Urlaubsanspruch, nach Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und nach Umschulungsmöglichkeiten. Das sind so viele, daß Dorothea Brunsch sich ihr

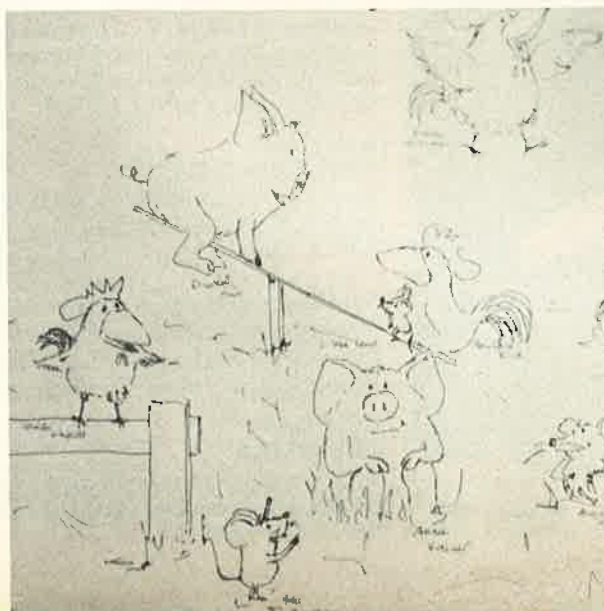
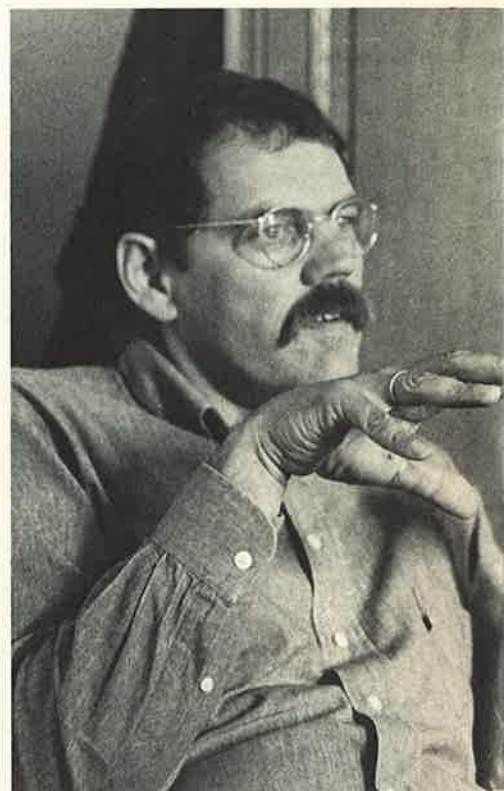
Hauptziel, nämlich den politischen Einfluß des DBfK zu vergrößern, in der Arbeitszeit ein bißchen verkneifen muß. Stellungnahmen, etwa zum Gesundheitsreformgesetz, erarbeitet sie nachher. „Das geht weit in den Freizeitbereich“, sagt sie.

Wie will man den Einfluß der Krankenpflege vergrößern, fragen wir. „Wir wollen in die Konzentrierte Aktion“, erklärt Wolfgang Münster, worauf wir es uns nicht verkneifen können, große Kulleraugen zu machen. Sicher legitimiere man dann auch Dinge, die man eigentlich nicht will, aber man wolle auch nicht, daß immer die Ärzte für die Krankenpflege mitreden. – Das finden wir gut, wenden aber zaghaft ein, daß man als Verband, der Einfluß gewinnen will, doch nicht jedes Papier mit unterschreiben muß, vor allem dann nicht, wenn es hinterher auch noch als Staubfänger in irgendwelchen Schubladen vergammelt.

Wir versuchen es noch einmal am Gesundheitsreformgesetz zu zeigen, in das ja nichts von den Gutachten der Konzentrierten Aktion eingegangen ist. Ja, aber man müsse eben in den Gremien vertreten sein, hören wir darauf, und rausgehen könne man ja immer

Einnehmende Wesen

Ein Besuch beim Deutschen Berufsverband für Krankenpflege



Angesichts dieser Anforderungs- und Belastungsverschiebung sind nun erst recht neue individuelle und kollektive Bewältigungsmuster nötig, die in eine veränderte Arbeitskultur eingebettet sein sollten. Konflikte zwischen alten Normen und Gewohnheiten und neuen Verhaltensweisen einzelner sind damit „vorprogrammiert“.

Solche Konflikte können unserer Auffassung nach beispielsweise im Rahmen von Bildungsurlauben thematisiert und produktiv gewendet werden. Entsprechende Kurse zum Thema Arbeit und Gesundheit werden seit Jahren zum Beispiel von der Evangelischen Industriejugend Berlin angeboten. In diesen Veranstaltungen klagten viele Teilnehmer immer wieder über Streß und unspezifische Gesundheitsstörungen. Diese Berichte ernstzunehmen und gemeinsam die Gründe dafür im Arbeitsprozeß ausfindig zu machen, ist eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung subjektiver und kollektiver Handlungsbereitschaft. Wer den Zusammenhang zwischen widersprüchlichen Arbeitsanforderungen und den eigenen Befindlichkeitsstörungen oder zwischen gesellschaftlicher Machtlosigkeit und der Schwächung des Immunsystems herstellen kann, für den ist Krankheit keine schicksalhafte Privatangelegenheit eines einzelnen mehr. Solche Einsichten können möglicherweise die Handlungsfähigkeit und Kompetenz in Gesundheitsfragen entwickeln helfen.

Bildungsarbeit kann und muß – durch die individuellen Verarbeitungsförmlichkeiten von Belastungen hindurch – die Rolle der herrschenden Arbeitskultur thematisieren. Haltungen wie etwa die der „männlichen Härte“ und dem „Spaß am Widerstand“ auch gegen Sicherheitsvorschriften können daraufhin geprüft werden, ob und inwiefern sie jeweils zur Entwicklung chronischer Gesundheitsstörungen beitragen. Indem die realen Bedingungen der Arbeit auf die individuellen Denk-, Fühl-

und Verhaltensgewohnheiten bezogen werden und Arbeitskollegen sich über die Angemessenheit ihrer individuellen Praktiken streiten, werden gesundheitsabträgliche Selbstverständlichkeiten der Arbeitskultur in Frage gestellt und Ansprüche an eine menschenwürdige Lebens- und Arbeitswelt entwickelt.

Nun führt der Weg von den im Bildungsurlaub produzierten Erkenntnissen, Erfahrungen und Utopien selten unmittelbar zu Veränderungen im betrieblichen Alltag. Viele gute Vorsätze und Ideen bleiben auf der Strecke. Selbst besonders engagierte „Gesundheitsaktivisten“ geben irgendwann resigniert auf oder scheitern schon bald an allzu vielen Widerständen:

– Die Arbeitskollegen lassen sich nicht so einfach von alten Gewohnheiten und Verhaltensweisen abbringen; und selbst wenn sie deren Gesundheitschädlichkeit einschen, ist ihnen eben die häufig „egal“. Was dann?

– Für viele Unternehmensleitungen ist das neue Gesundheitsbewußtsein der „Bildungsurlauber“ meist nur lästig oder sogar verdächtig. Wenn Lehrlinge oder Jungarbeiter plötzlich genau wissen wollen, mit welchen Stoffen sie arbeiten und ob die Grenzwerte eingehalten werden, bringt das ihrer Meinung nach nur Unruhe in den Betrieb.

– Und auch Betriebsärzte sind von solchem Engagement keineswegs immer

begeistert. Sie sehen damit eine Menge zusätzlicher Arbeit auf sich zukommen, fühlen sich ohnehin meist überlastet und wollen sich nicht gerne von den gerade aktuellen und brennenden Themen ablenken lassen. Zudem sind persönliches Engagement, Selbsttätigkeit und unorthodoxe Herangehensweisen und Problemlösungen einzelner vielen gewerkschaftlichen Funktionsträgern regelrecht suspekt. Individualität, Spontaneität und Autonomie gelten noch immer eher als Schwächung; Demonstration von Geschlossenheit, Interessengleichheit und Solidarität hingegen als Stärke der Arbeiterbewegung.

Wenn die Bildungsarbeit also im Hinblick auf eine Veränderung der Arbeitskultur langfristig wirksam werden soll, müssen die „Gesundheitsaktivisten“ auf eine qualifizierte Beratung zurückgreifen können, die sie bei der

Die Kollegen lassen sich nicht so einfach von eingeschliffenen Verhaltensweisen abbringen. Und selbst wenn sie einsehen, daß es ihnen schadet, ist es häufig „egal“. Was dann?



Foto: Menzen



Die von der IG Metall geplante Veranstaltungsreihe „Perspektive 2000“ könnte einen kreativen Schritt nach vorne einläuten

Bewältigung schwieriger Konflikte unterstützt, Kontakte zu Experten vermitteln kann und einen systematischen Erfahrungsaustausch organisiert. Für eine solche Beratungsarbeit sind bisher kaum mehr als erste Ansätze vorhanden.

Darüber hinaus müssen betriebliche Basisaktivitäten für sinnvolle und gesunde Arbeitsplätze auch rechtlich weiter abgesichert werden. Dynamisierend könnte hier die Herstellung von Öffentlichkeit beziehungsweise ein „Recht auf Informationsfreiheit“ aller Betriebsangehörigen und Anwohner in sämtlichen gesundheits- und umweltrelevanten Fragen wirken. Ein grundsätzliches „Recht auf Arbeitsverweigerung“ in gesundheits- und umweltgefährdenden Situationen könnte nicht nur Katastrophen verhindern helfen, sondern vor allem auf entsprechende Mißstände aufmerksam machen (erste, wenngleich sehr eingeschränkte Möglichkeiten dazu gibt es in der neuen Gefahrstoffverordnung). Schließlich sollten sämtliche Verträge, in denen Gesundheit faktisch als Ware angesehen wird (Gefahren-, Erschwernis-, Schmutzzulagen), für sittenwidrig erklärt werden. Ein jährlicher Bildungsurlaub für alle Arbeitnehmer könnte nicht zuletzt dem Thema Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz gewidmet werden. Dabei ist uns bewußt, daß bisher nur etwa ein Drittel aller Berechtigten das bestehende Recht auf Bildungsurlaub in Anspruch nimmt.

Nicht nur aus diesem Grunde mögen diese Vorstellungen reichlich utopisch anmuten. Zumindest erscheinen die Rahmenbedingungen für eine „kulturelle Erneuerung“ denkbar schlecht: Arbeitslosigkeit und die damit verknüpfte Konkurrenz und Entsolidarisierung unter den Arbeitenden, Verlagerung von Produktionsstätten und Arbeitsplätzen sowie Transfer von Gewinn-

nen ins Ausland, gegeneinander Ausspielen von Belegschaften in unterschiedlichen Ländern durch Multis zwecks kostensparender Verschlechterung von Arbeitsbedingungen, Einsatz von meist ausländischen Leiharbeitern für besonders gesundheitsschädliche Tätigkeiten. Durch den ungebrochenen Rationalisierungsdruck wird gleichzeitig die Arbeit selbst stark verändert: Ganze Berufe und Tätigkeitsfelder verschwinden, neue Aufgaben, Arbeitsformen und Qualifikationen stellen andere Anforderungen, bringen neue Belastungen mit sich und verwickeln die Arbeitenden in zusätzliche Widersprüche.

Die Gewerkschaften versuchen mit ihren altbewährten Politikformen (Rationalisierungsschutzabkommen, Tarifpolitik, Mitbestimmung) die sozialen Härten und gesundheitlichen Zusatzbelastungen abzufangen. Zweifellos hat die verrechtlichte Struktur der Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Beziehungen in unserem Land einen noch schnelleren Sozialabbau zu bremsen vermocht. Dennoch ist es den konservativen Politikstrategen auch in der Bundesrepublik gelungen, die von den Gewerkschaften durchgesetzten sozialen Ernungenschaften der „Sozialen Marktwirtschaft“ anzutasten, ohne auf erfolgreichen oder erfolgversprechenden Widerstand der Betroffenen zu stoßen.

Wo Defensivstrategien versagen, bleibt – als Alternative zu Resignation und Stagnation – nur die Flucht in die Offensive. Diese müßte eine Vielzahl konkreter Utopien für sinnvolle Arbeit an humanen Arbeitsplätzen entwickeln, in einer grundsätzlich offen, kontrovers und dennoch solidarisch geführten Diskussion aller Überlebenswilligen, deren Phantasie, Zuversicht, Tatkraft und Sensibilität zum unerschöpflichen Dynamisierungspotential gesellschaftlicher Erneuerung werden muß. Die von der IG-Metall für dieses Jahr geplante Veranstaltungsreihe „Perspektive 2000“ könnte eine solche kreative Offensive einläuten, sofern sie einen solchen sozialen Prozeß nicht nur als Expertenstreit organisiert, sondern im Sinne einer umfassenden kulturellen Erneuerung versteht, also auf die tatkräftige Teilnahme aller interessierter Menschen, Gewerkschafter und nichtorganisierter Beschäftigter, Arbeitsloser, Auszubildender, Hausfrauen und Rentner setzt. Eine kulturelle Erneuerung im Interesse gesünderer Arbeit wäre in einem solchen Prozeß aufgehoben.

Horst Czock, Eberhard Göbel,
Beate Guthke, Barbara Maria Köhler

um – Zum Thema Aids im Krankenhaus haben sich schon viele, gefragt oder ungefragt, geäußert und die Beschäftigten verunsichert. Jetzt hat sich die Gewerkschaft ÖTV mit einem Positionspapier zu Wort gemeldet

Der rapide Anstieg von Aids-Neuerkrankungen scheint entgegen den Prognosen von vor zwei Jahren gebremst zu sein. Dennoch steigt natürlich die absolute Zahl Erkrankter weiter. Bis zum 31. März 1988 waren dem Aids-Zentrum im Bundesgesundheitsamt 1906 Fälle gemeldet. Mittlerweile dürfte die Gesamtzahl seit 1981 etwas über 2000 manifest an Aids Erkrankte betragen. Die Zahl HIV-Positiver dürfte um ein Vielfaches höher liegen.

Seit etwa zwei Jahren sind nicht nur speziell ausgerichtete Infektionsabteilungen oder Aids-Ambulanzen mit den Problemen der HIV-Infektion konfrontiert, sondern praktisch alle Beschäftigten im Gesundheitswesen. In den letzten Monaten wurde verstärkt über berufsbedingt mögliche Infektionen mit dem Aids-Virus einerseits, aber andererseits auch über die potentielle Gefährdung von Patienten durch HIV-positive Beschäftigte geschrieben und geredet. Gefragt und ungefragt meldeten sich tatsächliche und selbsternannte Experten zu Wort.

Über den Schutz vor einer HIV-Infektion am Arbeitsplatz informierte vor etwa einem Jahr der „Arbeitskreis für Krankenhaushygiene“ – eine Vereinigung von Medizinern und Verwaltungsleuten aus der Bundesrepublik, Österreich und der Schweiz. Die Tendenz der Veröffentlichung war, daß Panik fehl am Platze sei, daß aber die Maßnahmen der persönlichen Hygiene, der Desinfektion und des Kontaminations-schutzes einzuhalten seien. Mittlerweile sprachen sich jedoch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer sowie einige ärztliche Berufsverbände für die partielle Einführung von HIV-Zwangstests für Krankenhausmitarbeiter aus.

Dies erstaunte um so mehr, als noch vor kurzem im „Deutschen Ärzteblatt“ der Kölner Hygieniker Martin Exner feststellte, daß das Infektionsrisiko des „mit der Pflege und Therapie von HIV-infizierten Patienten befaßten medizi-

noch. Die Mitglieder wollten es, und außerdem: „Ich wüßte auch nicht, wie man anders Einfluß gewinnen kann als Berufsverband“, verteidigt Wolfgang Münster etwas hilflos die Verbandsstrategie.

Das Problem, daß man nichts bewirke, habe man immer, sagt Dorothea Brunsch, und das Engagement, mit dem sie das formuliert, will so gar nicht zu dem Eingeständnis der Hilflosigkeit passen. Auch in der Deutschen Krankenhausgesellschaft, in der der DBfK vertreten ist, sei es so. Die Anhaltszahlen für den Personalbedarf, die dort errechnet worden sind, harrten immer noch der Verwirklichung. „Was steckt da für eine Arbeit drin. Diese Zahlen gingen endlich einmal vom wirklichen Bedarf aus, und die werden vom Tisch gefegt.“ Eben.

Wir bieten einmal vorsichtig die Gewerkschaft an, wohl wissend, daß auch dort der Ausstieg aus der Konzertierten Aktion und das Setzen auf den Druck der Beschäftigten erst jetzt wieder diskutiert wird. Auch meinen wir, daß es interessant wäre, über die ÖTV Einfluß etwa auf Tarifverhandlungen zu gewinnen. Das sei vor einiger Zeit im Verband diskutiert worden, ob man

sich einer Gewerkschaft anschließen solle, erzählt Frau Brunsch. „Der Gewerkschaftsanschluß ist für uns schwierig. Die ÖTV hat nur Einzelmitglieder, während die DAG korporative Mitglieder aufnimmt. Aber egal, ob wir uns der DAG oder ÖTV anschließen, kippen wir einen Teil der Mitglieder hinaus. Dann wären wir entweder rechts oder links orientiert. Dagegen wehre ich mich. Wir sind zunächst einmal ein Berufsverband und vertreten die berufspolitischen Interessen. Die können nicht parteipolitisch festgeschrieben sein.“

Wolfgang Münster gesteht zu, daß der DBfK, gerade seit er anfängt, sich tarifpolitische Grundlagen zu erarbeiten, in Konkurrenz zur Gewerkschaft steht. Es müsse im Verband geklärt werden, daß es Forderungen gebe, die nur die Gewerkschaften durchsetzen können, zum Beispiel tarifpolitische. Dorothea Brunsch findet es nicht weiter schlimm, wenn Konkurrenz entsteht. Wir dagegen schon, weil wir meinen, daß es die Interessenvertretung der Krankenpflege erschwert, wenn da mit zwei Zungen unterschiedliche Sachen gefordert werden. „Wenn die DBfK-Mitglieder ein Interesse an einer Verbesserung der Situation in der Pflege haben, müßte doch das Ziel sein, daß sie in die Gewerkschaft gehen, damit sie sich mehr um die Interessen der Krankenschwestern und -pfleger kümmern“, so unser Argument gegen den Einwand, daß sich die ÖTV eben zu wenig um pflegerische Belange kümmert und gesundheitspolitisch eh nichts drauf hat. Frau Brunsch hält weder als Privat- noch als Verbandsperson etwas davon, die Gewerkschaft zu aktivieren. Sie liebäugelt deutlich mit dem Plan, selbst irgendwann einmal tariffähig zu werden.

Auf der anderen Seite hat man im DBfK durchaus etwas gegen Konkur-

renz, wenn sich andere Krankenpflegeverbände gründen. Deshalb werden Fachgruppen zu allen möglichen Themen eingerichtet, etwa zur Altenpflege, zur Pflege im OP-Dienst, in der Endoskopie. „Wir wollen alles, was mit Pflege zu tun hat, unter unserem Dach vereinigen. Da sind wir sehr cinnnehmend“, versichert Dorothea Brunsch.

Wolfgang Münster scheint zu riechen, wohin unsere Fragen gehen, und erzählt beim Mittagessen ausführlich von Arbeitsbereichen des DBfK, die nun tatsächlich nicht von der ÖTV beackert werden könnten und sollten. Zum Beispiel, wenn es um rein Fachliches geht, wie etwa um die Einrichtung einer zentralen Sterilisationsanlage in einem Krankenhaus. Wolfgang Münster möchte den DBfK in solchen Fällen als eine Art Kammer verstanden wissen, die dafür sorgt, daß die Anforderungen der Pflege in die Entscheidungen einfließen.

In der Praxis der Verbandsarbeit reibe man sich auch am meisten mit den Ärzten und Ärztenverbänden, die ständig für die Krankenpflege mitreden wollten. Da machten auch solche, die sich als fortschrittlich verstehen, keine Ausnahme. Er erzählt von einer heftigen Auseinandersetzung mit einem Arzt, der nicht akzeptieren wollte, daß das Pflegepersonal sehr viel sinnvoller als die Mediziner Schlafprobleme von Patienten im Krankenhaus beseitigen helfen können. Indem sie nämlich nicht mit den Schlaftabletten in der Hand „Wer hat noch nicht, wer will nochmal“ rufen, sondern indem sie bei der Pflegeanamnese erfragen, wie die Schlafgewohnheiten der Patienten sind, und die Schlafbedingungen darauf einrichten. Der Arzt habe gar nicht verstanden, daß es schädlich sei, wenn man Alltagsprobleme sofort der Medizin zuordne.

Um von den Kitteln der Ärzte loszukommen, muß sich die Krankenpflege professionalisieren, hatten Dorothea Brunsch und Wolfgang Münster gefordert. Dazu müßten Standards entwickelt und Qualitätsmaßstäbe gesichert werden. Denn wenn man das nicht mache, sei der Maßstab im Endeffekt immer die ärztliche Leistung.

Im Flur vor den Büros des Landesverbands hängen Sprüche von „Ahninnen“ der Krankenpflege, die sich laut Wolfgang Münster um die Professionalisierung der freien Krankenpflege verdient gemacht hätten. An prominenter Stelle einer von Florence Nightingale: Sie schwört: „In Treue will darnach streben, dem Arzte in seiner Arbeit zu helfen.“ Wieso eigentlich? Krankenschwestern und Pfleger sollen ihre Arbeit machen.

P.S. Ein Bild von den, wie wir gehört hatten, guten Fortbildungsveranstaltungen konnten wir uns nicht machen. Dazu hätte es einer Genehmigung des Gesamtverbands in Frankfurt bedurft. Und die lag leider nicht vor. □



Gesundheitlicher Schutz am Arbeitsplatz – gut und schön in der Theorie. Doch in der Praxis stößt man oft auf Arbeitnehmer, die selbst die Durchhalteparole ausgeben. Sogar Ärztinnen und Ärzte brüsten sich mit einer 70-Stunden-Woche. Das läßt sich nicht allein durch rechtliche Bestimmungen ändern. Aber wie sonst? Eine Berliner Arbeitsgruppe sucht nach neuen Strategien.

Ganz egal

Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz

Wenn es um den Gesundheitsschutz geht, verlassen sich die Gewerkschaften nach wie vor auf ihre in der Vergangenheit – unter anderen Bedingungen – erfolgreiche Strategie, den Arbeitsschutz durch staatlich abgesicherte, auf einzelne Belastungen bezogene Maßnahmen voranzutreiben.

Von der grün-alternativen Bewegung wurde die Programmatik „Arbeit und Gesundheit“ erst vergleichsweise spät aufgegriffen und etwa seit Mitte der 80er Jahre vor allem von Arbeitsgruppen im Umkreis der Gesundheitsläden diskutiert. Erörtert wurde dort im wesentlichen die Bedeutung eines verrechtlichten Arbeitsschutzes für Basisaktivitäten von engagierten Beschäftigten im Betrieb und die Problematik von Grenzwerten für gefährliche Arbeitsstoffe.

Grundsätzliche Einschätzungen und konkrete politische Forderungen fielen in beiden Themenkreisen auseinander: So wurde die bundesdeutsche Tradition der Verrechtlichung von Problemen und Konflikten als eine entpolitisierende Praxis kritisiert, vor allem, weil sie die Problemlösungen an Experten und Institutionen delegiert.

Bei konkreten Belastungen wurden dann jedoch zahlreiche zusätzliche Ge- und Verbote gefordert. Dieser Widerspruch zwischen der Einschätzung und den Forderungen wird bei den Grenzwerten für gefährliche Arbeitsstoffe besonders deutlich. Obwohl sie grundsätzlich als politisch gesetzte Grenzziehungen bewertet werden, die eine be-

stimmte Rate von Krankheits- und Todesfällen auf Seiten der Arbeitenden aus Rentabilitätsgründen für zulässig erklären, wird gleichzeitig eine Herabsetzung der Werte ebenso wie eine Erweiterung der Gefahrstofflisten gefordert. Wenn es um politisch Machbares und Wünschenswertes geht, rufen also auch Grün-Alternative zur Absicherung faktisch erzielbarer Kompromisse zunächst einmal nach dem Staat.

Diskutiert werden muß aber auch die oft an den Rand gedrängte Frage: Wie sind die Handlungsblockaden zu überwinden, die die Arbeitenden davon abhalten, sich aktiv für ihre Gesundheit am Arbeitsplatz zu engagieren und einen Abbau der Belastungen zu erwirken? Bekanntlich werden in allzu vielen Arbeitsverhältnissen nicht einmal Schutzvorkehrungen, die rechtlich abgesichert sind, von den Betroffenen eingefordert. Eine Verbesserung der Belastungssituation der Beschäftigten läßt sich offenbar nicht allein durch die – zweifellos notwendige – Weiterentwicklung des rechtlichen Arbeitsschutzes erreichen, vielmehr muß sich auch die *Arbeitskultur* verändern. Gesundheitsverschleiß durch Arbeit nämlich gilt vielen heute noch als „völlig normal“, oftmals sogar als unvermeidlich. Diese Arbeitskultur, die Härte gegen sich selbst und andere, das Zähnezusammenbeißen bis hin zum Ausführen sinnloser Anordnungen, ohne zu mucken, läßt einen sensiblen Umgang mit den eigenen körperlich-seelischen Befindlichkeiten in der Regel nicht zu, sondern interpretiert sie als Schwäche, Unfähigkeit oder gar Hysterie.

Leider reicht es aber auch nicht aus, daß Gesundheit von einzelnen aktiv gewollt wird, solange gesundheitsschädliches Verhalten zu den anerkannten Selbstverständlichkeiten der Arbeitskultur gehört. In jeder kollektiv organisierten Arbeit werden nämlich bestimmte Formen, mit Belastungen umzugehen, „kultiviert“, also positiv bewertet, während man andere als unwürdig ablehnt. Die „guten“ Bewältigungsformen sind nun aber keineswegs die auf Dauer gesündesten. Im Gegen-

teil: sie sind oftmals sogar regelrecht krankmachend – allerdings, ohne daß dies von den Beteiligten so wahrgenommen oder als Skandal empfunden würde.

Diese Arbeitskultur kann verstanden werden als ehemals notwendige Anpassung an die Leistungsabforderungen einer vergangenen industriellen Epoche und war für körperliche Schwerstarbeit sicherlich auch funktional, denn durch Härte gegen sich selbst können zweifellos bis zu einem bestimmten Grad die eigenen Kräfte und Fähigkeiten entwickelt werden, lassen sich also körperliche Schranken ausweiten, aber eben auch überschreiten. Durch systematisches Leugnen von Belastungen haben einzelne zuletzt auch versucht, ihr individuelles Lohn-Arbeitsverhältnis abzusichern.

Informatisierung, Automatisierung und Chemisierung des Arbeitsalltags hingegen rücken heute zunehmend andere Anforderungen und Belastungen in den Vordergrund: Verantwortung für gigantisch teure Produktionsanlagen, deren fehlerhafte Konstruktion, Bedienung, Steuerung und Wartung nicht nur Arbeitskollegen um Gesundheit und Leben bringen (vom eigenen ganz zu schweigen), sondern auch Umweltschäden von unüberschaubaren Ausmaßen bewirken können. Eine solche Verantwortung erfordert von den Beschäftigten Anspannung und Konzentration, eine permanente Verdrängung des Ernstfalls aus dem Bewußtsein und zugleich die körperlich-geistige Bereitschaft, ihn jederzeit zu meistern und größere Schäden glimpflich abzuwenden.

Diese Verantwortung und Bewältigung widersprüchlicher Anforderungen ist allerdings nicht nur Quelle von Streß (und den sich daraus entwickelnden somatischen Krankheiten), sondern zugleich auch von Stolz, Genugtuung und Selbstbewußtsein. Davon ausgeschlossen zu werden, durch Arbeitslosigkeit oder unterfordernde Tätigkeiten, kann für die Betroffenen ebenso kränkend sein, wie die streßträchtige Bewältigung solcher Arbeiten krankheitsverursachend ist. Immer mehr Beschäftigte sehen sich somit vor die fatale Alternative gestellt, zwischen „Krankheit durch Arbeit“ oder „Krankheit durch Arbeitslosigkeit“ wählen zu müssen.

Kontrapunkt

Positionspapier der ÖTV zu Aids im Krankenhaus

nischen Personals nach bisherigen Kenntnisstand als gering anzusehen" sei. Er empfahl, serologische Tests Mitarbeitern, die eine Infektion befürchten, anzubieten. Interessant zu lesen ist auch der Bericht über eine Reise, die eine Delegation der Bundesärztekammer zur Aids-Information in die USA unternahm. Das Ergebnis: „Infektionen im Krankenhaus gelten als selten.“ Im übrigen würden in etwa die Vorsichtsmaßnahmen wie bei Hepatitis B angewandt. Von Zwangstests kein Wort. Da stellt sich die Frage: Wen will die Bundesärztekammer eigentlich vor wem oder was schützen?

Diese Frage hat auch die Gewerkschaft ÖTV beschäftigt, die jetzt in einem 20seitigen Papier ihre Position zu Aids für die Beschäftigten im Gesundheitswesen formuliert hat. Ein Papier das geeignet ist, mit der Verunsicherung unter den Kolleginnen und Kollegen aufzuräumen.

Einleitend wird die medizinische Ausgangslage beschrieben, die kurz und prägnant den derzeitigen Wissensstand zusammenfaßt. Die Vorschläge zu den Schutzmaßnahmen im Gesundheitsdienst richten sich an den bereits mehrfach zitierten Vorschlägen der Hygieniker aus, wie sie auch im Oktober vergangenen Jahres in dg veröffentlicht wurden.

Der versicherungsrechtliche Aspekt einer berufsbedingten Aids-Erkrankung ist geklärt: Es handelt sich um eine Berufskrankheit und ist entsprechend anzuerkennen. Dazu hat sich die zuständige Berufsgenossenschaft auf Initiative der ÖTV eindeutig geäußert. Wichtig ist, sofort nach einer befürchteten Infektion den zuständigen Betriebsarzt oder den nächsten Durchgangsarzt aufzusuchen und dem Arbeitgeber den Arbeitsunfall zu melden.

Den größten Raum in dem Papier nehmen die Stellungnahmen zur arbeitsrechtlichen Situation ein. Darf der

Arbeitgeber bei einem Einstellungsgespräch nach HIV-Infektion und Aids-Erkrankung fragen? Die ÖTV verneint ein berechtigtes Interesse des Arbeitgebers an der zutreffenden Beantwortung der Frage nach einer HIV-Infektion, bejaht es bei der Frage nach einer Aids-Erkrankung. Dieses Fragerecht gilt allerdings für alle Krankheiten und bildet somit keine Sonderregelung für Aids-Erkrankte.

HIV-Tests für Beschäftigte im Gesundheitswesen bei Einstellung oder in regelmäßigen Abständen entbehren einer sachlichen Rechtfertigung und werden deshalb in dem Papier der Gewerkschaft abgelehnt. Zur Begründung wird auf die einschlägigen Vorschriften und Paragraphen des Arbeitssicherheitsgesetzes, der Arbeitsstättenverordnung und der Unfallverhütungsvorschrift „Gesundheitsdienst“ verwiesen.

Eine HIV-Infektion stellt keinen Kündigungsgrund dar, auch nicht für Beschäftigte des Gesundheitswesens. Die Einhaltung der entsprechenden Hygienemaßnahmen muß allerdings gewährleistet sein. Führt Aids zur Arbeitsunfähigkeit, gelten die gleichen rechtlichen Grundsätze wie bei anderen Erkrankungen auch.

Schließlich werden in der Veröffentlichung der ÖTV detailliert die Rechte und Pflichten der Betriebs- und Personalaräte im Zusammenhang mit Aids aufgeführt, besonders im Hinblick auf Personalfragebögen, Auswahlrichtlinien und Maßnahmen zum Gesundheitsschutz. Die daraus abgeleiteten Forderungen an die Arbeitgeber nach ausreichender Personalausstattung, zusätzlichen Fortbildungsmaßnahmen, Durchführung aller Schutzmaßnahmen und psychosozialer Betreuung sind in der emotional aufgeheizten Diskussion um Aids auch in den Gesundheitsberufen ein erfreulicher Beitrag zur Versachlichung. Nicht HIV-Zwangstests schützen die Kolleginnen und Kollegen, sondern mehr Zeit für die Betreuung und Pflege der Patienten. □

Anzeige

Infodienst der Gesundheitsläden

Der Infodienst...

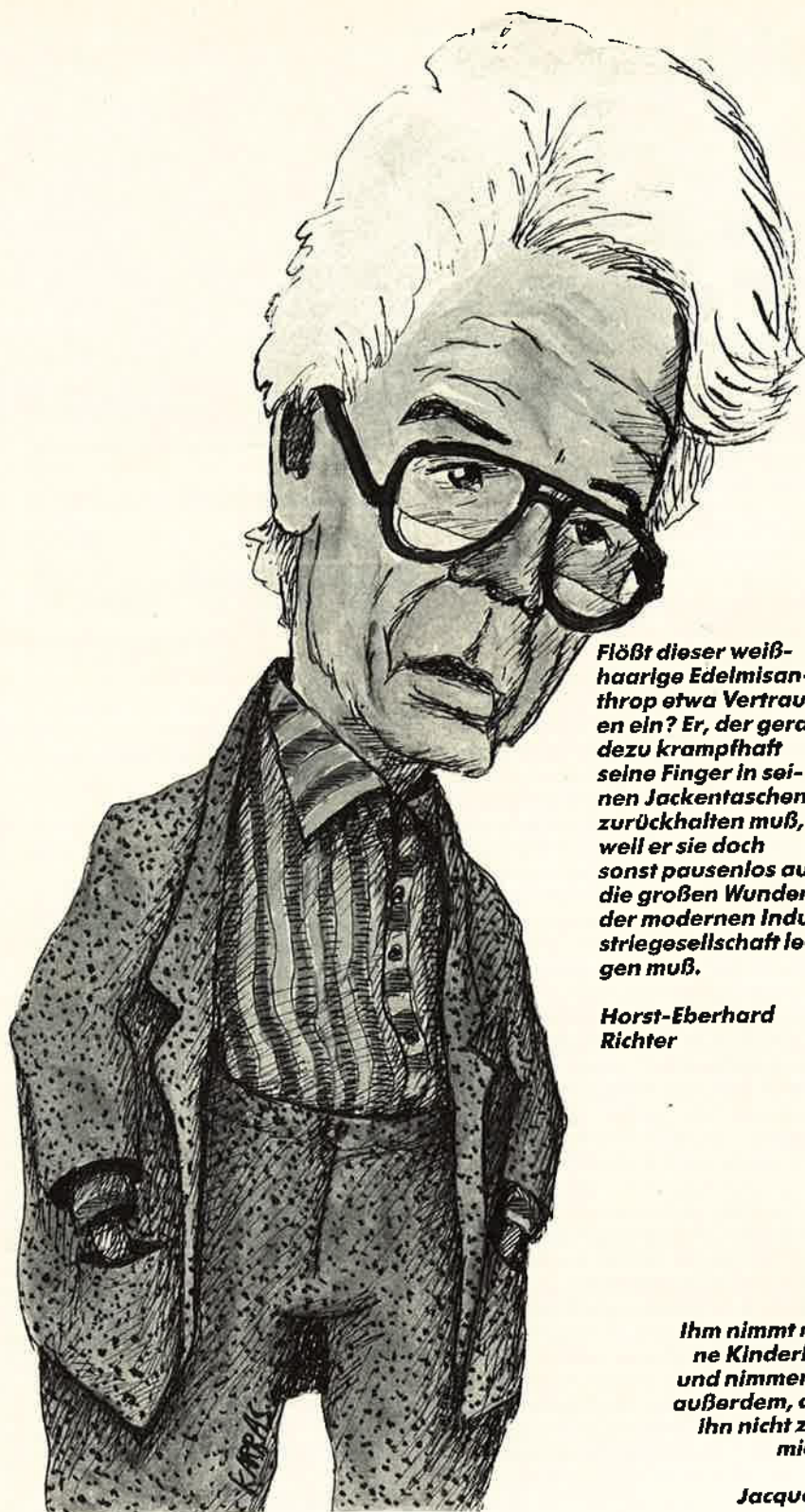
- ◆ stellt wichtige gesundheitspolitische Schwerpunktthemen zur Diskussion
- ◆ dient der inhaltlichen Vorbereitung der Gesundheitsladentreffen
- ◆ ist in den Gesundheitsläden für 3.- DM erhältlich
- ◆ ist zu bestellen wie folgt: Überweise den entsprechenden Betrag auf das Sonderkonto Infodienst: PGA Hamburg (BLZ 200 100 20) Kto-Nr. 1037 - 202 und vermerke auf dem linken Zahlkartenabschnitt deutlich deinen Wunsch und deine Anschrift.
- ◆ kostet incl. Porto einzeln: 4.- DM
- ◆ kostet incl. Porto im Abo: 20.- DM

Nr. 29



Anfragen richtet bitte an:

Infodienst der Gesundheitsläden
c/o Bremer Gesundheitsladen e.V.
Braunschweiger Straße 53b
2800 Bremen 1
Telefon: 0421/498 86 34



Diesem eitlen Gekken mit Hut, der täglich seine Haare schneiden ließ, weil er sonst Minderwertigkeitskomplexe bekommen hätte?

Sigmund Freud

Flößt dieser weißhaarige Edelmisanthrop etwa Vertrauen ein? Er, der geradezu krampfhaft seine Finger in seinen Jackentaschen zurückhalten muß, weil er sie doch sonst pausenlos auf die großen Wunden der modernen Industriegesellschaft legen muß.

Horst-Eberhard Richter



Ihm nimmt man seine Kinderliebe nie und nimmer ab. Gut außerdem, daß man ihn nicht zum Vermieter hat.

Jacques Lacan

Wem dieser Herren würden

hc – „Alle Psychiater sind irre“. Das sagen viele. Und das stimmt natürlich nicht. Aber auch das Gegenteil ist falsch: Alle Psychiater sind gesund. Kaum ein Berufszweig hat so sehr unter den Vorurteilen der Bevölke-

rung zu leiden wie dieser. Wir erinnern uns an den Film „*Einer flog über das Kuckucksnest*“? Da mieteten sich die Insassen einer geschlossenen Abteilung ein Ausflugsboot. Sie gaben sich dreist als Psychiater

aus, die einen Betriebsausflug unternehmen wollten. Den Unterschied merkte keiner.

Natürlich finden sich unter den großen und kleinen, bekannten und unbekannten

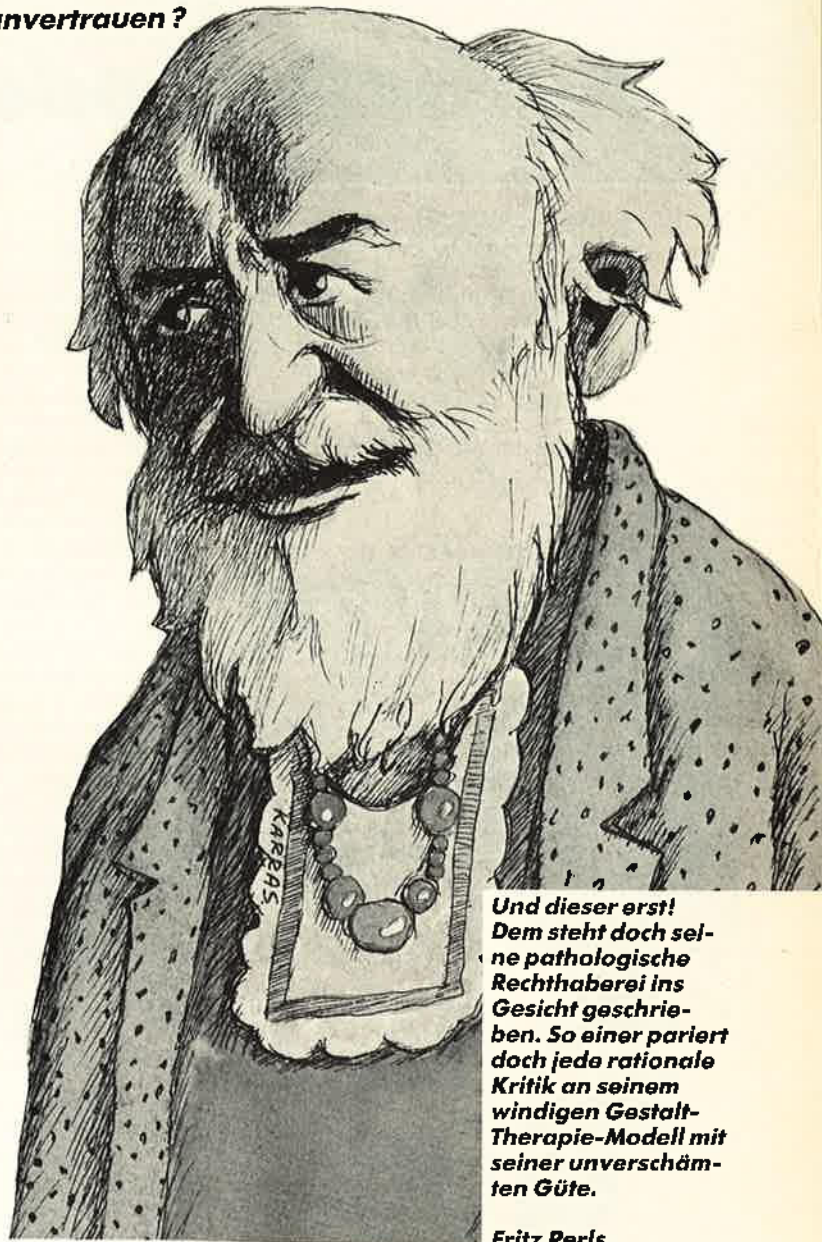


Betrachten wir die Bilder der Frankfurter Karikaturistin Jutta Karras. Wem dieser Herren könnte man sich mit seinen geheimen Problemen wirklich frohen Herzens anvertrauen?



Warum warnt uns niemand vor diesem Verrückten, der in seinem Bademantel und mit diesem „Laßt-mich-nur-ran-Blick“ so ungemein vertrauensvoll aussieht?

Wilhelm Reich



Und dieser erst! Dem steht doch seine pathologische Rechthaberei ins Gesicht geschrieben. So einer pariert doch jede rationale Kritik an seinem windigen Gestalt-Therapie-Modell mit seiner unverschämten Güte.

Fritz Perls

Sie sich anvertrauen?

Leuchten der Psychiatrie und Psychologie alle möglichen Persönlichkeitstypen. Nur scheint eben dieses besonders delicate Tätigkeitsfeld bei uns tiefsitzende Befürchtungen zu wecken, die immer wieder ihren Aus-

druck auch in unbarmherzigen Spott finden.

Die Ängste, die dahinter stecken, hat man ernst zu nehmen. Schließlich kann es niemandem egal sein, was in einer Gesellschaft als

psychisch krank gilt und was nicht. Wo doch selbst die Psychotherapeuten zuweilen nichts mehr fürchten, als beim Kollegen in die Therapie gehen zu müssen. Das sollte uns Warnung genug sein.

Die Fluktuation bei Krankenschwestern ist erschreckend hoch. Trotz großen Engagements am Anfang scheiden viele schon nach ein paar Jahren aus. Warum das so ist, hat Toni Faltermaier untersucht

Aushalten oder aussteigen?



Die Arbeit in der Krankenpflege, die immer noch überwiegend (zu 85 Prozent) von Frauen geleistet wird, ist nicht gerade ein Berufsfeld, das große öffentliche Aufmerksamkeit auf sich zieht.

Wenn heute in der gesundheitspolitischen Diskussion überhaupt einmal vom Pflegepersonal die Rede ist, dann dominieren die Sorgen der Politiker um eine ausreichende Zahl von Pflegekräften – die Gesundheitsversorgung muß schließlich aufrechterhalten bleiben –, oder es werden die hohen Personalkosten im Krankenhausbereich beklagt, die natürlich auch vom Pflegepersonal „verursacht“ werden. Die sozialwissenschaftliche Forschung konzentrierte sich in ihren spärlichen Studien über die Krankenpflegeberufe ebenfalls auf den Personalmangel. Sie untersuchte zum Beispiel die hohe Mobilität und die geringe Verweildauer von Krankenschwestern im Beruf – offenbar ein Abbild dessen, was Gesundheitspolitiker interessiert. Die Betroffenen selbst sind bisher nicht in der Lage gewesen, sich in der Öffentlichkeit in einer Weise Gehör zu verschaffen, wie es für den mit über 300 000 Beschäftigten größten aller Gesundheitsberufe eigentlich angemessen wäre.

Wie sehen nun die Krankenschwestern selbst ihre berufliche Situation, und wie leben sie ihren Beruf? Wie verlaufen vor allem die ersten Berufsjahre, die für den weiteren Verbleib im Beruf entscheidend sind? Und wie gehen sie mit den vielen Belastungen und Zumutungen in ihrer Arbeit um?

Ich bin diesen Fragen in einer psychologischen Studie nachgegangen. Sie hatte das Ziel, die Sicht junger Krankenschwestern von ihrem Beruf und ihre Lebensläufe mit diesem Beruf möglichst umfassend zu rekonstruieren. Dazu wurde eine Gruppe von Frauen, die ihre Ausbildung in einer städtischen Krankenpflegeschule absolviert hatten, fünf Jahre nach ihrem Berufsbeginn (sie waren zum Zeitpunkt der Untersuchung etwa 26 Jahre alt) mit Hilfe von qualitativen Interviews befragt.

Ein erstaunliches Ergebnis war zunächst, mit welcher großen Motivation die Frauen den Beruf der Krankenschwester ergriffen. Meist entschieden sie sich schon früh und mit großer Überzeugung dafür, oft gegen den Widerstand ihrer Eltern, die ihre Töchter lieber in einer leichteren und sauberen Büroarbeit gesehen hätten. Für fast alle Frauen war das entscheidende Motiv für diesen Beruf der Umgang mit Menschen und die helfende Tätigkeit; zudem schien ihnen diese Arbeit – im Gegensatz zur ungeliebten Büroarbeit – abwechslungsreich, praxisbezogen und mit viel körperlicher Aktivität verbunden.

Die Bereitschaft zu sozialem Engagement und der Glauben an die Möglichkeit in diesem Beruf, Menschen zu helfen, trug anfangs oft noch sehr idealistische Züge; diese Motive wurden aber durch die praktischen Erfahrungen in der Ausbildung in realistischere Bahnen gelenkt. Die Frauen konnten jetzt die Möglichkeiten und Grenzen des Krankenpflegeberufs besser einschätzen. Das änderte aber nichts an ihren Idealen des Helfens und an ihrem Ziel, eine gute Krankenpflege zu leisten.

Die Erfahrungen im Beruf wurden dann aber in mancher Hinsicht zu einer Enttäuschung. Die Krankenschwestern waren sehr häufig mit Arbeitsbedingungen konfrontiert, die zu massiven Belastungen für sie wurden. Und sie konnten ihre Kompetenzen und ihre Vorstellungen von einer guten Krankenpflege in weit geringerem Maße an ihrem Arbeitsplatz einbringen, als sie erwartet hatten. Die Vielzahl von Belastungen, die von den Frauen geschildert wurden, ist in der Kürze gar nicht darzustellen.

Der Umgang mit dem kranken Menschen ist für die Krankenschwester der erwünschte und befriedigende Teil ihrer Arbeit. Dennoch können daraus große Belastungen entstehen, wenn die notwendigen Voraussetzungen für die Arbeit am Patienten fehlen: Das ist vor allem ausreichende Zeit! Zudem fehlen gerade am Berufsbeginn den jungen

Krankenschwestern oft noch die Kompetenzen und Erfahrungen im Umgang mit bedrohlichen Erkrankungen, Notfällen oder „schwierigen“ Patienten. Und sehr selten erhalten sie die psychische und soziale Unterstützung, um die Erlebnisse mit schwerkranken und sterbenden Patienten verarbeiten zu können.

In der Regel ist es aber nicht eine Belastung allein, die die Frauen überfordert, sondern es ist alles zusammen. Das macht es für sie auch so schwierig, ihre schlimme Arbeitssituation zu beschreiben. In der Institution Krankenhaus ist die Krankenschwester für alles zuständig, bei ihr laufen alle Fäden zusammen. Daraus ergeben sich ständig Stresssituationen, weil die Menge an zu erledigenden Arbeiten am Patienten, am Schreibtisch und in der Koordination verschiedener Tätigkeiten und Berufsgruppen zu groß wird; weil sich durch unvorhersehbare Zusammenballungen von Arbeiten und unaufschiebbaren Bedürfnissen der Patienten ein oft dramatischer Zeitdruck ergibt.

Die entscheidende Ursache für das Entstehen dieser Überlastungssituationen ist der in vielen Krankenhäusern herrschende Personalmangel, sowohl quantitativ, was die Zahl an Pflegekräften auf einer Station betrifft, als auch qualitativ, was ihre Qualifikation betrifft. Die Stellenschlüssel in den Krankenhäusern orientieren sich oft noch an Anhaltszahlen aus dem Jahr 1969, die für die heute anfallende Arbeitsmenge völlig unzureichend sind. Es kommt hinzu, daß häufig Planstellen aus diversen Gründen unbesetzt bleiben und daß es für Ausfälle durch Krankheit, Schwangerschaft und Urlaub in der Regel keinen Ersatz gibt. Die Erzählungen der Frauen enthalten eine Fülle von Beispielen für eklatante personelle Unterbesetzungen, die zum Teil ein skandalöses Ausmaß annehmen. Sie führen über kurz oder lang zu einer großen Fluktuation des Stationspersonals; durch den Ausfall eingearbeiteter Kollegen vergrößert sich dann der Arbeitsdruck für die Zurückbleibenden noch weiter.

Eng verbunden mit diesen Belastungen in der Arbeitstätigkeit ist das Klima unter den Mitarbeitern einer Station. Die häufigsten und subjektiv bedeutsamsten Belastungen entstehen dabei im Pflegepersonal selbst und bei Konflikten mit Ärzten. Auseinandersetzungen mit der Stationsleitung spielen eine besondere Rolle. Sie haben ihren Grund vor allem in unterschiedlichen Vorstellungen von der Pflegepraxis und im autoritären Führungsstil einer Stationschwester. Dahinter stehen oft Konflikte zwischen zwei Generationen von Krankenschwestern, die sichtbar werden, wenn sich die jüngeren Schwestern nicht mehr problemlos in die Hierarchie einordnen und an oft jahrzehntelang gepflegte Arbeitsstile und -routinen anpassen lassen.

Wer im Krankenhaus anfängt, ist hochmotiviert. Oft auch noch nach der Ausbildung. Aber dann geht es mit dem Stress erst so richtig los

Eine ähnliche Umbruchsituation steht auch hinter Konflikten mit dem ärztlichen Personal. Sie machen sich an Auswüchsen in der hierarchischen Anordnung dieser beiden Berufsgruppen fest, wenn Ärzte ihre Macht so weit ausspielen, daß sich die Krankenschwestern als Person oder als Berufsgruppe diskriminiert sehen. Sie äußern sich aber auch in Problemen der Zusammenarbeit, zum Beispiel in Auseinandersetzungen um die Grenzen zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Arbeitsfeld oder in Konflikten um die angemessene Behandlung von Patienten. Zwar besteht nach wie vor eine historisch gewachsene Abhängigkeit und Unterordnung, aber sie wird von den jüngeren Krankenschwestern immer öfter in Frage gestellt.

Für eine Veränderung dieser Verhältnisse ist es nun eine entscheidende Frage, wie die Krankenschwestern mit den Belastungen in ihrem Beruf umgehen. Die vielen in dieser Studie herausgearbeiteten Bewältigungsstile lassen sich in drei Mustern zusammenfassen:

- Aushalten der Belastungen,
- Aussteigen aus dem Beruf,
- Versuche, die Ursachen der Belastungen zu verändern.

Der immer noch überwiegende Teil der Krankenschwestern versucht zunächst, die Belastungen irgendwie auszuhalten. Dabei werden die Belastungen zum Teil übersehen, verdrängt oder als normal für die Arbeit in der Krankenpflege angesehen. Trotz ständiger Überforderungen handeln Krankenschwestern oft über Jahre nach der Devise „Alles machen, was überhaupt zu schaffen ist“. Die positive Bedeutung des Berufs, die Notwendigkeit, dem Patienten zu helfen, und die Hilfs- und Aussichtslosigkeit, sich dagegen zu wehren, sind die Gründe, warum sie die Belastungen auszuhalten versuchen. Sie arbeiten dabei ständig bis an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit und brauchen entsprechend lange Phasen in der Freizeit, um sich wieder zu regenerieren.

Dennoch ist diese Form des Umgangs mit dem Beruf schwer auf die

Dauer zu leben und bringt große gesundheitliche Gefährdungen mit sich. Die Belastungen eskalieren oft so weit, daß der Krankenschwester nur mehr ein Wechsel der Stelle übrig bleibt. Und ein Teil der Frauen verliert auf diese Weise allmählich die Begeisterung für den Beruf und konzentriert sich stärker auf ihr Privatleben. Die Aufgabe des Berufs ist dann eine häufige Konsequenz aus dieser Entwicklung.

Frauen, die ganz aus dem Beruf aussteigen, machen das hauptsächlich wegen der negativen Erfahrungen und weil sie eine Familie gründen wollen. Meist spielen beide Motive zusammen: der Kinderwunsch wird in einer Lebensphase aktuell, wo die beruflichen Belastungen und Enttäuschungen einen Höhepunkt erreicht haben. Kaum eine Krankenschwester gibt den Beruf gern auf. Oft versucht sie zuerst längere Zeit, den Beruf mit den Kindern und der Familie zu vereinbaren. Erst wenn diese Doppelbelastung über ihre Kräfte geht oder sich beide Bereiche nicht mehr vereinbaren lassen, geben die Frauen die Berufstätigkeit auf. Fast allen befragten Krankenschwestern fiel dieser Entschluß sehr schwer, und sie trugen sich bald mit dem Gedanken, wieder einzusteigen. Die Realisierungschancen dieses Wunsches waren jedoch unterschiedlich gut.

Ein Teil der Krankenschwestern erkannte aber mit zunehmender Erfahrung im Beruf die Bedingungen, die zu ihren Belastungen führen. Sie sehen die ständig knappe Personalsituation, die Mängel in der Arbeitsorganisation, die Stationsschwester, die diese Unzulänglichkeiten mit aufrechterhält, und das Fehlen einer wirklich patientenorientierten Pflege auf der Station. Auch sie müssen sich an ihrer ersten Stelle zunächst an solche Verhältnisse anpassen.

Aber dann beginnen sie, erste Veränderungen vorzunehmen: Sie führen Momente einer patientenorientierten Pflege ein, gestatten sich kleinere organisatorische Abweichungen, versuchen Kolleginnen und die Stationsleitung ▶

Der größte Teil der Krankenschwestern versucht zunächst, die Belastungen irgendwie auszuhalten. Wenn das nicht mehr geht, spielen die persönlichen Bewältigungsmuster eine entscheidende Rolle

Auf der anderen Seite schreitet die „Verberuflichung“ der Krankenpflege voran. In den letzten Jahrzehnten ist das Qualifikationsniveau des Pflegepersonals kontinuierlich angestiegen, der Anteil von Ordens- und Diakonischwestern ist stark gesunken. Männer haben inzwischen immerhin einen Anteil von 15 Prozent erreicht. Die Frauen in der Krankenpflege begreifen heute ihre Arbeit immer mehr als einen Beruf wie jeden anderen. Ein zunehmender Anteil der Krankenschwestern ist verheiratet und hat Kinder. Das bringt sie natürlich – ähnlich wie in anderen Berufen – in Konflikt zwischen Beruf und Familie. Gerade unter den Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege läßt sich beides nur schwer verwirklichen, und eines allein ist den Frauen heute oft zu wenig. Aber ein Beruf bietet Frauen die Chance zu Le-

von den Vorteilen eines anderen Arbeitsstils und einer besseren Organisation zu überzeugen und intervenieren zum Teil sogar bei höheren Instanzen.

Ihr anfangs noch defensiver Umgangsstil gegenüber Ärzten und Vorgesetzten wird allmählich offener und offensiver; sie lernen, Konflikte auch auszutragen. Und sie handeln dabei zunehmend gemeinsam mit ähnlich betroffenen Kollegen. Erste Ansätze einer Solidarität unter dem Pflegepersonal und erste Ansätze für kollektive Aktionen werden erkennbar. Dieses Klima der Gemeinsamkeit muß allerdings erst in einem mühsamen Prozeß durchgesetzt werden. Durch viele Gespräche mit den unmittelbaren Arbeitskollegen entsteht allmählich ein Bewußtsein von der gemeinsamen Betroffenheit und von der Möglichkeit, gemeinsam etwas verändern zu können.

In diesen unterschiedlichen Bewältigungsstilen drückt sich die widersprüchliche Situation aus, in der sich die Krankenpflege heute befindet. Die Tradition eines Frauenberufs, der sich dem Dasein für andere verschrieben hat, wirkt bis heute nach. Krankenschwestern, die sich für ihre Patienten aufopfern, ihre helfende Tätigkeit in dienender Haltung leisten und ihre Rolle in einer geschickten und selbstlosen Assistentin des Arztes sehen, sind noch überall zu finden. Oft liegt ein erster Schritt zur Befreiung schon im Wahrnehmen und Zulassen eigener Bedürfnisse oder im Eingestehen der eigenen Überbelastung.

Die Tradition dieses Berufs zeigt sich aber auch in vielen strukturellen Einschränkungen: die niedrige Stellung der Krankenpflege in der Hierarchie des Krankenhauses, die Unterordnung unter die (männliche) Medizin, die niedrige Entlohnung ihrer Arbeitskraft und die immer wiederkehrenden Versuche, Frauen für eine nahezu unentgeltliche Krankenpflege als „weibliche Liebestätigkeit“ (Bischof) zu gewinnen.

Eva H. – ein Beispiel für Aussteigen

Eva hat sich ihre erste Stelle in einem städtischen Krankenhaus bewußt wegen des guten Stationsklimas ausgesucht. Sie stürzt sich mit großem Engagement in die Arbeit und erlebt in der jetzt selbständigen und verantwortungsvollen Arbeit als Krankenschwester große Befriedigung. Der Beruf macht ihr Spaß. Das ändert sich jedoch bald, als der Arbeitsdruck durch einen ständigen Personalmangel immer größer wird. Zwei Planstellen sind auf Dauer nicht besetzt; hinzu kommen Schwangerschaften von Kolleginnen, die im übrigen Team mitgetragen werden müssen. Trotz ständiger Überstunden hat Eva den Eindruck, die Patienten nicht ausreichend versorgen zu können. Vor allem durch die vielen Arbeiten am Schreibtisch sieht sie sich davon abgehalten, auf die Bedürfnisse der Patienten einzugehen. Beschwerden bei der verantwortlichen Oberschwester führen zu keiner Besserung; die Schwestern haben vielmehr das Gefühl, gar nicht richtig angehört zu werden und ständig durch Ausreden vertrieben zu werden. Dann verschlechtert sich auch das anfangs so gute Teamklima. Gute Kolleginnen gehen, und unter den Zurückbleibenden häufen sich kleine und größere Konflikte. Eva ist zwar in solchen Situationen durchsetzungsfähig, aber die Atmosphäre beeinträchtigt sie stark und macht die sonstigen Arbeitsbelastungen noch unerträglicher. Nach drei Jahren im Beruf orientiert sie sich um: Sie heiratet, bekommt ein Kind und steigt aus dem Beruf aus. Sie fühlte sich ausgebeutet, und eine gute Krankenpflege schien ihr unter diesen Bedingungen nicht mehr realisierbar. Dennoch gehen ihr heute als Hausfrau und Mutter von zwei Kindern die vielen befriedigenden Seiten ihres Berufes ab, und ihr fehlen vor allem die Kontakte zu Kolleginnen.



bensentwürfen, die über die gesellschaftlich erwartete „weibliche Normalbiographie“ hinausgehen. Diese Chance scheinen heute mehr und mehr Krankenschwestern auch wahrzunehmen.

Sie und ihre männlichen Kollegen lassen sich im Beruf nicht mehr alles bieten. Sie beginnen, ihre Arbeitsbedingungen so umzugestalten, daß sie auch auf Dauer lebbar sind. Und sie engagieren sich mit zunehmendem Selbstbewußtsein für eine patientenorientierte Krankenpflege, die – könnte sie umfassend verwirklicht werden – zur „Humanität im Krankenhaus“ beitragen würde. Diese Veränderungen sind vielleicht nur kleine Schritte, aber, wenn man sie auf dem Hintergrund der Tradition dieses Berufs und der verkrusteten Strukturen im Gesundheitswe-

sen betrachtet, doch Fortschritte, die man nicht unterschätzen sollte.

Eine Aktivierung des Krankenpflegepersonals geht bisher jedoch kaum über den Rahmen einer Station hinaus. Eine politische oder gewerkschaftliche Organisation spielte bei den befragten Frauen noch kaum eine Rolle. Aber gerade in jüngster Zeit häufen sich Anzeichen, daß hier einiges in Bewegung kommt. Das scheint auch notwendig, wenn man die Äußerungen konservativer Politiker hört, die den „Pflegenotstand“ zum Beispiel dazu nutzen wollen, Frauen nach der Familienphase für den sozialen Dienst in der Alten- und Krankenpflege zu aktivieren – mit Schmalspurausbildung für minimalen Entgelt, versteht sich. Solche immer wiederkehrenden Versuche erinnern an die Anfänge einer Umgestaltung der

Krankenpflege zu einem „Frauenberuf“. Das war allerdings schon im 19. Jahrhundert.

Die Krankenpflege scheint sich heute wieder in einer kritischen Phase zu befinden, in der Aufbruch und Emanzipation möglich werden könnten, aber auch die Gefahr einer Restauration besteht. Es wird viel von den Krankenschwestern selbst abhängen, welche Richtung die Entwicklung nehmen wird. □

Die Ergebnisse dieser Studie sind ausführlich beschrieben in: Toni Faltermaier, Lebensereignisse und Alltag. Konzeption einer lebensweltlichen Forschungsperspektive und eine qualitative Studie über Belastungen und Bewältigungsstile von jungen Krankenschwestern, München 1987.

Toni Faltermaier arbeitet am Lehrstuhl Psychologie der Universität Augsburg

Bettina R. – ein Beispiel für Aushalten

Bettina ist mit Begeisterung Krankenschwester geworden. Nach der Ausbildung, die ihr durch die Anerkennung für ihren Arbeitseinsatz einen großen Zuwachs an Selbstbewußtsein gebracht hat, geht sie zurück in ihren Heimatort. Erst nach längerer Suche findet sie eine Arbeitsstelle in einem Kreiskrankenhaus, die dann allerdings zu einer ziemlichen Enttäuschung und äußerst belastenden Erfahrung wird. Es herrscht ein vollkommen anderer Arbeitsstil als in den städtischen Kliniken, der kaum Raum für Selbständigkeit läßt. Auf der Station mit vielen schwerkranken Patienten, Intensivpflegefällen und ständigen Notfällen ist viel zu wenig Personal. Sie ist eine der wenigen voll ausgebildeten Krankenschwestern im Team, trägt daher einen Großteil der Verantwortung. Sie fühlt sich vollkommen überfordert, sowohl fachlich als auch durch die Arbeitsmenge und ein konfliktreiches Klima unter den Angestellten. Sie wird von niemanden angelernt und ist ziemlich auf sich allein gestellt.

In dieser Situation versucht sie, möglichst alle Anforderungen zu erfüllen und es allen recht zu machen. Sie will alle Tätigkeiten sehr gut machen, um eine gute Krankenschwester zu sein. Sie spricht weder ihre Überforderung an noch die zu hohe Verantwortung. Auch kann sie ihren Standpunkt und ihre Interessen gegenüber Vorgesetzten und Ärzten kaum vertreten; sie will mit allen gut auskommen. Von den Patienten fühlt sie sich dagegen akzeptiert. Aus dieser Beliebtheit schöpft sie offenbar die Kraft, um diese äußerst belastende Arbeitssituation auf die Dauer auszuhalten.



Karin L. – ein Beispiel für Veränderungsversuche

Karin arbeitet an ihrer ersten Stelle in einem Kreiskrankenhaus. Die schwierige Arbeit bei nahezu fehlender Einweisung überfordert sie: Nach drei Wochen muß sie schon einen Nachtdienst machen, in dem sie für 30 Patienten, zum Teil Intensivpflegefälle, verantwortlich ist. Angesichts ihrer noch fehlenden Erfahrung scheint ihr das sehr fahrlässig und belastet sie sehr. Zudem wird sie in der Arbeit im Tagdienst durch die Stationschwester extrem reglementiert: Diese schränkt selbständiges Denken und Handeln, zu dem sie in ihrer Ausbildung gerade angeleitet wurden, in sehr autoritärer Weise ein und duldet keinen Widerspruch gegen ihre Anordnungen. Karin und einige ihrer Kolleginnen setzen sich nach einiger Zeit dagegen zur Wehr. Die Auseinandersetzungen eskalieren bald zu einem Dauerkonflikt. Nach einer Aussprache verschärft sich das Klima weiter, und die „oppositionellen“ Schwestern werden mit Sanktionen bedacht. Eine Vorsprache der Betroffenen bei der Oberschwester und eine schriftliche Abfassung der Vorwürfe gegen die Stationschwester bringen ebenso wenig eine Besserung wie eine Aussprache mit dem Chefarzt. Im Grunde teilen alle die Vorwürfe, aber nur ein Drittel des Stationspersonals entschließt sich zu diesem offenen Protest, die übrigen haben Angst um ihren Arbeitsplatz, auf den sie – da ortsgebunden – angewiesen sind. Als die Hinzuziehung des Personalrats keine Wirkung zeigt, bleibt den fünf beteiligten Frauen nur noch die Kündigung, die sie gemeinsam vollziehen. Obwohl die Bewältigungsstrategie von Karin letztlich keinen direkten Erfolg zeitigte, war es ein erstaunlich weit gehender kollektiver Versuch, eine der Ursachen ihrer belastenden Arbeit zu verändern.

„Einmal sehen ist besser als hundertmal hören“

In Vietnam droht eine Hungersnot von größtem Ausmaß. Im zweiten Jahr hintereinander fällt wegen ungewöhnlicher Witterungsbedingungen fast die gesamte Reisernte aus. Die seit Jahren von der Hilfsaktion Vietnam geleistete vorwiegend medizinische Hilfsarbeit wird so wegen Geldmangels noch schwieriger und unzureichender. Wolfgang Hühn berichtet von seinem Besuch in Vietnam im April diesen Jahres

Ein Reisebericht aus Vietnam

Vietnam ist ein subtropisches Land, und wer dort hinfliegt, erwartet Hitze, hohe Luftfeuchtigkeit, unter Umständen Monsunregen, aber auf keinen Fall niedrige Temperaturen. Wer weiß schon, daß im Norden des Landes, unter dem klimatischen Einfluß des Himalaya, die Temperaturen in den Wintermonaten oft auf acht Grad Celsius absinken.

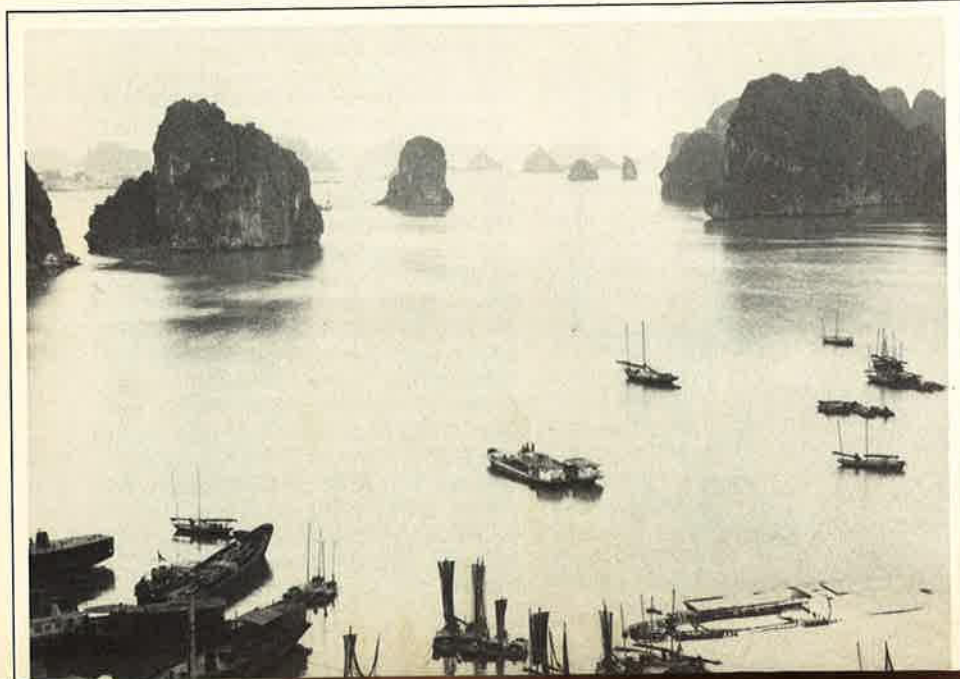
Aus dem brutheißen Bangkok – 40 Grad im Schatten – kommend waren wir zunächst nach unserer Landung in Hanoi angenehm überrascht: Es war kühl und trocken, aber für diese Jahreszeit viel zu kalt. Das empfanden besonders die Vietnamesen: Sie froren trotz Jacken und Schals. Doch die niedrigen Temperaturen machten ihnen noch ganz andere Sorgen.

Die Bucht Ha Long bei der Provinzhauptstadt Hong Gai

Kälte und Trockenheit hatten bewirkt, daß ein großer Teil der Frühjahrsreisernte verloren war. Bereits im vergangenen Jahr gab es beträchtliche Ernteverluste und Schwierigkeiten in der Versorgung der Bevölkerung – Folgen der chemischen Kriegführung der USA, aber auch der weltweiten Klimaveränderung. Sie haben die früher normalen und einigermaßen kalkulierbaren Wetterverhältnisse wie auch die subtropischen Jahreszeiten durcheinander gebracht. Die Vegetationsperioden sind aus ihrem ursprünglichen, natürlichen Rhythmus geraten. Für den Reisanbau, der extrem wetter- und temperaturabhängig ist, sind das äußerst schlechte Bedingungen, die in den beiden letzten Jahren zu diesen verheerenden Auswirkungen geführt haben. Die wichtigen Frühjahrsernten, sonst die ertragreichsten im Norden Vietnams, gingen verloren.

In sieben Provinzen droht akute Hungersnot; der Ernährungsnotstand war dort bereits ausgerufen. Eine dieser Provinzen ist Quang Ninh mit der Hauptstadt Hong Gai, die wir besuchten. Hong Gai liegt nördlich der Hafenstadt Haiphong an der malerischen Bucht von Ha Long. Hunderte, wie Zuckerhüte geformte Felsen ragen aus dem Wasser – eine Landschaft von atemberaubender Schönheit.

Die Stadt und das Umfeld haben historische und wirtschaftliche Bedeutung: Mit der Bombardierung Haiphongs und Hong Gais durch die Franzosen begann der erste Indochinakrieg, und auch die ersten Bomben der US-Luftwaffe auf Nordvietnam fielen im August 1964 auf Ha Long und Hong Gai. Als der Krieg 1973 beendet wurde, lag die Stadt Hong Gai in Schutt und Asche. Sie wurde von den Bewohnern wieder völlig aufgebaut.





Das neue Silikosekrankenhaus von Hong Gai und sein Chefarzt Dr. Lun Van Hoat (Mitte)

Neben dem Fischfang wird Holzwirtschaft betrieben, doch gibt es in der felsigen Umgebung kaum Möglichkeiten zu landwirtschaftlicher Nutzung, schon gar nicht, um Reis anzubauen. Der bedeutende volkswirtschaftliche Faktor der Stadt liegt in den großen Steinkohlevorkommen. Die Stadt und ihre Umgebung sind das Kohlerevier Vietnams; 90 Prozent der vietnamesischen Kohle wird hier gefördert. 100 000 Bergleute arbeiten hier, 48 Stunden in der Woche, um die wertvolle Anthrazitkohle abzubauen. Sechs Millionen Tonnen werden zur Zeit im Tagebau, 70 Prozent davon im Tagebau, 30 Prozent unter Tage.

Von den Bergleuten erfahren wir, daß sie und ihre Familien schon seit Wochen auf Reis warten. Was das bei den ohnehin schweren Arbeitsbedingungen bedeutet, läßt sich kaum vorstellen. Da moderne Maschinen und technische Hilfsmittel fehlen, wird die Kohle von Hand gehauen. Lediglich im Tagebau sind einige Bagger eingesetzt, ansonsten muß der Mensch die fehlende Technik mit seiner körperlichen Kraft ersetzen. Während der Regenzeit droht der Tagebau abzusaufen, da zu wenig Wasserpumpen vorhanden sind und die Stromkapazität nicht ausreicht.

Die Be- und Entlüftung der Gruben unter Tage ist sehr schlecht und die Stollen können beim Abbau der Kohle nicht ausreichend berieselt werden, was in der Trockenzeit auch für Tagebau gilt. So arbeiten die Bergleute ohne ausreichenden Schutz ständig im Kohlestaub, und die Folge hiervon ist, daß sehr viele Bergleute eine Staublunge haben; auch leiden viele an Ekzemen und Mykosen.

Auf unsere Frage nach der medizinischen Versorgung der Arbeiter, berichtet man uns von einem neuerbauten Silikosezentrum, das die Stadt Hong Gai aus eigenen Mitteln erstellt hat. Man bittet uns, das Zentrum zu besichtigen. Vor einem schönen dreistöckigen Neubau empfängt uns Dr. Lun Van Hoat, der Chefarzt dieses neuen Hauses. Man merkt ihm an, wie stolz er auf die Klinik ist, die, wie er sagt, in einigen Wochen eingeweiht werden soll.

„Wie wird das möglich sein?“, fragen wir, denn alle Räume sind ohne jedes Inventar. Einige Betten könnten aus der alten Silikose-Abteilung des Provinz-Krankenhauses herübergeholt werden, an Geräten und medizinischen Hilfsmitteln sei so gut wie nichts vorhanden, erklärt uns Dr. Lun Van Hoat.

Ein EKG, ein Lungenfunktionsgerät, ein Röntgengerät werden dringend gebraucht; ein klinisch-chemisches Labor, davon könne man nur träumen, da nicht einmal genügend Stethoskope, Blutdruckmeßgeräte und Inhaliergeräte vorhanden seien. Medikamente, überwiegend Sekretolytika, würden aus einheimischen Pflanzen gewonnen. Antibiotika, Herz-Kreislauf-Präparate gebe es nicht.

Das größte Problem aber sei zur Zeit, daß die Bergleute nicht einmal satt würden. Ob die Hilfsaktion Vietnam irgendwie helfen könne, fragt uns sehr zurückhaltend Dr. Lun Van Hoat. Wir sagen sofort Hilfe zu, weil unbedingt geholfen werden muß. Nach unserer Rückkehr in die Bundesrepublik, wird die Hilfsaktion Vietnam schon einen Weg finden, wie sie es bislang immer noch in besonderen Notsituationen geschafft hat.

Was die medizinische Hilfe betrifft, so denken wir natürlich sofort daran, daß es in unserem Land viele gut erhaltene und funktionstfähige Gebrauchtgeräte gibt. Wir sind schon seit einiger Zeit bemüht, diese aus Kliniken und Arztpraxen – preiswert oder gegen steuerabzugsfähige Spendenbescheinigungen – zu bekommen. Diese älteren medizinischen Geräte könnten für die Ärzte in Vietnam noch eine große Hilfe sein. Außerdem haben sie gegenüber hochmodernen Geräten sogar den Vorteil, daß sie stabiler und weniger störanfällig sind und unter den klimatischen Bedingungen in Vietnam auch brauchbar. Vielleicht denkt der eine oder andere Leser dieses Artikels mal an die Kollegen und die Bergleute in Hong Gai?

Was die schlimme Ernährungslage betrifft, so hat der Vorstand der Hilfsaktion Vietnam inzwischen beschlossen, als erste Hilfsmaßnahme 500 000 Mark für den Einkauf von 1000 Tonnen Reis einzusetzen. Diese 1000 Tonnen Reis befinden sich zur Zeit auf dem Weg zu den Bergarbeitern von Hong Gai. Dieser ersten Reislieferung möchten wir weitere folgen lassen, denn bis zur nächsten Ernte werden noch Monate vergehen.

Um mehr Reis – das tägliche Brot der Vietnamesen – kaufen zu können, bittet die Hilfsaktion Vietnam e. V. alle Bürger, durch Spenden zu helfen. Es ist unmöglich, sich vorzustellen, was passiert, wenn die Bergleute von Hong Gai nicht mehr in der Lage sind, die für Vietnam so wichtige Steinkohle zu fördern – kein Kraftwerk, keine Zementfabrik könnte mehr arbeiten, keine Lokomotive mehr fahren . . .

Wolfgang Hühn

Spendenkonto: Hilfsaktion Vietnam e. V.:
BLZ 300 101 11 Bank für Gemeinwirtschaft Düsseldorf, Kto. 10 16 25 03 00 oder Post giro Essen
Nr. 900 40 - 430

**Wolfgang Hühn
ist praktischer
Arzt und Vorstandsmitglied
der Hilfsaktion
Vietnam**

Lirum, larum, Löffelstiel

Eindrücke aus einer Krankenhausküche



Als wir Monika Heyna, die als Diätassistentin in der Küche der Bonner Unikliniken arbeitet, treffen, ist sie bereits seit vier Stunden auf den Beinen. Um 5 Uhr 25 beginnt der Frühdienst, aufstehen muß sie um halb fünf. Sie sei dann zwar wach, erzählt sie, „aber es darf mich keiner schräg anquatschen.“ Der normale Dienst beginnt gerade eine Stunde später. Schließlich müsse das Frühstück für die Patienten bereitgestellt werden, das braucht gut eine Stunde.

Während des Arbeitstags werden die Beine der Mitarbeiter besonders stra-

paziert. Überwiegend stehende Tätigkeit und lange Wege sind zu bewältigen. Um die sechs Kilometer pro Tag, hat Monika Heyna nachgemessen. Der Grund dafür ist die unzulängliche räumliche Situation der Küche: Sie ist in einem ehemaligen Offizierskasino untergebracht und konnte nicht nach ergonomischen Gesichtspunkten aufgebaut werden. Abhilfe soll ein neuer Versorgungstrakt bringen, der für die neunziger Jahre geplant ist.

Während unseres Gangs durch die Küche, in der die Vorbereitungen für das Mittagessen auf Hochtouren lau-

fen, umgibt uns ein fast unerträglicher Lärm. Zischendes Fett, klappernde Küchengeräte, Teller, die beim Transport über den Kachelboden auf dem Wagen scheppern, und vor allem die Geräusche der automatischen Spülmaschine, durch die gerade das Frühstücksgeschirr läuft. Hier arbeiten Beschäftigte einer Fremdfirma, die auch das Putzpersonal stellt. Bislang ist dies die einzige Privatisierung im Küchenbereich der Bonner Universitätskliniken.

Im Gegensatz zu den meisten anderen Krankenhäusern gibt es hier sogar eine eigene Bäckerei und Metzgerei.



Ab acht Uhr wird an fünf Pfannen das Fleisch für das Mittagessen gebraten, und wenn es Braten gibt, fängt die Arbeit der Köche bereits um sechs Uhr an. „Sonst werden wir nicht fertig, bei 1200 Essen.“

Gemüse und Kartoffelbrei wird in Dampftöpfen zubereitet. Fassungsvermögen: 250 Liter. Die Arbeit in der Küche ist anstrengend. Nicht nur, weil die Arbeit spätestens um 6 Uhr 25 beginnt, sondern auch weil man hauptsächlich steht.

Am Band. Hier wird in mehreren Stationen das Essen auf die Teller verteilt. „Das System wird von der ganzen Klinik heiß und innig geliebt“, spottet Monika Heyna. Gerade für das Mittagessen bringe das System überhaupt nichts. Man könne nicht mehr auf die Wünsche der Patienten eingehen, und schneller sei es auch nicht. Vorher war das Essen auf den Stationen verteilt worden.

„Wir stellen 2100 bis 2300 Brötchen, 80 bis 100 Graubrote, um die 50 Weißbrote pro Tag her. Dazu kommen pro Woche 200 Schwarzbrote à drei Kilogramm, und wir backen auch Kuchen,“ zählt Bäckermeister Simon die Produktpalette auf und öffnet für uns den Backofen, in dem gerade Graubrote gebacken werden, in einem Arbeitsgang 400 Kilogramm Teigmasse.

Zugknöpft gibt sich zunächst Metzgermeister Häring: „Die Küche ist doch viel interessanter“, meint er. Doch als Monika Heyna ihm erzählt, daß sich die Patienten nach der Her-

Fotos (7): Menzen



Kartoffelschälen ist trotz Schälmaschine immer noch mühevolle Handarbeit, denn Augen und Teile der Schale werden von der Maschine nicht beseitigt. Das ganze passiert versteckt in einem alten Kellerraum. Ob sich die Einrichtung verbessert, wenn in den 90er Jahren ein neuer Versorgungstrakt gebaut wird?



kunft der Wurst erkundigen würden, weil sie so gut sei, taut er langsam auf. „Im Gegensatz zur Industrie enthalten unsere Würste weniger Chemie, keine Phosphate und Konservierungsmittel, weil wir immer nur für eine Woche im voraus produzieren.“ Als Herr Häring eine Stahltür öffnet, zieht Räucherduft durch die Metzgerei. Über glimmender Glut hängen Schmierwürste, deren Haut für die Räucherdämpfe durchlässig ist, wie Häring erklärt. Beim Räucherholz werde bei ihnen auf Qualität geachtet, nur reine Buchenspäne ohne Zusätze würden verwendet.

In der Metzgerei, in der der gesamte Fleischbedarf für die Patientenversorgung verarbeitet wird, sind zwei Meister beschäftigt, die auch Lehrlinge

ausbilden. In der Küche dagegen nicht, weil zur Ausbildung eines Kochs auch die „feine Küche“ gehöre, wie Monika Heyna erklärt. Dies könne eine Großküche nicht leisten.

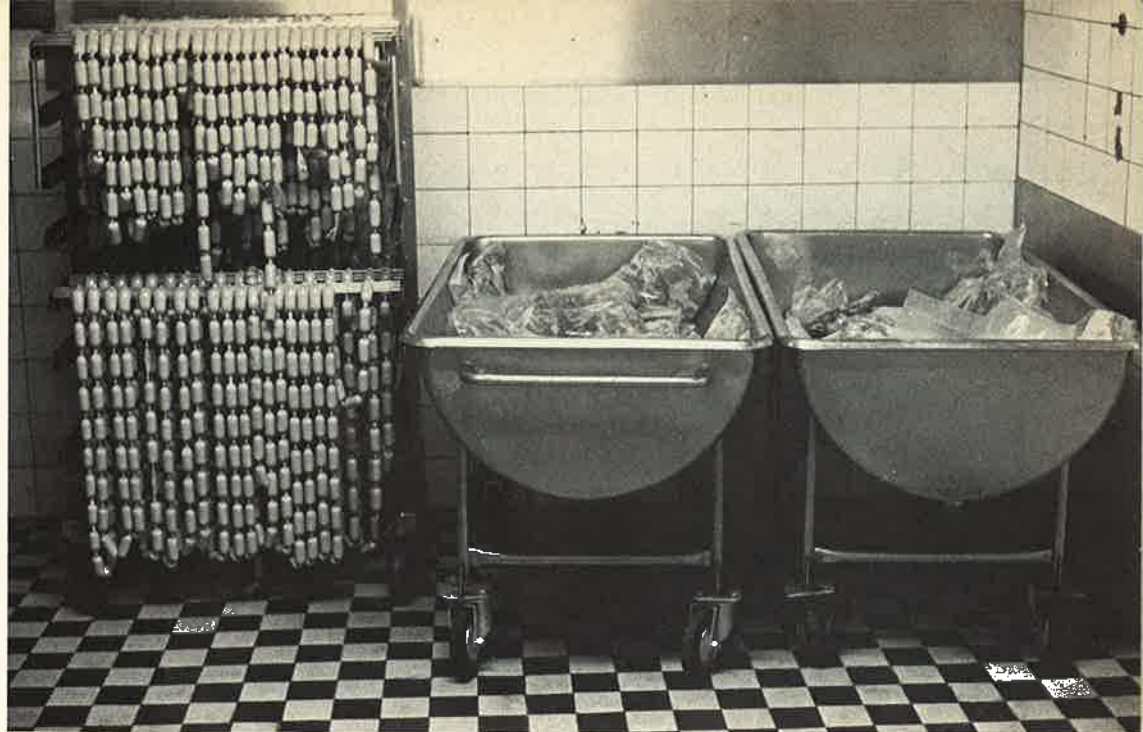
Auch so ist es schwer genug, ein hochwertiges Essen zu liefern. Dreieinhalb Millionen Mark stehen für den Einkauf von Lebensmitteln zur Verfügung. „Das hört sich zwar nach viel an“, so Frau Seipel, die im Einkauf arbeitet, „aber das sind bloß acht Mark täglich pro Patient.“ Probleme bereiten ihr dabei die Einschränkungen, denen ihre Planung unterliegt. Während private Krankenhäuser bei einem Großhändler aktuell einkaufen könnten, müßten sie alles ausschreiben. Aus den eingehenden Angeboten werde zwar

nicht unbedingt das billigste genommen, aber man müsse halt im Rahmen bleiben. „Es ist ein Eiertanz zwischen Preis und Qualität“, so der Kommentar Monika Heynas.

Insgesamt arbeiten 100 Beschäftigte im Bereich der Küche. Auf dem Papier sei das genug, meint Heyna, „jedenfalls sagt man uns das.“ Aber wenn man Urlaub, Schwangerschaft und Krankenstand mit berücksichtige, seien sie knapp dran, wie im Moment, wo viele Mitarbeiter wegen der ständigen Wetterumschwünge krank seien. Das ist für die Beschäftigten aber nicht die einzige Belastung. „Selbst die Wäscherei hat noch Kontakt zu einzelnen Stationen, aber wir? Wir sind total ab von allem.“

yn

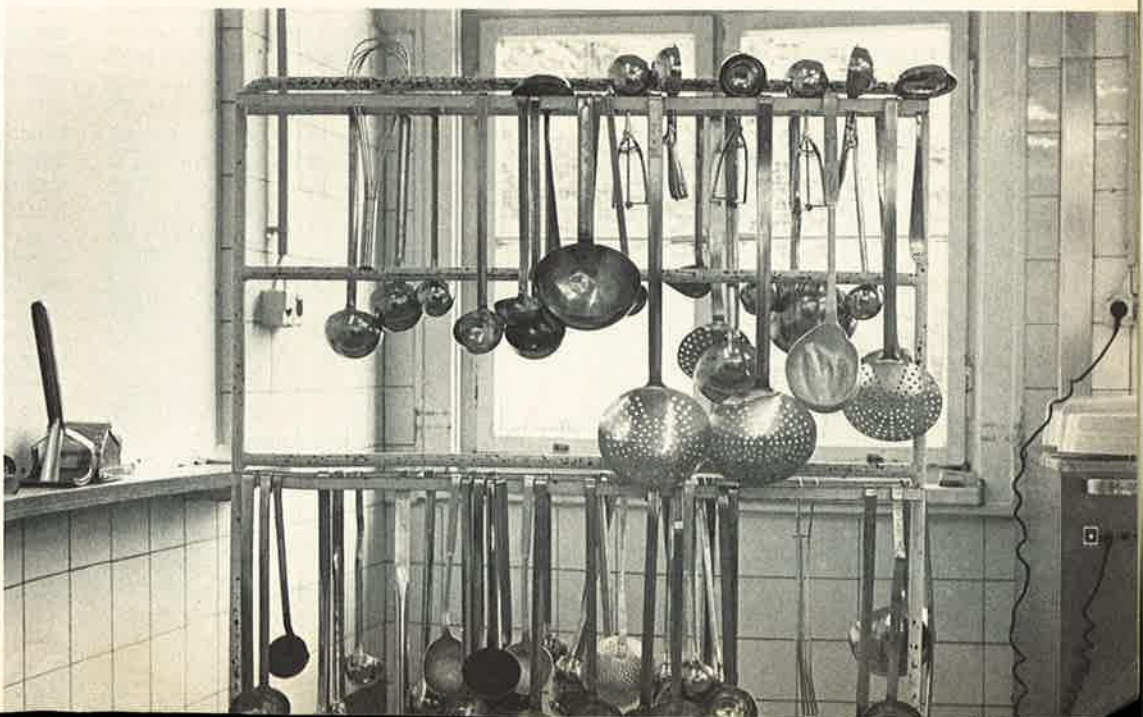
Wurst und Fleisch, der gesamte Bedarf für die Patientenversorgung, wird in der eigenen Metzgerei verarbeitet. Die Leberwurst wird in Portionsgröße abgepackt. Dadurch sei sie immer frisch, begründet Metzgermeister Häring, die aufwendigere Verarbeitung. ▶



In einem Nebenraum der Großküche wird das Diätessen zubereitet. „Eine normale Küche kann sich so ein Kleinzeug nicht leisten“, kommentiert Diätassistentin Monika Heyna. ▶



Entsprechend der Essensmenge sind auch die Dimensionen der Kochgeräte. Mit der Dosierung der Gewürze gibt es keine Probleme. „Für eine Suppe“, erzählt Monika Heyna, „braucht man halt drei Hände Salz.“ ▶



125 Jahre Bayer

Die Chemie-Konzerne Hoechst und Bayer feiern in diesem Jahr ihren 125sten Geburtstag. Es wäre mindestens eine Dissertation nötig und wert, die (Sozial-)Geschichte der Chemie kritisch-historisch zu beleuchten. Uwe Friedrich hat sich für die Entwicklung der Bayer AG im Zeitraffer angesehen



Fotos (2): Bayer AG

Störfall besonderer Art

125 Jahre wird Bayer alt. Da möchte man sich zur Geburtstagsfeier gerne mit makellos weißer Weste präsentieren. Das kostet Mühen, auch wenn Scveso, Bhopal und Schweizerhalle in der Öffentlichkeit fast schon in Vergessenheit geraten sind. Die Anstrengungen der Weißwäscher sind in der letzten Zeit in den Tageszeitungen zu besichtigen: große Anzeigen der chemischen Industrie, die uns weismachen sollen, wie sich zum Beispiel die Wasserqualität in den letzten Jahren doch gebessert habe. Selbst Nordrhein-Westfalens Umweltminister Matthiesen wurde zu diesem Behufe bemüht, der sich es daraufhin aber verbat, in dieser Weise vor den Karren der Industrie gespannt zu werden.

Nicht immer war in der Geschichte die Imagepflege und das Zusammenspiel von Industrie und Politik so offensichtlich „pflegebedürftig“, auch wenn die Geschichte des Bayer-Konzerns als eine Abfolge von Störfällen mannigfaltiger Art geschrieben werden kann.

Gründerjahre und Expansion

1863 gründen Friedrich Bayer und Friedrich Wescott die Friedrich Bayer et Comp. OHG in Barmen-Heckinghausen. Mit vier Hilfskräften, Steintöpfen und zwei Küchenherden beginnen sie mit der Herstellung von Fuchsin.

1864 wird der erste Chemiker eingestellt, der neue Anilinfarben erforschen soll. Im selben Jahr wird über den ersten Umweltskandal der Firma berichtet. Da bei der Produktion von Fuchsin Arsen entsteht, war Bayer verpflichtet worden, Auffangpfannen zu installieren. Die wurden aus Kostengründen so lange benutzt, daß das Arsen sich durchfressen und ins Grundwasser gelangen konnte. Umliegende Brunnen und die Anwohner werden vergiftet. Auch die Arbeitsbedingungen sind nicht immer ideal: Neben Arsen entste-

hen bei der Fuchsinproduktion Blauöldämpfe. Diejenigen, die unter der Gefahr von Vergiftungserscheinungen die Kessel abschöpfen, bekommen ihr Gesundheitsrisiko mit zwei Silberlingen extra vergütet.

1866 wird die Firma nach Elberfeld verlegt.

1871 bestehen bereits Firmenagenturen in New York, Wien, Basel und Hamburg.

1881 erfolgt die Umwandlung in eine Aktiengesellschaft mit einem Grundkapital von 5,4 Millionen Mark. Im selben Jahr treffen Bayer, BASF, Meister Lucius aus Höchst, C. Leverkus und die British Alizarin Co. eine Vereinbarung, Alizarin nach einheitlichen Verkaufstypen und Preisen zu vertreiben. 1884 tritt Carl Duisberg in die Firma ein.

1885 ist ein Krisenjahr der Farbstoffindustrie. Der Aktienkurs sinkt auf 70 Prozent des Nennwertes. Die Alizarin-Konvention löst sich auf.

1887 wird das Abfallprodukt p-Nitrophenol auf seine Wirksamkeit als Medikament untersucht. Unter dem Namen Phenacetin wird es als fiebersenkendes Mittel vertrieben.

1891 kauft die Bayer AG das Firmengelände von C. Leverkus.

1892 wird Piperazin, ein Mittel gegen die Gicht, auf den Markt gebracht. Dies führt zu einer Klage wegen Patentrechtsverletzung, nicht die erste. Um langwierige Prozesse wegen Patentstreitigkeiten zu vermeiden, bemüht sich Duisberg um Verbindungen mit der Konkurrenz.

1894 erfolgt die Verlegung der ersten Farbenfabrikanlage nach Leverkusen.

1898 wird das Schmerzmittel Aspirin eingeführt, mit dessen Hilfe sich Bayer große Anteile am damals noch unbedeutenden Arzneimittelmarkt erobert. 1900 schließt die Bayer AG mit den Firmen BASF, Hoechst und British Alizarin die zweite Alizarin-Konvention ab.

1904 verfaßt Duisberg eine Denkschrift über die Vereinigung der deutschen

Farbenfabriken, sie wird Grundlage der späteren IG-Farben. Statt der von ihm vorgeschlagenen „Verschmelzung an Haupt und Gliedern“ bilden sich zunächst zwei Gruppen: Agfa, Bayer und BASF auf der einen und Hoechst, Cassella und Kalle auf der anderen Seite.

1905 umfaßt das Bayerwerk 1500 Morgen Land, beschäftigt sind 5500 Arbeiter, 1300 Beamte, 175 Chemiker, 56 Farbetechniker, 38 akademische Ingenieure, 6 Mediziner und 3 Juristen.

1912 wird der Firmensitz von Elberfeld nach Leverkusen verlegt.

Der Erste Weltkrieg

Bis 1914 hat die deutsche chemische Industrie eine führende Position auf dem Weltmarkt erreicht. Circa 85 Prozent aller Farbprodukte werden exportiert, 50 Prozent ins „feindliche“ Ausland. Mit Beginn des Krieges kommt die Ausfuhr zum Erliegen. Gleichzeitig können sich nun im Ausland Konkurrenzfirmen etablieren. Auf den Kriegsausbruch sind weder Industrie noch die oberste Heeresleitung hinreichend vorbereitet. Es fehlt zum Beispiel Salpeter, das zur Produktion von Munition benötigt wird, aus Chile aber nicht mehr importiert werden kann. Erst die 1915 anlaufende Produktion von täglich 150 Tonnen Salpetersäure nach dem Haber-Bosch-Verfahren sichert den Nachschub.

1914 wird Fritz Haber Leiter der chemischen Abteilung in der Kriegsrohstoffbehörde. Durch sein Engagement kommt es zur staatlichen Subventionierung der chemischen Industrie. Als die Westfront stagniert, beginnt die Suche nach geeigneten chemischen Massenvernichtungsmitteln. Bayer erforscht und produziert die notwendigen Atemschutzvorrichtungen für das deutsche Heer – circa 50 Millionen Stück – und stellt in den letzten Kriegsjahren 60 Millionen Tonnen Giftgas her. 1918 fliehen Duisberg und Haber in die Schweiz.

Uwe Friedrich arbeitet bei der Coordination gegen Bayer-Gefahren in Solingen



1863 gründen der Farbenkaufmann Friedrich Bayer und der Textilfärber Friedrich Weskott die Friedrich Bayer et Comp. „Seit der Gründung“, heißt es im Begleittext zu den Fotos der Bayer AG „sind intensive Forschung, breitgefächerte Produktion und die Sorge für die Mitarbeiter wesentliche Unternehmensgrundsätze“.

Die IG-Farben

Angst vor dem Kommunismus und die Möglichkeit, sich das alte System zu nutzen zu machen, läßt die Siegermächte vom ursprünglichen Plan, die chemische Industrie zu zerstören, Abstand nehmen. Selbst das vom Krieg am stärksten betroffene Frankreich läßt sich auf einen Kompromiß ein, man verspricht sich dort durch die Überschreibung von Patentgeheimnissen eine Stärkung der eigenen Industrie. Die deutsche chemische Industrie jedenfalls kann weiter produzieren.

1925 fusionieren die in der IG-Farben zusammengeschlossenen Firmen zur IG Farbenindustrie AG. Das Bayerkreuz wird zum Warenzeichen für alle Arzneimittel. Carl Duisberg wird Präsident des Reichsverbandes der Deutschen Industrie. Der sogenannte Kalle-Kreis wird eingerichtet, in dem sich die IG-Vertreter verschiedener Partien absprechen und die politische Unterstützung organisieren.

1930 versucht Reichskanzler Brüning mit Notverordnungen den Haushalt zu sanieren. Zum wirtschaftspolitischen Beirat der Regierung zählen Dr. Schmitz und Dr. Ilgner von der IG-Farbenindustrie. Dr. Ilgner nimmt auch an Aussprachen mit den Wirtschaftsberatern der NSDAP teil.

1932 findet nach anfänglicher Distanz zwischen chemischer Industrie und Nationalsozialisten eine Annäherung statt. Ende November sichert Hitler der IG seine volle Unterstützung zu, und im Laufe der nächsten Monate fließen einige 100 000 Reichsmark als Spenden der IG in die Kassen der NSDAP.

Die Arbeiter des sogenannten Grünbetriebs (für grüne Farbstoffe) im Bayerwerk Elberfeld, um 1870. Die Produktion Bayers begann mit der Herstellung von Fuchsin. Dabei entstanden neben Arsen auch Blauöldämpfe. Diejenigen, die die Kessel abschöpfen mußten, bekamen die Gefahr der Vergiftung mit zwei Silberlingen extra vergütet.

1936 gibt Hitler eine Denkschrift heraus, in der er einen Vierjahresplan für die Aufrüstung der deutschen Industrie ankündigt. Von den dafür bereitgestellten Mitteln erhält die chemische Industrie 90 Prozent. Davon gehen 72,7 Prozent an die IG-Farben.

1939, bei Kriegsbeginn, ist die Führungsrolle der IG bei den industriellen Kriegsvorbereitungen unangefochten. Die im Zuge des deutschen Eroberungskrieges erbeuteten chemischen Fabriken werden zum größten Teil der IG einverleibt. Den Bedarf an Arbeitskräften decken die IG-Farben-Werke

unter anderem durch Zwangsarbeiter und KZ-Häftlinge. Im Herbst 1944 arbeiten mehr als 10 000 KZ-Häftlinge für die IG, die meisten von ihnen im Werk Auschwitz.

Neue Zeiten, neue Macht

Heute verfügt jeder der großen westdeutschen Chemiekonzerne über eine größere Wirtschaftsmacht, als sie die IG-Farben je besessen hat. Die von den Alliierten nach dem Krieg vorgenommene Entflechtung des IG-Komplexes war nur eine scheinbare: über Kapitalverflechtungen und Beteiligungen gibt es alle nur denkbaren Querverbindungen.

In der Bundesrepublik läßt die Bayer AG in fünf Werken arbeiten: In Brunsbüttel, Leverkusen, Wuppertal, Krefeld und Dormagen. Sie verfügt über zwei Großforschungszentren und beschäftigt allein in Nordrhein-Westfalen um die 80 000 Menschen. Der Jahresumsatz des Gesamtkonzerns übersteigt

Eindampferi in der Ammonsulfatanlage der Leunawerke, um 1934. Die Werke, die zu den IG-Farben gehörten, waren einer der wichtigsten Rüstungsbetriebe im NS-Deutschland. Von den Mitteln des Vierjahresplans zur Aufrüstung der Industrie erhielt die chemische Industrie 90 Prozent, davon die IG-Farben 72,7 Prozent.

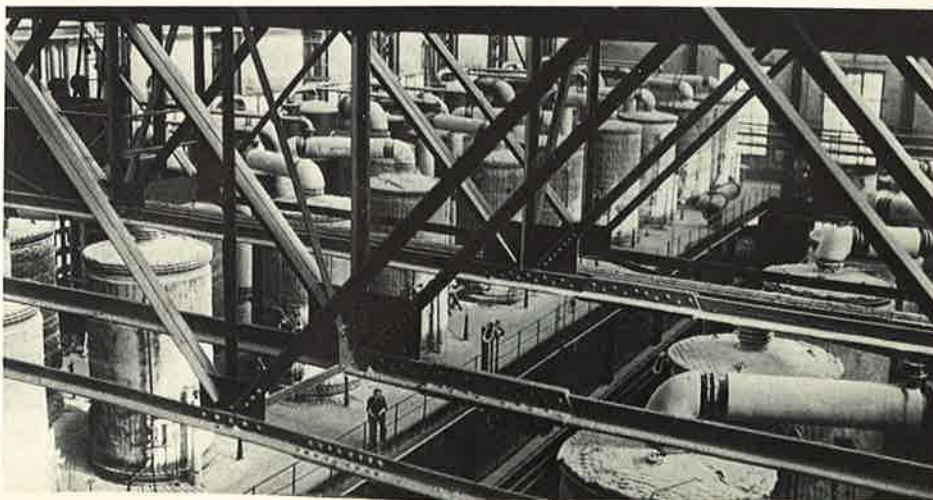


Foto: bildarchiv preussischer Kulturbesitz



1884 trat Carl Duisberg in die Bayer AG ein. Bereits 1904 verfaßte er eine Denkschrift zum Zusammenschluß der chemischen Industrie. Nach Gründung der IG-Farbenindustrie AG wurde er 1925 Vorsitzender ihres Aufsichtsrates und Präsident des Reichsverbandes der Deutschen Industrie.

40 Milliarden Mark. 79 Prozent des Umsatzes werden im Ausland erzielt, unter anderem durch 120 Produktionsbeteiligungen in 40 Ländern. Das Vertriebsprogramm umfaßt circa 10 000 Erzeugnisse in 19 Geschäftsbereichen. Bei den Pestiziden ist Bayer Marktführer und hält eine Spitzenposition bei Kunststoffen, Lacken, Medikamenten und chemischen Grundstoffen.

Heute verfügt jeder der großen westdeutschen Chemiekonzerne über eine größere Wirtschaftsmacht, als sie die IG-Farben je besessen hat. Der Jahresumsatz der Bayer AG übersteigt 40 Milliarden Mark.



Diese gigantische Chemieproduktion hat unter den herrschenden gesellschaftlichen Produktionsbedingungen Folgen. Nicht nur für die Produzenten und die Benutzer der Produkte, sondern auch für die Umwelt. Ein Beispiel aus unseren Landen: der Rhein.

Immer r(h)ein

Störfälle sind gegenüber der alltäglichen, legalen Verschmutzung des Rheins nicht einmal die Spitze des Eisbergs. Nimmt man bei der Liste der 292 größten Abwassereinleiter der Bundesrepublik als Referenzwert den chemischen Sauerstoffbedarf pro Jahr (CSB/a) in Tonnen – das ist die Menge Sauerstoff, die für die vollständige Verbrennung aller im Wasser enthaltenen Substanzen benötigt wird – so steht die Bayer-AG an der Spitze. Mit 34 700 Tonnen CSB/a führt sie vor Hoechst, der BASF und den Papierfabriken Waldhof-Aschaffenburg in Mannheim. Jeder dieser Vier leitet – gemessen am CSB/a-Wert – mehr Abwässer ein als 21 Kommunen zusammen, darunter Mannheim, Karlsruhe, Pforzheim, Würzburg, Bonn und Krefeld.

Pro Tag darf Bayer circa 2000 Tonnen Chemieabfälle in den Rhein leiten, das entspricht in etwa der Ladung von 200 Lastwagen. Und das legal. Lediglich für 46 Substanzgruppen gibt es Einleitungsgrenzen. Die anderen Stoffe sind in den Erlaubnisbescheiden des zuständigen Kölner Regierungspräsidenten nicht aufgeführt und fallen unter sogenannte Pauschalerlaubnisse.

Besonders schwerwiegend ist die Einleitung von zwei Stoffgruppen: die der organischen Chlorverbindungen und der Schwermetalle. Beide enthalten Substanzen, die sich durch besondere Giftigkeit, Langlebigkeit und Bioakkumulation, die Anreicherung in der Nahrungskette, auszeichnen.

Die chlorierten Kohlenwasserstoffe, von denen Bayer täglich etwa 300 Kilogramm einleiten darf, werden in den Kläranlagen nur zum Teil abgebaut, teilweise werden sie an ihnen auch vorbeigeleitet. Sie gelangen in den Rhein und gefährden unmittelbar die Gesundheit der Bewohner am gesamten Niederrhein, da sie leicht flüchtig sind und ausdampfen. Flußabwärts der Einleitungsstellen schaffen sie für die Aufbereitung von Trinkwasser große Probleme, da sie die Kapazität der Aktivkohlefilter und deren Fähigkeit, Schadstoffe zurückzuhalten, beeinträchtigen.

Die Schwermetalle mutet man wegen ihrer Giftigkeit den Kläranlagen möglichst gar nicht zu und leitet sie – verdünnt – direkt in den Fluß. Von dort kommen sie dann dank der Anreicherung in der Nahrungskette in konzentrierter Form zurück. Die akute Toxizität des Quecksilbers liegt beispielsweise bei 0,03 Milligramm pro Liter (mg/l). Durch Phyto- und Zooplankton wird es konzentriert, mit der Konsequenz,

das bei Fischen Anreicherungsfaktoren von 5000 bis zu 100 000 bekannt sind. Einleiten darf die Bayer 50 Gramm Quecksilber. Alle zwei Stunden. Ein weiteres Beispiel: Cadmium. Seine akute Toxizität liegt bei 0,1 bis 0,5 mg/l. Der Anreicherungsfaktor in Insekten, Schnecken und Krebstieren: 600 bis 30 000. Alle zwei Stunden darf Bayer dem Rhein 250 Gramm davon mit auf den Weg geben.

„Wissen schafft Macht“

Alle diese Werte sind natürlich „wissenschaftlich“ abgesichert. Damit dies auch so bleibt, können Verflechtungen von Industrie und Wissenschaft nicht schaden, zumindest nicht dem Konzern. Beispiele für solche enge Verbindungen gibt es genug, wie allein der Blick auf das Jahr 1986 zeigt:

- Für fünf Jahre übernimmt Bayer alle finanziellen Aufwendungen für eine „Forschungsprofessur“ am Institut für Genetik der Universität Köln.
- Dr. Dr. h. c. Haberland, Leiter des Werkes Wuppertal-Elberfeld, ist außerplanmäßiger Professor an der Universität Bonn. Ehrenpräsident und Vorsitzender des Vereins der Universitätsfreunde am gleichen Ort: Professor Grünwald, Aufsichtsratsvorsitzender bei Bayer.
- Die Universität Köln ernannt an der naturwissenschaftlichen Fakultät einen außerplanmäßigen Professor: Dr. Herbert Thomas, Leiter des Instituts für Chemotherapie der Bayer AG.
- Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen erteilt dem Institut für klinische Pharmakologie der Bayer AG in Wuppertal-Elberfeld die Zulassung als Weiterbildungsstätte. Es ist damit die einzige Weiterbildungsstätte der Ärztekammer Nordrhein für klinische Pharmakologie.

Akademische Ehren und Würden helfen natürlich auch, das Ansehen in der Öffentlichkeit aufzupolieren. Da stört es, wenn mißliebige Kritiker nicht aufhören, am guten Image zu kratzen, wie die „Coordination gegen Bayer-Gefahren“, ein internationales Netzwerk, das seit 1983 den Konzern kritisch begleitet. Wegen eines Aufrufs zur Unterstützung der kritischen Bayer-Aktionäre zog er vor Gericht (dg berichtete im November vergangenen Jahres): Der Chemieriese fühlte sich geschmäht, eineinhalb Jahre nach der Veröffentlichung des Aufrufs. Die Vermutung drängt sich auf, daß die Feiern zum 125sten Geburtstag nicht von ungeliebter Kritik getrübt werden sollen. Viel helfen wird dies Bayer wohl nicht, denn für Kritik und Klagen gibt es nach wie vor Gründe genug.

Weitere Informationen zu Bayer und über die Arbeit der „Coordination gegen Bayer-Gefahren“ sind über deren Geschäftsstelle, Hofstraße 27a, 5650 Solingen 1, erhältlich. □

Packend und anrührend, traurig und Mut machend, sensibel und schrill – dieser Film läßt keine ruhige Minute, zerreißt Gefühle, malt schwarz und weiß; es gibt nur wenig Grautöne. „Nuts“ heißt schlicht „verrückt“, aber wer den Sinn dieses Films darin sucht, ob die Hauptfigur, dargestellt von Barbra Streisand, wirklich verrückt ist, hat nichts verstanden.

Die Story ist schnell erzählt: Das Callgirl Claudia Draper bringt im Bad ihrer Nobelsuite einen Edelprocurer um. Notwehr behauptet sie. Rückblenden beweisen, daß sie die Wahrheit spricht, zeigen, daß der Grandseigneur ein mieser Vergewaltiger wurde, als sie ihm ihre Dienste im „sexy Schaumbad“ verweigerte. Totschlag oder gar Mord soll aber die Anklage lauten, denn eine Prostituierte, die sich an einem noblen Freier vergreift, ist immer schuldig. Unzurechnungsfähig, durchgedreht – eben „nuts“ – so hätten es gern die Gefängnispsychiater und auch die besorgten gut-bürgerlichen Eltern, die ja nur ihr Bestes wollen. So besorgen sie ihr auch einen Starverteidiger, erscheinen bei den Gerichtsverhandlungen mit kummervoller Miene, stehen zu ihr, wie mißraten sie auch sei.

So wie Claudia Draper gezeichnet wird, paßt sie in die Rolle, die Gericht, Psychiater und Eltern ihr zugestehen, und das Kinolicht hätte ausgehen können, nachdem sie den Starverteidiger vor Gericht niedergeschlagen hat. Der Ersatz-Pflichtverteidiger aber rettet den Fortgang der Handlung mit einer Frage, die im eindimensionalen Weltbild bürgerlicher Familien nichts zu suchen hat: Warum? Warum nicht mit dem charmanten und freigiebigen Nobelfreier nach durchvögelter Nacht noch in die Badewanne gehen und ein paar Hunderter mehr verdienen? Warum deshalb einen mörderischen Kampf auf Leben und Tod riskieren?

Claudia Draper benimmt sich aggressiv-gewalttätig, ist taktlos-exhibitionistisch und sexuell provozierend, im nächsten Augenblick völlig fertig und deprimiert, wirkt ungepflegt und ohne Selbstachtung, völlig daneben, eben verrückt. Aber schuldig? Mehr Nachdenken, mehr Fragen: Warum diese Überfürsorge der Eltern? Warum ist sie, einziges Kind aus wohlbehütetem Hause, überhaupt, was sie ist, eine Nutte? Viele Fragen in einem dramatischen Gerichtsprozeß, in dem es nun darum geht, ob Claudia Draper als „unzurechnungsfähig“ in die Klappe abgeschoben werden soll oder ernst genommen wird, soll heißen, mit Mordanklage vor ein ordentliches Gericht gestellt wird. Zu diesem Zeitpunkt ist klar, daß „Ernstnehmen“ gleich Sieg, Unzurechnungsfähigkeit aber Niederlage bedeuten würde.

Warum aber boykottiert Claudia Draper ihren zunehmend sensibilisierten und ahnenden Anwalt? Warum kämpft sie mal tobend, mal sarkastisch,

mal provozierend bis zur Selbsterniedrigung um eine Wahrheit, der sie im letzten Augenblick nicht ins Gesicht sehen kann? Warum steht sie loyal zu einem Mann, der ihre Gefühle getötet und ihre Selbstachtung zerstört hat?

Ab ihrem sechsten Lebensjahr, als ihr Stiefvater sie zum ersten Mal nach dem Bad abtrocknete, hat er sie sexuell mißbraucht. Der Mann neben ihrer Mutter, der auch noch im Gerichtssaal mit treuherzigem Boxergesicht sagt: „Claudia, wir lieben dich doch“, hatte dem Kind nachts Geldscheine unter der Zimmertür durchgeschoben, hatte ihr Kraft seiner Autorität und Vertrauensstellung Naivität und Vertrauensseligkeit abgekauft und gegen Schuldgefühl und tiefe Verzweiflung eingetauscht.

Plötzlich kann der Zuschauer die Puzzelsteine zu einem Bild zusammenfügen, plötzlich wird klar, warum Claudia sich so eindringlich daran erinnert, wie sie sich als Heranwachsende selbst verstümmelte, häßlich sein wollte, von Alpträumen geplagt war und in der Schule versagte. Die angstvoll stummen Hilferufe an die Mutter blieben unverstanden. Aber der Film läßt offen, ob die Mutter sie nicht verstehen wollte oder sie nicht verstehen konnte.

Mit „Nuts“ ist Barbra Streisand, die die Hauptrolle spielt, den Film selbst produziert hat und für die Musik verantwortlich zeichnet, eine einmalig intensive, zugleich aber fundierte Darstellung des Tabuthemas „sexueller Kindesmißbrauch“ gelungen. Ihre überragende schauspielerische Leistung und auch die sehr gute Besetzung der übrigen Hauptrollen mit Richard Dreyfuss und Karl Malden als Stiefvater sorgen dafür, daß das Thema nur an ganz wenigen Stellen in die sonst übliche amerikanische Schnulze abzugleiten droht.

Typisch andererseits, daß die allermeisten Filmkritiker hierzulande, sicherlich

Wer den Sinn des Films darin sucht, ob die Hauptfigur wirklich verrückt ist, hat nichts verstanden

mangels Kenntnis über Ursachen, Zusammenhänge und Folgen sexuellen Kindesmißbrauchs, am eigentlichen Thema des Films vorbeikritisierten. □

„Nuts“ – Verrückt

urp – Eine Nutte bringt einen Freier um und will wegen Mordes angeklagt, nicht für unzurechnungsfähig erklärt werden. Doch diese „Verrücktheit“ ist nicht Thema des Films

Foto: Warner Bros. Filmverleih



**Yvo Escales (Hrsg.),
Handicapped-Reisen.
Der Hotel- und Reiseratgeber für Urlauber mit einem Handicap. Ausgabe 1988/89, Bonn 1988.
Verlag FMG GmbH, 528
Seiten, 38 Mark.**

Yvo Escales wollte 1983 mit einem befreundeten Rollstuhlfahrer eine Urlaubsreise unternehmen. Doch weder Reisebüros noch Fremdenverkehrsämter konnten ihm ein rollstuhlgeeignetes Domizil im Süden nennen. Deshalb entschloß er sich, selbst die Informationen über behindertengerechte Unterkünfte und Reisen einzuholen und in einem Ratgeber zusammenzustellen. Finanzielle Unterstützung durch öffentliche Förderungsgelder erhielt er nicht. So muß sich der Ratgeber, der jetzt zum vierten Mal



erschienen ist, allein durch den Verkaufspreis und private Zuschüsse tragen.

Auf mehr als 500 Seiten bietet das Buch einen guten Überblick über die Reismöglichkeiten für Behinderte in In- und Ausland. Das geht los mit einer Auflistung der Reiseveranstalter, zu denen neben Selbsthilfeverbänden inzwischen auch die Profis TUI und DER bis hin zu exotischen Veranstaltern wie „Atlantic & Pacific Travel Ltd.“ für Reisen nach Neuseeland gehören.

Die Auflistung der Beherbergungsbetriebe geht nicht nur auf Preis, Entfernung zum Strand oder Vergnügungsmöglichkeiten ein, sondern bringt detaillierte Informationen über Türmaße und Treppenstufen für Rollstuhlfahrer, Entfernung zu Arzt und Apotheke sowie Kurmöglichkeiten. Nach der Zahl solcher behindertengerechter Unterkünfte zu schließen, scheinen besonders die Niederlande für behinderte Menschen geeignet zu sein. Gesondert aufgeführt sind die Möglichkeiten der Feriendialyse („künstliche Niere“). Inzwischen sind einige Kreuzfahrtschiffe mit den entsprechenden Geräten ausgerüstet. Und in Zusammenarbeit mit dem ADAC werden in dem Reiseratgeber behindertengerechte Campingplätze aufgelistet.

Insgesamt bietet dieser Ratgeber für die fast sieben Millionen Behinderten in der Bundesrepublik eine Fülle nützlicher Informationen. So paradox es klingen mag, Hauptziel des Herausgebers ist es, diesen

Ratgeber eines Tages überflüssig zu machen: „Der schrittweise Ausbau behindertengerechter Urlaubsangebote ist realisierbar, wenn alle Reiseveranstalter bereit sind, diese in ihren Katalogen auch entsprechend zu beschreiben.“ *um*

Der Ratgeber ist nur zu beziehen über: FMG-Verlag, Postfach 15 47, 5300 Bonn 1, Tel. 02 28/61 61 33. Er muß nicht im voraus bezahlt werden.

**Michael Wunder, Ingrid Genkel, Harald Jenner,
Auf dieser schiefen Ebene gibt es kein Halten mehr.
Die Alsterdorfer Anstalten im Nationalsozialismus,
Hamburg 1987.
Agentur des Rauhen Hauses Hamburg GmbH,
240 Seiten, 29,80 Mark.**

„Auf dieser schiefen Ebene gibt es kein Halten mehr“, schrieb am 19. Juli 1940 der Landesbi-

**Bernd Wanner,
Lehrer zweiter Klasse?
Historische Begründung und Perspektiven der
Qualifizierung von Krankenpflegelehrkräften,
Frankfurt/M., Bern, New York, Paris 1987.
Europäische Hochschulschriften, Verlag Peter Lang, Reihe 11 Pädagogik, Band 334, 291 Seiten, etwa 75 Mark.**

Lehrer zweiter Klasse? Diese Frage stellt Bernd Wanner in seiner Ende letzten Jahres als Buch erschienenen Promotionsarbeit, in der er die historische Entwicklung, den heutigen Stand und die Perspektive von Unterrichtskräften an Krankenpflegeschulen untersucht.

Allein die ersten rund 80 Seiten lohnen die Lektüre des Buches. Den ohnehin nur wenigen Autoren, die sich dieses Themas angenommen haben, ist bisher kaum gelungen, in so knapper Form zentrale Probleme der Krankenpflege in ihrer historischen Entstehung herauszuarbeiten und darzustellen. Her-

vorzuheben ist das Bemühen – im Unterschied zu anderen Autoren – die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ins Blickfeld zu rücken, unter denen Krankenpflege sich vollzogen hat. Diese notwendigerweise sehr verkürzte Darstellung vermeidet dennoch, Krankenpflegegeschichte in idealistischer Form als Abfolge großer Persönlichkeiten vorzuführen, wie dies in Anlehnung an die herkömmliche Medizingeschichtsschreibung häufig genug geschieht.

Mit der Problematik der Krankenpflege als Frauenberuf haben sich andere Autorinnen und Autoren intensiver beschäftigt, gleichwohl bleibt auch dieser wesentliche Aspekt nicht unberücksichtigt. Die Literaturhinweise und Anmerkungen sind eine Fundgrube für interessierte Leser, die einzelne Teilaspekte weiterverfolgen wollen.

Im Zentrum des Buches steht die historische Entwicklung und der heutige Stand der Lehrkräfteausbildung für die Krankenpflegeschulen, die dann einer Kritik unterzogen und an den Kriterien einer kritischen Berufspädagogik und an einem

patientenorientierten Verständnis von Krankenpflege gemessen wird. In einem historischen Abriss der Unterrichtskräfteausbildung beschreibt Wanner die Entwicklung von der Qualifizierung der Oberinnen für die pflegepraktischen Ausbildungsanteile in der Oberinnenschule des Roten Kreuzes bis hin zum Berliner Modellversuch „Lehrkräfte für Medizinalfachberufe“ und den heutigen Weiterbildungslehrgängen.

Die umfangreiche Darstellung der vielfältigen Weiterbildungslehrgänge beschränkt sich leider auf deren formale Strukturmerkmale, deren Daten in einer Umfrage bei den Weiterbildungsinstituten erhoben wurden. Ein Mangel, der allerdings nicht dem Autor anzulasten ist, da inhaltliche und methodische Konzepte, soweit sie überhaupt vorhanden sind, kaum das Licht der Öffentlichkeit erblicken, sondern allenfalls institutintern diskutiert werden.

Der Blick lediglich auf die formalen Strukturen und durch das AFG vorgegebene Rahmenbedingungen sowie die fehlende Einsichtnahme (Möglichkeit) in inhaltliche und me-

thodische Organisation der Weiterbildungslehrgänge verleiten Wanner zu der Aussage: „... daß zur Entwicklung eines kritischen Bewußtseins und für ein eigenständiges Erarbeiten von Inhalten sowie eine selbstständige Auseinandersetzung mit Lernstoff und Methoden nur wenig Platz bleibt.“

Zumindest in den gewerkschaftlichen Instituten, deren Lehrgangskonzept mir hinreichend bekannt ist (bfw und ÖTV-Institute), sind genau dies wesentliche Ausbildungsziele, die aber unter anderen Bedingungen besser erreicht werden könnten.

Wanners Buch eröffnet eine längst wieder fällige Diskussion über berufliches Selbstverständnis und Qualifikationsanforderungen der Lehrkräfte an Krankenpflegeschulen, die nach dem Scheitern des Modellversuchs einzuschlafen drohte. Der relativ hohe Preis sollte interessierte Leserinnen und Leser nicht abschrecken. Für Unterrichtskräfte und für Teilnehmer einschlägiger Weiterbildungslehrgänge gehört es geradezu zur Pflichtlektüre.

Gerd Dielmann

**Gerd Dielmann
ist Leiter des
ÖTV-Fortbildungsinstituts
in Dulsburg**

schof von Württemberg, Dr. Theophil Wurm, an Reichsinnenminister Frick in einem Protestbrief gegen die „Euthanasie“-Maßnahmen. Bemerkenswert an der gleichnamigen Veröffentlichung ist unter anderem, daß sie vom Vorstand der betroffenen Alsterdorfer Anstalten herausgegeben wurde. Einen ähnlichen Öffnungsprozeß vermissen wir vier Jahrzehnte nach der Zerschlagung des „Tausendjährigen Reiches“ immer noch von vielen sozialen Institutionen, die in die „Euthanasie“ verstrickt waren.

Klaus Dörner, leitender Arzt der westfälischen Landeslinik Gütersloh, setzt sich einleitend mit dem „Mythos der Heilbarkeit heute und gestern“ auseinander. Es gelte Abschied zu nehmen von dem Ideal einer Gesellschaft von lauter gesunden und leistungsfähigen Menschen: „Es fällt uns schwer zu akzeptieren, daß es, sagen wir mal, in einer Gemeinde von tausend Menschen fünfzig bis hundert Menschen gibt, die auch zu dieser Gemeinde dazu-

gehören und die körperlich, geistig oder psychosozial behindert sind.“ Das Wichtigste sei, zu lernen, daß wir alle zusammengehören, „weil alle Gruppen in ihrer Unterschiedlichkeit sich gegenseitig brauchen.“

In der heutigen Gesundheits- und Sozialpolitik feiert gerade der Mythos der Heilbarkeit in modifizierter Form Wiederauf-erstehung, indem die chronisch Kranken und die sozial benachteiligten Menschen allmählich aus der Solidargemeinschaft der Sozialversicherung ausgeschlossen werden. In der Psychiatrie ist dieses Denken sichtbar an der Aufteilung in Bereiche der aufwendigen Therapie von Behandlungsfällen und der Verwahrabteilungen für chronisch kranke Pflegefälle.

In dem Buch werden die Schicksale Betroffener geschildert ebenso wie der Verlauf der „Euthanasie“-Aktion. Umfangreiche Kapitel beschäftigen sich in diesem Zusammenhang mit dem Anstaltsleiter, Pastor Lensch, und dem leitenden An-

staltsarzt, Dr. Kreyenberg. Ingrid Genkel setzt sich mit den Positionen der Inneren Mission auf Reichsebene auseinander und zeigt, wie stark diese bereits 1935 von nationalsozialistischem Gedankengut durchdrungen war: „Innere Mission soll und darf Zeugnis sein von der Kraft echten Führertums, die aus der erfahrenen Gottesgnade quillt“, heißt es in einer Verbandszeitschrift zum Führerprinzip.

In weiteren Kapiteln werden das Schicksal der jüdischen Bewohner der Anstalten, die Handhabung der Meldebögen für die „Euthanasie“-Aktion und die Verlegungen in die Vernichtungsanstalten dargestellt.

Wie mit den überlebenden Opfern der Zwangssterilisation umgegangen wurde, macht unter anderem das Kapitel über den ehemaligen Anstaltsarzt Dr. Kreyenberg deutlich: Der konnte nach dem Krieg ungehindert als praktischer Arzt und als Gutachter in Wiedergutmachungsverfahren arbeiten. Dort



versagte er Menschen die Wiedergutmachung, die aufgrund seiner eigenen erbgesundheitlichen Gutachten sterilisiert worden waren.

Allen psychosozial Interessierten und insbesondere denjenigen, die in helfenden Berufen tätig sind, möchte ich den Streß der Lektüre des Buches und die Reflexion der eigenen Arbeit vor diesem Hintergrund empfehlen. jgr

Menschenversuche

Das Buch erzählt die jahrhundertealte Geschichte der Tier- und Menschenversuche, eine Entwicklung, die im Verlust der "sittlichen" Werte zu enden droht. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei den beispiellosen Menschenversuchen im Nationalsozialismus, deren Motive und ideologische Rechtfertigungen analysiert werden. Aktuelle Beispiele belegen eindrucksvoll die historische Kontinuität von Menschenversuchen. Die Entwicklung der "neuen" Fortpflanzungstechnologien sowie die Forschung mit Reagenzglasembryonen - Schwerpunktthemen in diesem Buch - sind überzeugende Belege für den ethischen Verfall von medizinischem Denken und Forschen. Die Medizin ist dabei, ihre Ethik als lästiges Anhängsel abzustreifen und lediglich noch sich selbst, aber nicht mehr dem Menschen zu dienen.

Mit Beiträgen von Gerhard Baader, Friedrich Hansen, Rainer Hohlfeld, Heidrun Kaupen-Haas, Regine Kollek, Maria Mies, Sabine Schleiermacher.

Mit einem Vorwort von Karl Heinz Roth.

ISBN 3-923243-30-8 176 Seiten, DM 22,-

In jeder Buchhandlung oder über den Verlag,
PF 250405, 5000 Köln 1, Tel. 0221/ 31 70 87



Kölner Volksblatt Verlag

MENSCHEN WAHNSINN UND WIRKLICHKEIT VERSUCHE



SPRECHZIMMER ④



impressum

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppa (Frankfurt), Sabine Drube (Heldelberg), Heiner Kaupp (München), Brigitte Kluth (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hattlingen), Christina Pötter (Gießen), Michael Regus (Siegen), Hartmut Reiners (Bonn), Rolf Rosenbrock (Berlin), Annette Schwarzenau (Berlin), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobies (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich Wulff (Hannover).

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1, Tel. 0228/69 33 89 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

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

Redaktion: Chefredaktion: Ursula Daalman (ud) (M.S.d.P.), Joachim Neuschäfer (yn)

Ausbildung: Uechi Thaden (uth), Demokratisierung: Edi Erken (ee), Frauen: Karin Kieseyer (kk), Monika Gretenkort (mg), Ethik: Helmut Copak (hc), Frieden: Walter Popp (wp), Gewerkschaften: Norbert Andersch (na), Historisches: Helmut Koch (hk), Peter Liebermann (pl), Internationales: Gunar Stempel (gst), Stefan Schölzel (ste), Krankenpflege: Kireten Jung (kj), Gesundheitspolitik: Matthias Albrecht (ma), Klaus Priester (kp), Pharma: Ulli Raupp (urp), Prävention/Selbsthilfe: Uli Menges (um), Psychiatrie: Joachim Gill-Rode (jgr), Standespolitik: Gregor Weinrich (gw), Umwelt: Peter Walger (pw).

Der für das jeweilige Ressort zuerst oder allein genannte Redakteur ist verantwortlicher Redakteur im Sinne des 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, Postgriamt Essen Nr. 15420-430

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:

Pahl-Rugenstein-Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 02 21/36 00 20, Konten: Postgriamt Köln 6514-503, Stadtparkkasse Köln 10852238 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Septemberheft: 8. August 1988

Graphik: Renate Alf, Jutta Karras, Christian Paulsen

Titelblatt: Linie 4, ud

Layout: Ursula Daalman, Joachim Neuschäfer, Edi Erken

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

ISSN: 0932-5425

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.

Bewegen wir etwas?

Das ist die dämlichste Frage, die ich in der letzten Zeit gestellt habe. Natürlich bewegen wir was! Und wie! Aber was? Ich glaube, ich sollte der Reihe nach vorgehen: Telefonapparate, Kugelschreiber, Schreib-, Setz- und Druckmaschinen, Postbeamtenmuskeln und . . . jetzt wird es interessant. Wieviel Paar Augenmuskeln? Wieviel Sitzfleisch? Wieviel Gedächtnis- oder Merkszellen? Wo lösen wir Betroffenheit aus, regen wir Denkprozesse an oder nachdenkliche Gemüter auf? Wem liefern wir das endgültige Argument für seine aktuelle Kontroverse – oder seine Entscheidung, das Abo zu kündigen? Wer ist gelangweilt, und wer schreitet zur Tat?

Von gut 4000 dg-Abonnentinnen und Abonnenten arbeitet der größte Teil im Krankenhaus, im ärztlichen- oder Pflegeberuf. Der Anteil der Praxisärzte hat sich seit der dg-Gründung vergrößert. Auszubildende aller Gesundheitsberufe nehmen außerdem einen größeren Anteil am Abo-Stamm ein.

Wo immer wir einen Werbe- oder Infostand aufgeschlagen haben, auf Gesundheitstagen, Ärzte- oder Pflegekongressen, Psychiatrietagungen oder Polit-Festivals, wurde eines deutlich: das Kürzel ‚dg‘ steht für einen politischen Anspruch und einen linken Grundkonsens in der Gesundheitspolitik. dg abonniert zu haben, ist eine Aussage, und das ist gut so: Für fast alle Abonnenten bedeutet ‚dg‘ eine Absage an das Geschäft mit der Gesundheit; für die allermeisten die Abkehr von einer Gesundheitsideologie, die nur eindimensionale Zusammenhänge kennt und immerwährend nach der individuellen Schuld fahndet; für sehr viele ist dg Ausdruck für kritische Solidarität gegenüber gewerkschaftlicher Interessenpolitik, parteilos, aber parteiisch, wenn es um Gleichberechtigung von Minderheiten und Benachteiligung von Millionären geht. Für etliche ist dg aber einfach nur eine Brücke zur kritischen Gesundheitspolitik, ein monatliches kleines ‚Aha‘-Erlebnis („Es gibt also doch noch andere Querköpfe“),

für manche Selbstbestätigung zum gelangweilten Abheften („Hab‘ ich doch schon vor Monaten gesagt“).

Auf all das sind wir ein bißchen stolz und auch darauf, daß wir nicht mehr irgendwer sind: dg-Redakteure und -Mitarbeiter sind als Experten gefragt, auf Kongressen, linken Veranstaltungen und Seminaren. Längst können wir nicht alle Termine wahrnehmen, zu denen wir eingeladen werden. Kaum noch eine Tür, die geschlossen bleibt, wenn dg bei den sogenannten Prominenten der Gesundheitsszene um ein Statement oder Interview anfragt. dg-Aufrufe zu gesundheitspolitischen Veranstaltungen haben gute Resonanz. Wir werden ernstgenommen, außer bisweilen, von der ein oder anderen großen, überregionalen Zeitschrift, die „abkuppert“, ohne die Quelle zu benennen.

Für eine kleine, aber nicht ganz unbedeutende Anzahl von Abonnenten sind wir etwas ganz anderes: eine Pflichtlektüre. So hielt sich beispielsweise über Jahre das Gerücht, daß dg in der Stuttgarter ÖTV-Zentrale mit dem Rotstift gelesen würde (oder war es ein Transparentschreiber?). Ärzteplatt-Redaktion und Marburger Bund wettern regelmäßig gegen ‚unbekannt‘ wegen Aussagen, die kurz zuvor in dg zu lesen waren, und auch die oberen Etagen diverser Pharmahersteller beweisen uns von Zeit zu Zeit, wie genau sie unsere Artikel lesen.

„Sie können über mich schreiben, was Sie wollen, Hauptsache, Sie buchstabieren meinen Namen richtig“, hat mal ein aufstrebender Schauspieler einem Klatschkolumnisten an den Kopf geworfen. Für uns ist genau das Gegenteil wahr – und darum steht das dg-Licht auch zu häufig unter dem Scheffel.

Ulli Raupp





H U N G E R S N O T I N V I E T N A M

Wie inzwischen auch durch die Medien bekannt wurde, herrscht Hungersnot in Vietnam. Es fehlt an Reis, dem täglichen Brot der Vietnamesen.

In 8 von 12 Provinzen im Norden Vietnams wurde der Ernährungsnotstand ausgerufen - 80% der erwarteten Reisernte fielen einer abnormen Witterung zum Opfer.

Auch im fruchtbaren Mekongdelta des Südens sind die Ernteerträge um 30 - 40% geringer ausgefallen als im Jahr zuvor.

10 M I L L I O N E N V I E T N A M E S E N H U N G E R N
3 M I L L I O N E N - V I E L E N K I N D E R N U N D A L T E N M E N S C H E N -
D R O H T D E R H U N G E R T O D

Vielerorts haben die Menschen schon das Saatgut für die nächste Aussaat aufgegessen und ernähren sich nur noch von Wassersuppe und Wurzeln.

Auf der Suche nach Eßbarem verlassen manche Bewohner ihre Dörfer mit den ringsum ausgedörrten, verkümmerten Reisfeldern.

Es ist die schlimmste Hungersnot seit 1945, die 2 Millionen Vietnamesen das Leben kostete.

Über den Hunger in Vietnam wird viel geredet und geschrieben - aber das macht keinen Vietnamesen satt.

Wir helfen - die ersten tausend Tonnen Reis sind unterwegs - aber es wird viel mehr gebraucht. DIE NOT IST GROSS.

Wir bitten um Spenden für weitere Reiseinkäufe :

HILFSAKTION VIETNAM E.V. DÜSSELDORF

BANK FÜR GEMEINWIRTSCHAFT (BLZ 30010111) Kto. 10 16 25 03 00

oder POSTGIROKONTO ESSEN 90040 - 430

Spenden an die Hilfsaktion Vietnam können steuerlich abgesetzt werden.