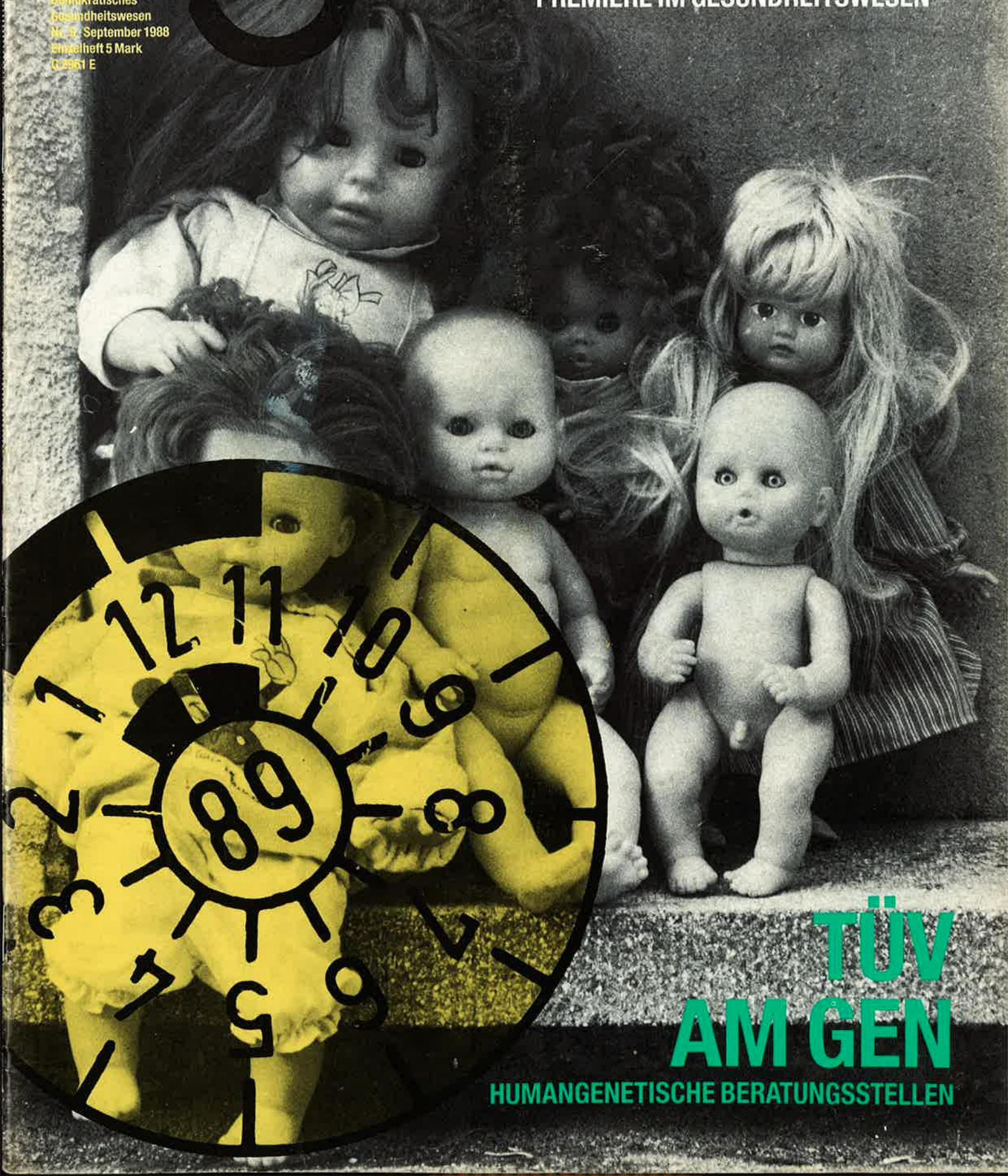


dg

Demokratisches
Gesundheitswesen
Nr. 17 September 1988
Einzelheft 5 Mark
© 2001 E

DIE POSITIVLISTE
EIN VORSCHLAG VON GERD GLAESKE

DER STREIK
PREMIERE IM GESUNDHEITSWESEN



TÜV
AM GEN

HUMANGENETISCHE BERATUNGSSTELLEN

Homöopathie:

Teurer Selbstbetrug?



Edi Erken ist Arzt an einem Krankenhaus in Idar-Oberstein

die Herausgeber sicherlich vorbereitet und haben sich trotzdem zum ernsthaften Nachdenken über die Homöopathie entschlossen. Offenbar besteht ein solcher Boom auf dem Gebiet der Homöopathie und haben Heilkundige, die naturheilkundliche Mittel verwenden, einen solchen Zulauf an Patienten, daß es nicht mehr reicht, die paar Spinner zu belächeln, die zum Homöopathen gehen und irgendwann doch zum „richtigen“ Arzt kommen.

Was ist denn dran an der Homöopathie, oder besser, was läßt viele Patienten an der üblichen Medizin und ihren Methoden zweifeln?

Bei der Ernährung hat das steigende Interesse an natürlich (biodynamisch) erzeugten Produkten ganz reale Hintergründe, denn fast täglich kann der Zeitungsleser erfahren, welche neuen Rückstände in immer wieder neuen Nahrungsmitteln gefunden wurden. Ähnlich wird der interessierte Patient Katastrophen der Phar-

maindustrie nicht immer wieder schnell vergessen, Contergan, Alival, Novalgin, auch HIV-infizierte Blutgerinnungsmittel und Blutkonserven lassen selbst Abgebrühte am herrschenden Medizinbetrieb (ver)zweifeln.

Und ein erheblicher Teil der gleichen Ärzte, die die Homöopathie belächeln, verursacht gerade selber die Zweifel der Patienten an der Medizin, durch allzu forschen Umgang mit dem Rezeptblock zum Beispiel. Ein Patient, der im Rahmen der Dreiminutenmedizin ein Medikament erhält, dessen Wirkung er nicht versteht und das dazu oft noch erhebliche Risiken besitzt, hat genügend Gründe zum Zweifeln. Wieviel attraktiver wirkt da ein Heilpraktiker, der dem Patienten erst einmal zuhört, auch bei leichteren Störungen der Gesundheit sein ernsthaftes Bemühen um Besserung vermittelt, einen „individuell angepaßten“ Therapieplan anbietet, auch wenn der Patient die dann verordneten Mittel genauso wenig verstehen kann wie erstere. Dazu kommt, daß sich viele Patienten, die sonst vom Arzt verordnete Medikamente nur unzuverlässig einnehmen und später kiloweise im Arzneischrank stehen haben, bei homöopathischen Mitteln sagen können, es schade ihnen wenigstens nichts, wenn es auch vielleicht nicht hilft.

Trotzdem liegt auch darin eine gehörige Portion Selbstbetrug, denn so groß ist der Unterschied zwischen dem Pillen schluckenden und später Tröpfchen einnehmenden Patienten nicht, wenn er ohne sonstige Änderung seiner Verhaltens- und Lebensweise eine Besserung seiner Gesundheit von der zaubergleichen Wirkung der Mittel erwartet. Selbstbetrug aber auch bei jenen Ärzten, die mit ihrem Kopf voll (natur)wissenschaftlichem Wissen die Homöopathie belächeln und gleichzeitig selber oft genug teure, und nicht einmal risikoarme Placebos verordnen. Oder leider allzu oft unheilbar kranke Patienten mit ihrem Leiden alleine lassen, weil sie ihre eigene Hilflosigkeit angesichts der Grenzen des Machbaren in der Medizin nicht ertragen können.

So wird ein Urteil des Bundessozialgerichtes in Kassel vom März 1988 verständlich, das feststellte, Krankenkassen müßten in besonderen Fällen auch naturheilkundliche Mittel finanzieren, wenn gängige Mittel und Behandlungsverfahren ohne Aussicht auf Erfolg seien, auch wenn der Nachweis der Wirksamkeit dieser Mittel noch ausstehe.

inhalt

dg 9/88

dg-Report

Beim Gen-TÜV
Humangenetische Beratungsstellen 10

Pharma

Spitzel und Bomben
Interview mit Axel Köhler-Schnura 17

Arbeitsbedingungen

Helferische
Streik am Rehazentrum
Hohenhonnef 24

Texasklinik Bremen
Korruption am Zentralkrankenhaus
St.-Jürgen-Straße 30

Internationales

Ärztetourismus
Ein Bericht aus Kalkutta 26

Patientenversorgung

„Nur im Hinterstübchen“
Interview im Jugendamt 28

Krankenpflege

Wiener Premiere
Europäische Pflegekonferenz
der WHO 32

Psychiatrie

Jongleure am Werk
Was bewirkt der Kahlschlag des
LVR in der Mönchengladbacher
Landesklinik 34

Dokumente

Das Gesundheitswesen erneuert
Antrag für ein gesundheits-
politisches Programm der SPD 18

Entwurf einer Positivliste von
Gerd Glaeske 20

Rubriken

Sie über uns 5
Aktuelles 7
Termine 9
Buchkritik 35
Wir über uns 39

*Krüppelininitiativen fordern,
die humangenetischen Be-
ratungsstellen dicht zu ma-
chen. Ihren Vorwurf, an den
Instituten würden eugenische
Traditionen fortgeführt, weisen
Humangenetiker weit von sich.
Geht es da wirklich nur um den
Dienst am Individuum? Der Report über
den TÜV am Gen auf Seite 10*



Foto: JN

*Premiere im Gesundheitswesen. Es wird gestreikt. Die
Beschäftigten des Reha-Zentrums Hohenhonnef sind es
leid, von der „Helferich“-Stiftung übers Ohr gehauen zu
werden. Sie wollen einen Tarifvertrag.
Ein Bericht auf Seite 24*



Foto: Linie 4

*Was wird aus HIV-positiven Kin-
dern, wenn sich ihre Eltern nicht
um sie kümmern können? Bei
der Suche nach Pflegefamilien
sind die zuständigen Jugend-
ämter überfordert. dg
sprach mit einer Beamtin
auf Seite 28*



Unterlassene Hilfe

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

Den Kick zu diesem Leserbrief gab mir der nächtliche Hausbesuch in einer Fixer-WG, wo ein HIV-positiver Junkie an einer Überdosis starb. Die von mir gerufene Notärztin erzählte, dies sei der dritte BTM-Fall an diesem Tag, und als die Polizei zwei mir als HIV-Patienten bekannte, völlig zugeknallte Mitglieder der WG ver- und auch festnahm, wurde mir wieder einmal bewußt, daß Drogentherapie in der Bundesrepublik fast ausschließlich Sache der Justiz ist. Wir Ärzte und Ärztinnen sind durch ein anachronistisches Betäubungsmittelgesetz zu Zuschauern einer zunehmenden Misere verurteilt, die im Grunde ureigenes ärztliches Terrain darstellt: die Vorbeugung und Behandlung einer tödlichen Erkrankung.

Daß durch die Substitutionstherapie die AIDS-Verbreitung unter Drogenabhängigen reduziert wird, belegt eine Untersuchung von Newman (New York), der in einem Kollektiv methadonsubstituierter Patienten eine um die Hälfte niedrigere Durchseuchung feststellte als in einem Heroin fixenden Vergleichskollektiv. Daß die Mortalität von Methadon-Patienten unter der von Fixern liegt (1,5 gegen 3 Prozent in 2 Jahren), zeigt eine Schweizer Methadonstudie (Uchtenhagen). Die Langzeittherapieerfolge hinsichtlich Drogenfreiheit liegen für Methadon in den USA in der Größenordnung der Abstinenzbehandlungserfolge, ohne dieser Therapieform Konkurrenz zu machen.

Diese Untersuchungen allein sprechen schon so für Methadon als Medikament, daß es mir bei jeder anderen Erkrankung als Kunstfehler ausgelegt werden würde, dieses bei entsprechender Indikation nicht einzusetzen.

So nicht hierzulande, wo stur die Unterlassung der Substitution propagiert wird, die den Namen „Abstinenzbehandlung“ nicht verdient.

Ihre Erfolgsquote liegt, auf 50-80 000 Drogenabhängige bezogen, von denen sie je nach Schätzung zwischen 3,4 und 8 Prozent erreicht, bei 1,3-2,6 Prozent, wobei sie zu 80 Prozent als Strafvollzugsmaßnahme durchgeführt wird (was kein Wunder ist, denn ihr therapeutisch wirksames Prinzip ist ja die Erhöhung des Leidensdrucks, und einem Therapeuten, dessen Prinzip in einer Erhöhung des Leidensdrucks besteht, müssen die Patienten mit Gewalt zugeführt werden). Auf freiwilliger Basis erreicht unser Therapieangebot 0,68-1,2 Prozent der Süchtigen mit einem Heilerfolg von 0,2-0,52 Prozent.

Schon vor Aids konnte man also feststellen: Die Unterlassung der Substitution ist die Behandlung mit Krankheit und Leidensdruck, ohne daß irgendein wesentlich anderer Erfolg dieser Behandlung nachweisbar wäre als eben Krankheit und Leidensdruck. Diese Erkenntnis hat ja zu Methadonprogrammen in vielen Ländern geführt. Dabei lag die Akzeptanz der Langzeittherapie vor 5 Jahren noch bei 5 Prozent der Abhängigen, während sie heute bei unter 1 Prozent liegt.

Seit Aids stellt sich mir das Problem schärfer: Ich beteilige mich an der kollektiven Unterlassung ärztlicher Hilfeleistung und nehme dabei den Tod hilfsbedürftiger Personen in Kauf (per Infektion), wenn ich einem Fixer, der durch Abstinenzbehandlung nicht heilbar ist, die Substitution vorenthalte.

Strafrechtler sind sich dieses Problems wohl bewußt. In den letzten Jahren werden Prozesse gegen Ärzte, die kontrollierte Substitutionstherapie betreiben, regelmäßig eingestellt. Dies scheint das Bundesgesundheitsamt (BGA) zu wünschen, das sich deshalb auf die verwaltungsrechtliche Schiene verlegt hat und seit Februar 1988 damit droht, die BTM-Rezeptausgabe an Polamidon ausgebende Ärzte zu sperren, wobei der Einzelfall nicht einmal geprüft wird. In einem Eil-

verfahren mußte das BGA die sofortige Vollziehbarkeit dieses Ansinnens zunächst einmal zurückziehen.

Zum Problem der Beschränkung der Substitution auf Aids-Patienten ein Beispiel aus der Praxis: Ehepaar, 2 Kinder, 35 Jahre, seit 15 Jahren Therapieversuche, er HIV-positiv, ich glaube Walter-Reed-Stad. 4, jedenfalls jenseits, sie HIV-negativ, also diesseits der Heinemannschen Reizschwelle. Ich kann nur beide substituieren oder keinen (oder, wie mir auf einer Veranstaltung geraten wurde, die Kinder wegnehmen, damit sich die Eltern wieder in Therapie begeben). Wenn ich die Substitution unterlasse, erhöhe ich die Wahrscheinlichkeit, daß auch sie infiziert wird, um 100 Prozent (nach Newman). Wäre das nicht fahrlässige Tötung durch Unterlassung?

Noch ein Wort zum Modellversuch NRW: Basis für diesen Versuch ist meines Erachtens eine unglaubliche Ignoranz gegenüber der internationalen Methadonforschung. Schon jetzt ist klar, daß dieser Versuch keine auch nur annähernd so detaillierte Aussage über die Substitutionstherapie machen kann wie zum Beispiel die langjährigen Studien mit viel größeren Patientengruppen in der Schweiz. Seine Hauptaussage steht bereits heute fest: Bis circa 1993 läuft in der Bundesrepublik nichts in Sachen Methadon. Dies ist makaber, wenn ich bedenke, daß 1987 in der Frankfurter Aids-Ambulanz 60 Prozent der HIV-positiven Junkies zwischen 300 und 600 T4-Helferzellen hatten. Was mit denen 1993 ist, mag man sich ausmalen.

Das Problem brennt also unter den Nägeln, und ich denke, daß gerade wir niedergelassenen Ärzte die langsam mahlenden juristisch-politischen Mühlen am besten ankurbeln können, wenn wir handeln, Arbeitskreise bilden, das Kontaktbedürfnis von Drogenberatungsstellen annehmen, und in begründeten Einzelfällen substituieren, am besten breit gefächert nach dem Schweizer Modell, bei dem beispielsweise in Zürich 600 Patienten von 200 Ärzten betreut werden. Auf daß das Totschweigen ein Ende hat.

PETER RÖHLING
Bonn

Ärger

dg 6/88: „Schwarz, weiß oder grau – Das Essener Methadonprogramm für HIV-Infizierte“ und dg 7-8/88: „Wem dieser Herren würden Sie vertrauen?“

Obwohl ich dg sehr schätze, schreibe ich diesmal aus Ärger: Der Methadonartikel ist voller Heilsverheißung für diesen neuen progressiven Weg in der Drogenarbeit, ohne die ernsthaften Gegenargumente, auch unbestritten progressiver Methadonprogrammgegner (unter anderem auch in der Fraktion Gesundheit), überhaupt zur Kenntnis zu nehmen. Unabhängig vom Methadonstreit hat mich aber die flapsige Behandlung des „traditionellen Cleananspruchs“ geärgert. Es sollte doch klar sein, daß Drogenabhängigkeit eine schwere Persönlichkeitsstörung mit einem sehr hohen selbstzerstörischen Potential ist.

Der Anspruch „Clean bleiben“ – oder fast identisch bei Alkoholikern „Trocken bleiben“ – entspricht also einer therapeutischen Haltung, den Patienten – nach den Möglichkeiten des Behandlers – an weiterer Selbstzerstörung zu hindern. Fordert der Autor das Recht zur freien Selbstzerstörung?

Die larmoyante Behandlung der Psychoschulen drückt mehr die Unfähigkeit des Autors aus, sich dem sicher schwierigen Thema „Durchblick im Psychodschungel“ zu nähern. Daß dies auch für Insider überaus schwierig ist, gebe ich gerne zu. Aber in einer Situation, wo auch mehr Schulmedizinern klar wird, daß es psychische Anteile an diversen Krankheitsverläufen gibt, hätte ich mir von dg mehr gewünscht als Karikaturen und eine Sammlung von Vorurteilen.

Warum läßt Ihr nicht nach und nach Selbstdarstellungen verschiedener Schulen mit qualifizierten Kontroversen zu; ich denke, Autoren und Leser ließen sich finden!

DIETER BONGERS
Berlin

Andere Erfahrungen

dg 7-8/88: „Eine Dame gefällig?“

Die Erfahrungen in Hessen mit dem Marburger Bund, Ärztinnen-Bund und Hartmannbund sind anders, als in dem Beitrag geschildert. Zum Beispiel wurde ein von Frauen und Männern der Liste demokratischer Ärzte eingebrachter Antrag auf Quotierung für Krankenhausarbeitsplätze von Männern und Frauen des Marburger Bundes und allen anderen Verbänden abgelehnt. Der Ärztinnenbund kandidiert überhaupt nicht zu Kammerwahlen, nimmt also diese Ebene der Interessenvertretung gar nicht wahr. Alle Standesverbände lehnen im Gegensatz zum Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte die Quotierung ab. Die befürwortete Einstellung einiger weniger Frauen aus Hartmannbund, Marburger Bund und Ärztinnenbund zur Quotierung spiegelt also keinesfalls die Politik der jeweiligen Verbände wider.

WINFRIED BECK
Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
Frankfurt

Mehr davon

dg 7-8/88: „Eine Dame gefällig? Zur beruflichen Situation von Ärztinnen“

Als noch recht neue dg-Leserin möchte ich zwei Anregungen, eine Kritik und ein Lob anbringen.

Den Bericht über die berufliche Situation von Ärztinnen habe ich mit Spannung und gemischten Gefühlen gelesen. Ich bin selbst auf dem Weg zum Studienabschluß und auch eine Frau. Ich würde mir mehr Beiträge dieser Art wünschen, vor allem Erfahrungsberichte von einzelnen Frauen und Frauengruppen.

Geärgert habe ich mich nur über die Auswahl der Fotos. Nur eine Frau, ein Beispiel, und das gleich in cooler Pose oder gar mit dem Skalpell in der Hand. Es müßte doch Euren Mitarbeitern klar sein, daß gerade an Frauen zuviel „herumgeschnitten“ wird und sie damit nicht nur im körperlichen Sinne „beschnitten“ werden. Ich denke, Ihr dient den Frauen nicht, indem Ihr auf subtile Weise das Klischeebild der durchset-

zungsfähigen, harten Frau in der Medizin aufrechterhältet.

Eine weitere Anregung: Ich würde mich sehr freuen, wenn die dg-Zeitschrift demnächst auf Umweltschutzpapier gedruckt in meine Wohnung flattert.

Zum Schluß ein Lob. Die Berichte über „Faschismus und Medizin“ haben mir sehr gut gefallen. Ich finde es auch gut, daß soviel von der Arbeitssituation „nicht-ärztlicher“ Berufsgruppen im Gesundheitswesen berichtet wird.

ANDREA GRABER
Innsbruck

Gelungen

dg 7-8/88: „Einnehmende Wesen – Besuch beim DBfK“

Vielen Dank für den Bericht in „dg“. Ich/wir waren sehr gespannt, wie Sie unser Geplauder neulich in einen sinnvollen Bericht umsetzen würden. Kompliment: Es ist Ihnen gelungen!

Sogar wie Sie über das schreiben, was Ihnen nicht gefällt, gefällt mir. Trotzdem: Bildchen, Fotos und Sprüche hängen noch immer an der Wand. Sollte Ihnen einmal eine gute Aussage zur Ethik in der Krankenpflege 1988 begegnen, würden wir unsere Sprüchesammlung gern erweitern...

DOROTHEA BRUNSCH
Geschäftsführerin des DBfK-Regionalverbands NRW

Angst gehabt?

dg 7-8/88: „Eine Dame gefällig?“

Schön, Euer Bericht über die berufliche und persönliche Situation von Ärztinnen. Aber meines Erachtens hätten Ihr ruhig etwas stärker betonen können, wie wenig sich auch bei den Paaren geändert hat, die eigentlich „alles ganz anders machen“ wollten. Wenn ich meine Bekannten sehe, dann kann ich nur sagen: „Alles wie gehabt.“ Habt Ihr Angst gehabt, das zu schreiben? Ich warte nur noch auf die Zeit, wo die Männer in den zweiten Frühling kommen und dann mit einer netten kleinen Krankenschwester abwandern. Ich wünschte wirklich, ich hätte in dieser Frage einmal nicht Recht und es käme doch noch anders.

HEIDI BRESENECK
Stuttgart

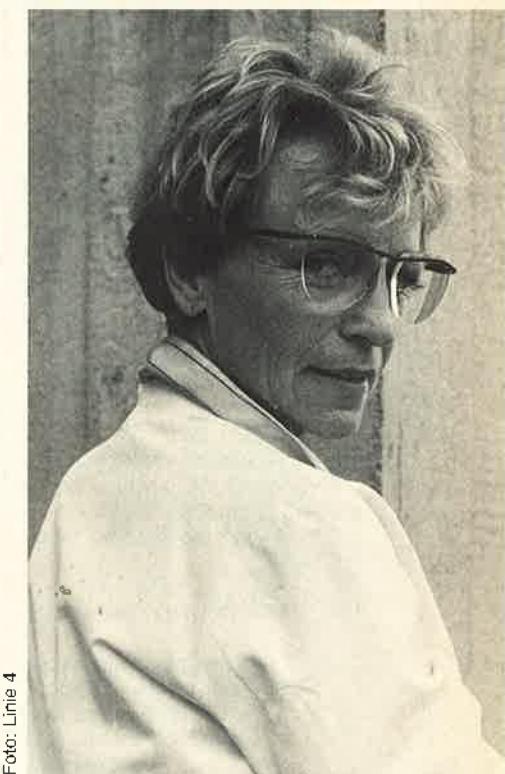


Foto: Linie 4

VDS-Fachtagung Medizin:

Alternativen gesucht

Während des langjährigen Protests der Medizinstudentinnen und -studenten gegen die Verschlechterung ihrer Ausbildung, zum Beispiel durch den Arzt im Praktikum, hat sich gezeigt, daß es an Alternativkonzepten mangelt. Dies war der Grund, eine Kongreßreihe zu starten, die die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte analysieren und notwendige Veränderungen ermöglichen sollte. Der mittlerweile dritte gesundheitspolitische Kongreß der VDS-Fachtagung Medizin findet vom 18. bis 20. November in München statt.

Die Teilnehmer des ersten Kongresses, der 1985 in Düsseldorf durchgeführt wurde, hatten die Notwendigkeit erkannt, über den Bereich des Studiums hinaus das gesamte Gesundheitswesen zu betrachten. Entsprechend war die thematische Öffnung des zweiten Kongresses, der sich unter anderem mit der „Euthanasie“ und dem Vorgehen der Pharmakonzerne in der Dritten Welt auseinandersetzte.

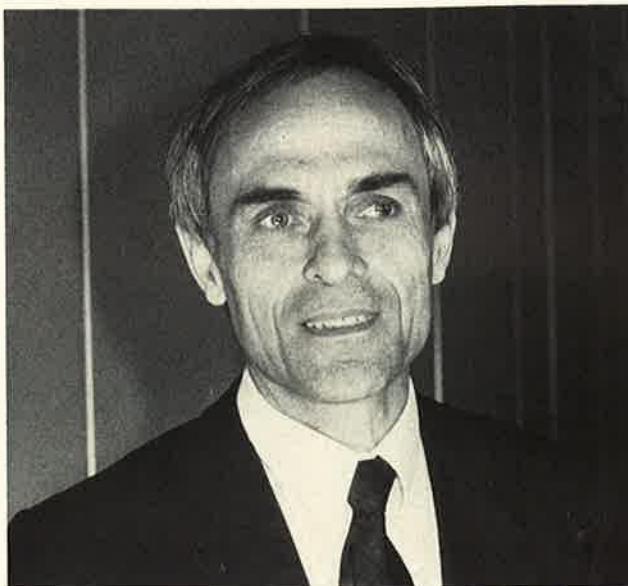
Aufbauend auf diesen Erfahrungen sollen in München folgende Themen behandelt werden:

- Ärztliche Aus- und Weiterbildung
- Frauen in der Medizin
- Medizin und Imperialismus
- „Strukturreform“
- Medizin im Nationalsozialismus
- Zusammenarbeit in der Medizin

Zur Teilnahme aufgefordert sind vor allem Medizinstudentinnen und -studenten, aber auch Interessierte aus anderen Bereichen.

VDS-Fachsekretariat Medizin

Nähere Informationen bei:
VDS-Fachsekretariat Medizin,
c/o FS Medizin Marburg,
Deutschhausstraße 1-2,
3550 Marburg



Verweildauer rückläufig

Immer mehr Patienten werden in den rund 3100 Krankenhäusern der Bundesrepublik, trotz eines Rückgangs der Bettenzahlen, behandelt, wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden mitteilte. Von 1976 bis 1986 sei die Zahl der stationär aufgenommenen Patienten von 10,7 auf 12,6 Millionen, dies sind 18 Prozent, gestiegen. Demgegenüber nahm die Zahl der Krankenhausbetten im gleichen Zeitraum ab – sie sank von 774 000 auf 727 000. Die damit verbundene größere Inanspruchnahme der stationären Versorgung sei, so das Statistische Bundesamt, vor allem auf den gestiegenen Anteil älterer Menschen zurückzuführen. Aufgefangen wurde die Entwicklung durch eine kürzere Verweildauer der Patienten. Während ein Krankenhausaufenthalt 1976 noch durchschnittlich 21,5 Tage dauerte, waren es 1986 nur noch 17,5 Tage. Besonders stark verkürzte sich die Verweildauer in Sonderkrankenhäusern, zu denen Reha- und Kurkliniken sowie psychiatrische und geriatrische Einrichtungen zählen. Diese Entwicklung werde vor allem durch zunehmend ambulante Therapieformen in psychiatrischen Krankenhäusern bestimmt.

BAFöG-Zeit für Medizin gekürzt

Die Fachtagung Medizin der Vereinigten Deutschen Studentenschaften (vds) hat gegen die Verkürzung der Förderzeit für Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAFöG) von 14 auf 13 Semester protestiert, die jetzt in den Semesterferien beschlossen worden war. Wie die Studentenvertreter erklärten, betrage die Mindeststudienzeit in Medizin bereits zwölf Semester und zwei Monate, so daß BAFöG-Empfänger sich eine Verlängerung um nur ein Semester nicht mehr leisten könnten. Dies bedeute in Zusammenhang mit jüngsten Prüfungsverschärfungen eine kaum überwindbare Hürde für Studentinnen und Studenten aus finanziell schwachen Familien.

Johannes Kapuste verurteilt

Dem Arzt Dr. Johannes Kapuste ist Ende Juli vom Münchener Landgericht ein lebenslängliches Berufsverbot für die Behandlung von Drogensüchtigen auferlegt worden. Kapuste, so das Gericht, hatte in einem Zeitraum von einem halben Jahr in 5500 Fällen über 115 Liter des Drogenersatzstoffes Polamidon an 244 drogensüchtige Patienten abgegeben. Von der Anklage der fahrlässigen

Tötung wurde Kapuste dagegen freigesprochen. Drei seiner Patienten waren unter Polamidon und vermutlich auch einer anderen Droge gestorben. Gleichzeitig erklärte das Gericht Johannes Kapuste für nicht schuldfähig, lehnte aber eine von der Anklage beantragte Einweisung in eine psychiatrische Klinik ab, da er keine Gefahr für die Allgemeinheit darstelle.

IVF/ET: Keine Kassenleistung mehr?

Das Bundesarbeitsministerium plant, alle Formen der künstlichen Befruchtung einschließlich der In-vitro-Fertilisation aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen herauszunehmen, wie aus dem Entwurf für ein „Gesundheitsreformgesetz“ hervorgeht. Die Bundesgesundheitsministerin, Rita Süßmuth, verteidigte dieses Vorhaben mit dem Argument, es könne für die betroffenen Paare förderlicher sein, die Kinderlosigkeit als Schicksal zu akzeptieren, statt sich von dem Wunsch leiten zu lassen, um jeden Preis fruchtbar zu sein oder etwa eine brüchige Ehe durch ein Kind retten zu wollen. Demgegenüber kritisierte der Deutsche Ärztebund heftig den Plan, künftig künstliche Befruchtungen aus den Kassenleistungen herauszunehmen. Dies widerspreche der Auffassung der WHO und auch der deutschen Ärzteschaft vom Stellenwert der Unfruchtbarkeit als behandlungsbedürftiger Krankheit.

LdÄÄ Hessen verzichtet auf „Rache“!

Die Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte in der Landesärztekammer Hessen hat nach der ersten Mitgliederversammlung Anfang August eine Pressemeldung in schönem Kohl-Deutsch veröffentlicht. Die Liste, die bei der Kammerwahl im Juni stärkste Fraktion geworden war, will „sich der Verantwortung stellen“ und ihre Spitzenkandidatin Erni Balluf zur Kammerpräsidentin vorschlagen. Damit im Präsidium auch andere „besonnene und demokratische“ Listen vertreten seien, wolle man mit ihnen auch „Sachgespräche“ führen. Denen, die die Liste vorher vom Präsidium ausgeschlossen und dies auch für die Wiederwahl des Dr. Klotz (Ärzte der Basisversorgung) angekündigt hatten, drohe „keine Rache“, versicherte die LdÄÄ.

Todesursachen 1987

Wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden im August mitteilte, ging 1987 die Zahl der Sterbefälle infolge von Kreislauferkrankungen um drei Prozent gegenüber dem Vorjahr zurück. An solchen Erkrankungen starben insgesamt 49,8 Prozent oder 342 400 Personen. 11 Prozent von ihnen erlagen einem Herzinfarkt. 24 Prozent der 1987 Gestorbenen (166 500 Personen) starben an einer Krebserkrankung, das waren 2 Prozent mehr als 1986. Bei 39 600 Menschen (6 Prozent) führten Krankheiten der Atmungsorgane und bei 31 400 (5 Prozent) Krankheiten der Verdauungsorgane zum Tod. Durch Unfälle kamen 19 500 Personen ums Leben, darunter allein 7 600 durch Verkehrsunfälle. Eine etwa gleichbleibende Zahl von Menschen setzte 1987 ihrem Leben selbst ein Ende. Insgesamt verringerte sich die Zahl der Gestorbenen 1987 um 2 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Widerruf für Zelltherapeutika

Das Bundesgesundheitsamt hat im Juli endgültig die Zulassung für zelltherapeutische Fertigarzneimittel widerrufen. Den schwerwiegenden Risiken dieser Präparate stehe keine belegte therapeutische Wirksamkeit entgegen, wie das Amt seine Entscheidung begründete. Bereits vor einem Jahr war das Ruhen der Zulassung angeordnet worden.

Versuchsanlage Hoechst: Klage erhoben

Die gerichtlichen Auseinandersetzungen um die gentechnische Versuchsanlage „Insultec“ der Hoechst AG zur Herstellung von Humaninsulin sind nicht beendet. Kritiker der Anlage haben Mitte August Anklage gegen den Widerspruchsbescheid des Regierungspräsidenten aus Darmstadt von Anfang Juli erhoben, der die Widersprüche gegen die behördliche Genehmigung der Versuchsanlage zurückgewiesen hatte. Die Kritiker, unter ihnen die Bürgerinitiative „Schnüffler und Maagucker“, das Freiburger Ökoinstitut, der Bund für

Umwelt und Naturschutz Deutschland (BUND) und Mitglieder der Grünen, wollen mit dieser Klage den Weiterbau der Anlage stoppen. Die Bürgerinitiative „Schnüffler und Maagucker“ hatte im Juli einen Brief der Hoechst AG an Ärzte veröffentlicht, in dem jedem Mediziner, der einen Diabetes-Patienten auf Humaninsulin umstellt, eine Prämie von 50 Mark versprochen wurde.

Die Grünen im Bundestag wandten gegen eine Großproduktion von gentechnisch erzeugtem Humaninsulin ein, daß es teurer sei als das von Tieren gewonnene Präparat, an dem keine Knappheit bestehe. Vor allem aber sei es von seiner Verträglichkeit her umstritten und habe daher bislang keine Zulassung vom Bundesgesundheitsamt erhalten.

NRW: Vorprüfung darf wiederholt werden

Die 403 Medizinstudenten, die in der ärztlichen Vorprüfung im Frühjahr dieses Jahres durchgefallen sind, dürfen noch einmal antreten. Diese Entscheidung fällt Gesundheitsminister Hermann Heinemann (SPD), nachdem der Klage einiger Studenten vor dem Oberverwaltungsgericht Münster entsprochen worden war.

Bei der ärztlichen Vorprüfung waren in Köln einer Gruppe von Prüflingen am ersten Tag die Fragen für den zweiten Tag ausgehändigt worden, die diese in einer Telefonkette an andere Kommilitoninnen und Kommilitonen weitergegeben hatten. (dg berichtete) Dieser Verfahrensfehler könne dazu geführt haben, daß die Grenze für das Bestehen der Prüfung, die sich am Durchschnittswert der Ergebnisse berechnet, höher ausgefallen sei als sonst, urteilte das Verwaltungsgericht.

In-Vitro-Fertilisation:

Mehr schwere Mißbildungen?

urp- Besteht ein erhöhtes Risiko für Mißbildungen nach In-Vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer? Der „Lancet“ legte jetzt Zahlen aus Australien vor

Waren bislang die Verfechter der künstlichen Kinderzeugung mittels In-Vitro-Fertilisation (IVF) und anschließendem Embryotransfer (ET) immer mit dem Argument hausieren gegangen, daß ihre „Erzeugnisse“ kein erhöhtes Mißbildungsrisiko aufweisen, so hätten sie jetzt allen Grund zum Grübeln. In der renommierten englischen medizinwissenschaftlichen Zeitschrift „The Lancet“ wurden jetzt die neuesten Zahlen der „National Perinatal Statistics Unit“ von Australien referiert, einem Land, das weltweit in der Anwendung von IVF-ET eine führende Position einnimmt.

Von 1979 bis 1986 waren dort den Statistikern 1964 Lebend- und Totgeburten nach IVF-ET sowie drei Schwangerschaftsabbrüche, die wegen der Diagnose fetaler Mißbildungen vorgenommen wurden, aus insgesamt 16 IVF-Zentren gemeldet worden. Davon hatten 37 Feten und Säuglinge (2,2 Prozent) erhebliche kongenitale, das heißt angeborene Fehlbildungen.

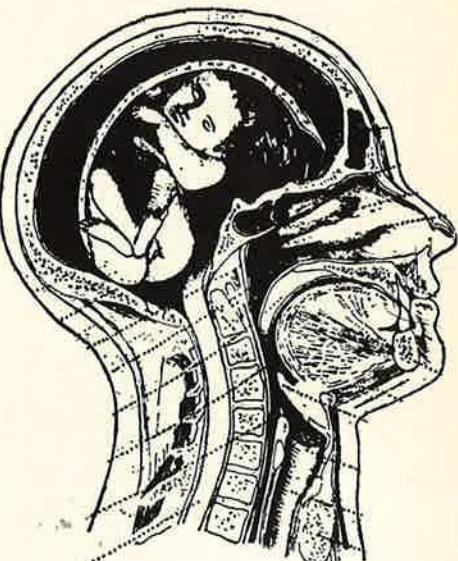
Auch wenn dieser Prozentsatz aus statistischen Gründen nicht direkt mit der durchschnittlichen Häufigkeit schwerer Mißbildungen in Australien, nämlich 1,5 Prozent, verglichen werden kann, so fiel den Statistikern doch auf, daß bestimmte besonders schwere Mißbildungen deutlich häufiger auftraten als in dem vergleichbaren Kollektiv normaler Schwangerschaften.

Sechs der Säuglinge nach IVF-ET hatten eine Spina bifida, nach dem statistischen Schnitt wäre eine Zahl von 1,2 zu erwarten gewesen. Zwei dieser Kinder hatten noch weitere schwere Mißbildungen. Vier weitere Neugeborene hatten schwere Gefäßmißbildungen

(Transposition der großen Gefäße), die zu erwartende Zahl im Normalkollektiv beträgt 0,6.

Nach Meinung der Statistiker könnte es sich bei dieser Häufung zwar um Zufälle handeln, allerdings ist dies wenig wahrscheinlich. Zumal drei der Säuglinge mit Spina bifida und zwei mit Transposition jeweils aus Mehrlingschwangerschaften stammen, die bei der IVF nach Transfer von mehr als einem Embryo häufig vorkommen.

Es wäre sicher interessant, ob für die Bundesrepublik eine ähnliche Statistik verfügbar ist.



termine

9. – 11. 9.

Lüneburger Heide

„Beratung vergewaltigter Frauen“. Seminar für Beraterinnen unterschiedlicher Berufsgruppen
Kontakt: Familienplanungszentrum, Bei der Johanniskirche 20, 2000 Hamburg 50, Tel. (040) 4392822.

9. – 11. 9.

Iserlohn

Seminar: Wege des Heilens – Medizin und Heilkunst in verschiedenen Kulturen
Kontakt: Evangelische Akademie Iserlohn, Berliner Platz 12, 5860 Iserlohn, Tel. (02371) 3520.

10. – 11. 9.

Leverkusen

Kongreß: 125 Jahre Bayer – „125 Jahre Umweltverschmutzung und Menschengefährdung sind genug“
Kontakt: Geschäftsstelle der Koordination gegen Bayer-Gefahren, Hofstraße 26, 5650 Solingen 11, Tel. (0212) 334954.

12. 9.

Iserlohn

Tagung zum Pflegegesetz
Kontakt: Evangelische Akademie Iserlohn, Berliner Platz 12, 5860 Iserlohn, Tel. (02371) 3520.

12. – 16. 9.

Karlsruhe

Seminar: Der alte Mensch im Krankenhaus
Kontakt: Evangelisches Fachseminar, Diakonissenstraße 28, 7500 Karlsruhe 51, Tel. (0721) 8892663.

14. 9.

Frankfurt

Seminar: Pflege im Nationalsozialismus
Kontakt: Berufsbildungswerk FZBA, Gutleutstraße 169–171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 23509192.

15. 9.

Hannover

1. Norddeutsches Pflegesymposium zum Thema „Inkontinenz – Hilfen zur Überwindung“
Kontakt: Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e.V., Rosenstraße 9, 4000 Düsseldorf 1, Tel. (0211) 491273.

15. – 17. 9.

Mannheim

4. Internationaler Kongreß für Krankenpflege im Funktionsdienst
Kontakt: Gudrun Gille, Sperberweg 3, 5870 Hemer, Tel. (02372) 73288.

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) 632646.

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) 403348.

19. – 21. 9.

Soest

Fachtagung für Mitarbeiter aus der Arbeits- und Beschäftigungstherapie in ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenarbeit
Kontakt: Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, Warendorfer Straße 24, 4400 Münster, Tel. (0251) 5913838.

19. – 23. 9.

Frankfurt

Seminar: Pflege und Begleitung Aids-Kranker
Kontakt: Berufsbildungswerk FZBA, Gutleutstraße 169–171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 23509192.

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. (06151) 403348.

19. – 23. 9.

Essen

Einwöchiger Intensivkurs „Türkisch am Krankenbett“
Kontakt: Gesamthochschule Essen, Fachbereich 3, Dr. Rosmarie Neumann, Postfach 103764, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 1831.

15. – 17. 9.

Karlsruhe

Arbeitstagung: „Der Pflegeprozeß – Auf dem Weg zu einem besseren Pflegestandard“
Kontakt: Evangelisches Fachseminar, Diakonissenstraße 28, 7500 Karlsruhe 51, Tel. (0721) 8892663.

20. – 22. 9.

Frankfurt

Seminar: Rückenschonendes Arbeiten
Kontakt: Berufsbildungswerk FZBA, Gutleutstraße 169–171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 23509192.

26. – 27. 9.

Karlsruhe

Einführungswoche in die ambulante Krankenpflege
Kontakt: Evangelisches Fachseminar, Diakonissenstraße 28, 7500 Karlsruhe 51, Tel. (0721) 8892663.

29. 9.

Köln

Das Schicksal der Kölner jüdischen Ärzte 1933–1945
Kontakt: Kölnische Gesellschaft für Christlich-Jüdische Zusammenarbeit, Tel. (0221) 2401090.

30. 9. – 1. 10.

Braunschweig

1. bundesweites Symposium der teil- und außerstationären Therapien für Drogenabhängige
Kontakt: Außerstationäre Therapie, Wilhelmstraße 41, 3300 Braunschweig, Tel. (0531) 42960.

1. 10.

Emstal

IV. Internationales Symposium für Umweltmedizin
Kontakt: Institut für Umweltkrankheiten, Liebenzeller Straße 25, 3501 Emstal, Tel. (05624) 8061.

2. – 6. 10.

Berlin

36. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie
Kontakt: Kongreßbüro, Institut für Psychologie der TU Berlin, Dovestraße 1–5, 1000 Berlin 10, Tel. (030) 31424472 und 31425706.

3. 10.

Frankfurt

Seminar: Mein Arbeitsplatz ist das Altenheim. Arbeitsbedingungen und Arbeitsschutz
Kontakt: Berufsbildungswerk FZBA, Gutleutstraße 169–171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 23509192.

3. – 7. 10.

Darmstadt

Kurs für Nachtwachen: Nächte im Alten- und Pflegeheim
Kontakt: afw-Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (06151) 403348.

3. – 7. 10.

Leichlingen

Seminar: Gerontopsychiatrische Konzepte in der Altenpflege
Kontakt: Allgemeiner Kranken- und Altenpflegeverband, Haus Humboldtstein, 5480 Remagen-Rolandseck.

4. – 5. 10.

Frankfurt

Seminar: Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation – Gibt es vielleicht doch noch Luft?
Kontakt: Berufsbildungswerk FZBA, Gutleutstraße 169–171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 23509192.

4. – 7. 10.

Gütersloh

40. Gütersloher Fortbildungswoche. Thema: Ethische Probleme der Psychiatrie – in der Diagnostik und Therapie, im Umgang mit Langzeitpatienten, Sterilisierung, Euthanasie, Suicid und Gen-Technologie
Kontakt: Prof. Dr. Dr. K. Dörner, Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie, Hermann-Simon-Straße 7, 4830 Gütersloh 1, Tel. (05241) 50201 oder 502210/11.

5.-7.10.

Frankfurt

Seminar: Psychosoziale Versorgung von Ausländern
Kontakt: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Am Stockborn 5-7, 6000 Frankfurt/M. 50.

6.-8.10.

Berlin

16. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung
Kontakt: Dr. Friedemann Pfäfflin, Abt. für Sexualforschung, Psych. Uni-Klinik, Martinistraße 52, 2000 Hamburg 20.

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. (02241) 50088/89.

7.-9.10.

Berlin

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

19.-21.10.

Frankfurt

Seminar: Helfen als Beruf. Dem Frust vorbeugen – aber wie?
Kontakt: Berufsförderungswerk FZBA, Gutleutstraße 169-171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 235091/92.

20.10.

Münster

Seminar: Datenschutz in der sozialen Arbeit
Kontakt: Institut für soziale Arbeit, Stadtstraße 20, 4400 Münster.

22.-23.10.

Hannover

Treffen zum Thema „Leben und Überleben als Ärztin im Krankenhaus“
Kontakt: Netzwerk feministische Medizin, Tel. (0511) 591273.

22.-23.10.

Bonn

Regionale Workshoptagung der dgvt
Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt), Belthlestraße 15, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 41211.

24.-28.10.

Charlottenberg/Westwald

Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Beratung und Therapie bei Elbstörungen“
Kontakt: Frauenberatungsstelle, Hansemannstraße 43, 5000 Köln 30, Tel. (0221) 521579.

26.10.

Frankfurt

Seminar: Arbeitsrecht, Rechte und Pflichten als Arbeitnehmer
Kontakt: Berufsförderungswerk FZBA, Gutleutstraße 169-171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (069) 235091/92.

28.-30.10.

Frankfurt

2. Bundesweiter Kongress „Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologie“
Kontakt: Feministisches Frauengesundheitszentrum, Hamburger Allee 45, 6000 Frankfurt/M. 90, Tel. (069) 701218 (Di. 13-16Uhr).

31.10.-2.11.

Berlin

Aids: Auswirkungen auf die Familie und Partnerschaft
Kontakt: Evangelisches Zentralinstitut für Familienberatung Berlin, Mitterhornstraße 82, 1000 Berlin 38, Tel. (030) 8038097.

3.-5.11.

Essen

Seminar: Ambulante und stationäre Betreuung von HIV-positiven Kindern
Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBFK, Königgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 285599 oder 274829.

4.-6.11.

Loccum

Tagung: Ansprüche statt Almosen: Was erwarten Frauen von der sozialen Sicherung im Alter?
Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel. (05766) 810.

7.-10.11.

Berlin

Fachkonferenz „Sucht 1988“.
Thema: Alkohol und Medikamente am Arbeitsplatz
Kontakt: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Frau Göcke, Postfach 1349, 4700 Hamm 1, Tel. (02381) 25855.

12.-13.11.

Bonn

22. Tagung des Arbeitskreises Medizin-Psychologie von amnesty international
Kontakt: Dr. Johannes Bastian, Meisenweg 8, 7130 Mühlacker, Tel. (07041) 43155.

14.-17.11.

Frankfurt

Frauen in Leitungspositionen in der sozialen Arbeit – Barrieren und Förderungen
Kontakt: Akademie für Jugend- und Sozialarbeit, Am Stockborn 1-3, 6000 Frankfurt/M. 50.

17.-20.11.

Herborn

DGSP-Jahrestagung: „Unverblümmt: Psychiatrie zwischen Reform und Wende“
Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), Stuppstraße 14, 5000 Köln 30, Tel. (0221) 511002.

18.-20.11.

München

3. Gesundheitspolitischer Kongress der VDS-Fachtagung Medizin
Kontakt: VDS-Fachsekretariat Medizin, c/o Fachschaft Medizin Marburg, Deutschhausstraße 1-2, 3550 Marburg.



Was haben wir mit Fidel Castro am Hut?

Nun, die AKP berichtet laufend über alle wichtigen kommunalpolitischen Fachthemen wie Abwasser, Privatisierung, Haushalt, Kultur, Gesundheit, Abfallbeseitigung, Städtepartnerschaften, Verkehr usw. In Heft 3/88 hatten wir auch einen Schwerpunkt zur kommunalen Dritte-Welt-Politik.

Ein Nachrichten- und Magazinteil, sowie die Rubriken Börse + Fundgrube, Kalender und Rezensionen runden die Zeitschrift ab und liefern vielfältigste Informationen und Anregungen für die eigene kommunalpolitische Praxis.

* * *
Die AKP erscheint 6-mal im Jahr à 68 Seiten. Das Einzelheft kostet 7,- DM (zzgl. 1,50 Versand), das Abo gibt es portofrei für 42,- DM.

Redaktion und Vertrieb:

AKP
Herforder Str. 92
4800 Bielefeld 1
(0521/177517)

Fachzeitschrift für grüne und alternative Kommunalpolitik

! T U R E R E G





Humangenetische Beratungsstellen

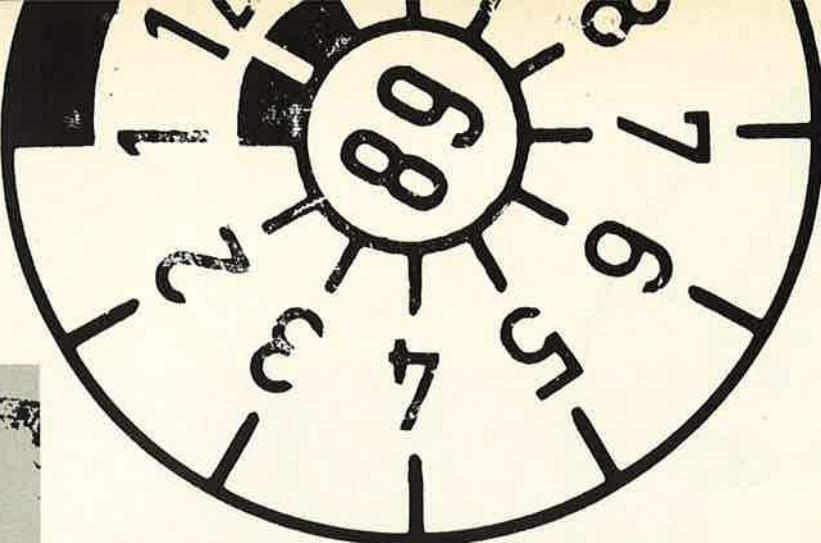
Beim Gen-TÜV

Im Kammerbezirk Nordrhein lassen sich bereits 40 Prozent der Schwangeren über 35 wegen eines erhöhten Risikos, ein behindertes Kind zu bekommen, untersuchen. Sozusagen als Kontrolle, ob alles in Ordnung ist. Mit der Frage, ob sie im Falle eines Falles das Kind austragen oder abtreiben wollen, haben sie sich dann noch gar nicht auseinandergesetzt. Viele erfahren nicht einmal, auf was da genau untersucht wird.

Krüppelinitiativen möchten die Beratungsstellen am liebsten schließen und warnen eindringlich vor diesem Instrument der „Sozialhygiene“. Ob das die Widersprüche löst, haben sich Ursula Daalmann und Joachim Neuschäfer gefragt

Wenn es einen negativen Befund gibt, dann rufen wir die Leute natürlich nicht an und sagen „Das ist ein Mongo“. Wir verständigen zunächst den Frauenarzt, und der teilt dann das Ergebnis mit.“ Nur in einigen Fällen wollen Frauen, die sich von Hannelore Hauff-Albert am Essener Institut für Humangenetik beraten lassen, direkt informiert werden, damit es keine Verzögerungen gibt. „Ich sage ihnen dann, daß es leider einen ungünstigen Befund gegeben hat. Die meisten Frauen sind ganz betroffen und fangen erst einmal an zu weinen und sagen: „Ja, dann muß ich das ja wegmachen lassen. Wie mache ich das überhaupt?“ – Wenn sie es wollen, können sie von heute auf morgen in der Uniklinik ein Bett kriegen.“ So schnell geht das.

Erst wenn eine Schwangere über 35 ist, muß ihr Frauenarzt sie darauf aufmerksam machen, daß die Kasse eine Fruchtwassersuntersuchung, die Amnionzentese, bezahlt. Im Kammerbezirk Nordrhein sind es immerhin 40 Prozent der Frauen über 35, die sich über das genetisch bedingte Altersrisiko, ein be-



T
U
V
R
A
U
G

hindertes Kind zu bekommen, aufklären lassen. Und die meisten entschließen sich dann auch zur Fruchtwasserpunktion.

Ob auf Druck oder weil es mittlerweile in manchen Kreisen als schick gilt, mag erst einmal dahingestellt sein. Beraterinnen wie Hannelore Hauß-Albert raten nicht dazu, nennen nur die Risiken, ein behindertes Kind zu bekommen, nämlich für Down zum Beispiel bei 0,45 Prozent, wenn die Mutter 35 Jahre alt ist, und die Risiken der Untersuchung selbst. Die Wahrscheinlichkeit eines Aborts nach einer Amniozentese liegt zwischen 0,3 und 0,8 Prozent. Schätzungen, die sich je nach Erfahrung und Interessenlage der Schätzer unterscheiden.

Daß sich jede Frau und jede Familie ein gesundes Kind wünscht, ist eigentlich klar. Doch auf was beim pränatalen TÜV untersucht wird und welche Krankheitsbilder genau damit verbunden sein können, wissen sie in der Regel nicht. Hannelore Hauß-Albert gesteht ein, daß sie den Begriff „Mongolismus“ verwendet, da sich unter Down-Syndrom niemand etwas vorstellen kann. Doch nach ihrer Erfahrung wissen die Leute auch darüber nicht mehr, als daß die Kinder „ein bißchen dumm“ sind. Informationen darüber bekommen sie bei ihr nur, wenn sie nachfragen. Sie wollte den Personen keine Information aufdrängen, die sie nicht haben wollten, sagt sie und vergißt dabei, daß der Schock darüber, daß das Kind eine Behinderung haben wird, so groß sein kann, daß man sich im nachhinein nicht traut nachzufragen. Die Untersuchung sei kein „pränataler TÜV“, erklärt Hauß-Albert, da sie keine Tauglichkeitsprüfung sei. Denn während jedes 400. Kind mit Down-Syndrom geboren werde, habe jedes 150. einen Herzfehler. Der aber sei nicht vorher feststellbar.

Bei Frauen über 35 wird mit Hilfe der Amniozentese nur auf Chromosomenanomalien, häufigste Krankheit ist der Morbus Down, und auf offene Neuralrohrdefekte untersucht. Die häufigsten Erkrankungen hierbei sind Spina bifida und Anenzephalus.¹ Begriffe, mit denen nicht medizinisch Geschulte in aller Regel nichts anfangen können. Oft reagierten die Leute verwundert, sagt Hannelore Hauß-Albert,

die meisten hätten noch nicht einmal gehört daß es „so etwas“ überhaupt gibt.

Kein Wunder, denn Menschen, die Chromosomenanomalien haben, leben meist gut abgeschirmt, wenn nicht zu Hause, wo die Angehörigen sie vor neugierigen Blicken „schützen“, dann im Heim, wo es kaum ein Blick von außen eindringt. Es sind Krankheiten, die fremd sind, nicht vorstellbar, und auf die vorab untersucht wird. Nicht-Mediziner, die in den Ärzten Menschen sehen, die Leid verhindern wollen, müssen dann eigentlich glauben, daß eine Krankheit unerträgliches Leid mit sich bringt, wenn Reihenuntersuchungen zur „Prävention“ von Behinderungen gemacht werden. Genau mit diesem Begriff – gängig in der genetischen Literatur – wird das logische Ziel für den Fall eines Falles, die Abtreibung, geschönt. Die Normalität der Untersuchung befördert die Normalität der Konsequenz. Kaum eine Frau entscheide sich dafür, ein behindertes Kind auszutragen, bestätigt Hannelore Hauß-Albert. Die diffuse Furcht vor unbekannten Folgen endet im Zweisinnfall in der Abtreibung.

„Klaus Zerres, Leiter des Bonner Humangenetischen Instituts, kritisiert den Automatismus, mit dem die Pränataldiagnostik zunehmend durchgeführt wird: „Es müßte doch so sein, daß die Entscheidung zur Punktionszeit gefällt wird, wenn es eine Entscheidung darüber gegeben hat, ob man abbrechen läßt, wenn etwas gefunden wird.“ Dieser Prozeß des Nachdenkens werde durch die fast schon normale Anwendung der Untersuchung viel zu stark verkürzt. „Die Personen sind so panisch, wenn sie erfahren, daß sie ein behindertes Kind haben werden, daß sie in der Regel die Schwangerschaft abbrechen.“

Däß Behinderung durchaus so oder so aufgefaßt werden kann und nicht quasi automatisch der „Prävention“ anheimgestellt wird, erläutert Klaus Zerres an einem Beispiel:

Spina bifida: „Spaltwirbel“, angeborener Spalt in den Wirbelbögen, mit Folge einer Fehlanlage des Rückenmarks

Anenzephalus: Fehlen des Großhirns

Untersuchungs-methoden und Risiken

„Zu uns kam einmal eine blinde Frau, die wegen einer erblichen Krankheit zwei blinde Kinder hatte. Sie hatte ein 50prozentiges Risiko, wieder ein blindes Kind zu bekommen, möchte aber ein drittes Kind. Sie sagt: „Blindheit ist für mich gar keine richtige Behinderung, sondern eine leichte Beeinträchtigung.“ Daß so jemand eine ganz andere Schlußfolgerung aus einem hohen Risiko zieht, als es vielleicht ein Sehender tun würde, der sich gar nicht vorstellen kann, wie es wäre, wenn er jetzt nicht mehr sehen könnte, ist ganz klar. Für mich ist Blindheit eine schreckliche Vorstellung, für diese Frau ist das ganz anders. Sie wird dann ein genetisches Risiko ganz anders bewerten.“

Die Verarbeitung der nackten Information ist unterschiedlich, je nach Informationsgrad, wie auch Hannelore Hauß-Albert bestätigt: „Die Frauen, die schon ein Kind mit Down-Syndrom haben, tun sich in der Entscheidung, ob sie das Kind austragen oder nicht, viel schwerer, als diejenigen, die nur vom Hörensagen her wissen, was Morbus Down bedeutet, und die sich vorstellen, daß dies das Schlimmste sei, was es gibt.“

Doch verallgemeinern läßt sich das nicht, denn tatsächlich kann ja Leben mit einer Behinderung, auch wenn sie vergleichsweise leichter Natur sein mag, leidvollen Druck bedeuten, unabhängig davon, wer das Leid erzeugt, ob die Krankheit selbst oder die Gesellschaft, die die Behinderten und ihre Angehörigen grausam bestraft. „Da sitzt jemand, der hat eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte, und möchte sich beraten lassen, wie hoch das Risiko für seine Kinder ist“, erzählt Klaus Zerres aus einer Beratung. „Als ich ihm sage, daß das Risiko in einer Größenordnung von fünf Prozent liegt, fängt er an zu weinen und sagt: „Das ist ja ein furchtbares Risiko. Ich habe selbst so viel durchgemacht. Das möchte ich meinen Kindern niemals zumuten. Bei diesem Risiko möchte ich lieber auf Kinder verzichten.“ Kurz darauf habe er wieder eine Person mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte dagehabt, die bereits ein Kind mit dieser Fehlbildung hatte, wo also ein Wiederholungsrisiko vorlag, das bei zirka zehn Prozent lag. „Der sagt: „Na gut, wenn sonst nichts ist, das kann man gut operieren. Da brauchen wir nicht darüber nachzudenken.““

Sowohl Hauß-Albert als auch Zerres beraten nicht direktiv, das heißt, sie informieren, ohne die Personen zu der einen oder anderen Konsequenz zu bewegen. „Es ist schon wichtig, die Ratssuchenden zur Reflektion zu ermuntern. Aber jemanden zu überreden, das geht gar nicht. Ich will mich da auch gar nicht mit meinem unmaßgeblichen Werturteil einmischen. Ich kann weder jemanden überreden, auf ein Kind zu verzichten, noch jemandem einreden, daß eine Krankheit eine Bagatelle ist.“ Wenn ratsuchende Frauen bereits schwanger sind, was in Bonn nur bei etwa einem Drittel der Fall ist, und dringende Gründe für die Annahme da sind, daß das Kind an einer nichtbehebbaren Schädigung leidet, erhält die Schwangere eine Indikation zum Abbruch, wenn sie es will. „Daß etwas nicht von einer Schwangeren verlangt werden kann, das spielt die wesentliche Rolle.“ Auf 100 Beratungen kommt es laut Zerres zu einem oder zwei Abbrüchen.

Warum etwas nicht von einer Schwangeren verlangt werden kann, wird bei dieser Form der individuellen „Lösung“ ausgeblendet. Die Berater wissen, daß sie gegen den oft übermächtigen Druck der Bedingungen, unter denen die Menschen leben, nicht ankommen können, selbst wenn sie ihnen Kontakte zu Selbsthilfegruppen oder jeweilige krankheitspezifische Einrichtungen vermitteln: „Wir hatten hier die Schwester von einem Landwirt aus der Eifel, die sich überlegte, ein Kind zu bekommen. Der Bruder hatte ein Kind mit einer Muskeldystrophie, das den ganzen Tag hätte betreut werden müssen. Der konnte sich nicht den ganzen Tag um das Kind kümmern, und da hat er es in ein Heim gegeben, mußte dafür 4000 Mark monatlich selbst zahlen. Dann haben sie ihm irgend etwas weggepflanzt, damit konnte er das Kind dann wieder ein halbes Jahr lang unterbringen. Die Schwester, um sie ging es ja in dem Fall, kann sich doch da nicht mehr frei entscheiden, wenn ein bestimmtes Risiko vorliegt.“

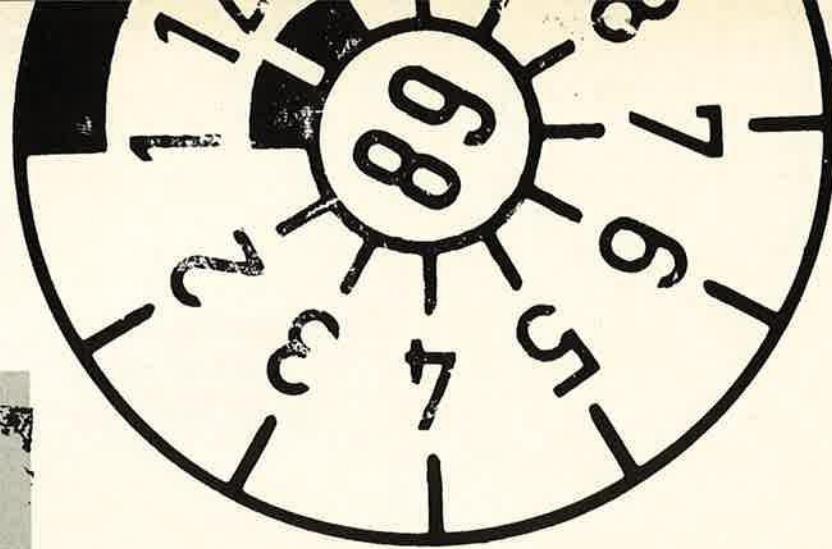
Es gibt zu wenig speziell für Behinderte, es gibt zu wenig für das Zusammenleben von Behinderten und Nicht-Behinderten, unser gesamtes Lebensumfeld schließt Behinderte und ihre Angehörigen aus. Das fängt an bei lä-

Bei der Amniozentese wird durch die Bauchdecke der Schwangeren ab der 16. Schwangerschaftswoche Fruchtwasser entnommen, und die darin schwimmenden Zellen fetaler Herkunft werden analysiert. Da man die Chromosomen nur in einem bestimmten Zellteilungsstadium darstellen kann, müssen zunächst Zellkulturen angelegt werden. Die Folge ist, daß ein Ergebnis erst nach drei bis vier Wochen mitgeteilt werden kann. Die Abortrate liegt zwischen 0,2 und 0,8 Prozent. Der Eingriff ist zwar nicht schmerhaft, doch die Wartezeit bedeutet für alle Frauen nach Erfahrungen der Berater eine große seelische Anspannung.

Diese Schwierigkeiten gibt es bei der Chorionzottenbiopsie nicht, bei der unter Ultraschall ein Katheter durch den Muttermund geschoben und Gewebe aus dem Chorion, der späteren Placenta, entnommen wird. Die Ergebnisse liegen in der Regel in wenigen Tagen vor, da das Choriongewebe ein schnell wachsendes ist, in dem genügend Zellteilungsfiguren darstellbar sind. Dieser Vorteil wird allerdings mit vielen Nachteilen erkauft: Zum einen ist sie nur zwischen der 9. und 11. Schwangerschaftswoche möglich, ein Zeitpunkt, zu dem viele Frauen noch nicht wissen, ob sie schwanger sind oder überhaupt eine vorgeburtliche Diagnostik wünschen. Der Eingriff ist schmerhaft, und die Abortrate liegt um ein Vielfaches höher, drei bis vier Prozent sind es nach Angaben der WHO, nach Erfahrung von Hauß-Albert liegt sie eher höher. Zudem liegt das Risiko, daß selbst erfahrene Untersucher kein Ergebnis bekommen, bei drei bis vier Prozent. Eine Fehlerquelle liegt auch darin, daß sich ein Teil des Choriongewebes nicht zu kindlichem, sondern zu ernährendem entwickelt. Mitunter zeigen sich in der Placenta Chromosomenaberrationen, die beim Kind nicht vorhanden sind. Der Hauptgrund dafür, daß man damit noch etwas zurückhaltend verfährt, liegt aber in der Abortrate.

Der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung, Otto Regenspurg, schätzte 1985, daß lediglich 3,8 Prozent aller schwerwiegenden Behinderungen angeboren seien. 1 bis 2 Prozent aller Neugeborenen weisen angeborene Störungen oder Fehlbildungen auf, jedoch nur 0,1 bis 0,2 Prozent aller Neugeborenen haben Chromosomenanomalien oder offene Neuralrohrdefekte. Und nur diese sind *primär*, also ohne das Familienumfeld zu berücksichtigen, der Fruchtwasserdiagnostik zugänglich.

IT L U D R A R U G



cherlichen Sozialhilfesätzen und hört nicht auf bei Treppenstufen vor Gebäuden, die Rollstuhlfahrern den Zugang unmöglich machen. Daß in dem Moment, wo es bessere Hilfen für Behinderte und ihre Verwandten gäbe, der Ansturm auf die humangenetischen Beratungsstellen geringer würde, wissen die Berater auch, und zumindest die, mit denen wir sprachen, empfinden es als starke Belastung, daß es so ist, wie es ist.

Doch auf den Vorwurf, daß sie mit ihrer Arbeit nur dazu beitragen, diejenigen zu beseitigen, an denen sich die sozialen Probleme am schlimmsten manifestieren, nicht aber die sozialen Probleme, reagiert man ausweichend: Es sei ja ohnehin nur eine geringe Zahl von Fällen, in denen es zur Abtreibung kommt, die Mehrzahl der Beratungen hätten eher eine ermunternde Auswirkung; man wünsche sich ja auch, daß die Betroffenen vor einer Schwangerschaft kämen, damit sie sich sachlich und ohne Zeitdruck mit der Frage auseinandersetzen können; Behinderungen könne man eh nicht beseitigen, die genetisch bedingten machen ja nur einen Bruchteil der Behinderungen insgesamt aus. Sowohl Hauß-Albert als auch Zerres sind sich im klaren darüber, daß der Druck gegen Behinderungen und die Anwendung des Begriffs auf alle möglichen Lebensweisen beliebig ausdehnbar sind. Beide helfen sich aus dem Dilemma, indem sie beteuern, daß die Mehrheit der Humangenetiker keine eugenischen, und damit meinen sie bevölkerungspolitischen, Absichten hätten.

Däß aber eugenisches Denken noch längst nicht aus den Köpfen verschwunden ist, zeigt sich in allen Debatten, in denen menschliches Leben gegen Geld aufgewogen wird. Und der „gesunde Menschverstand“ empört sich sowieso: „Für so was zahlen wir unsere Steuern!“ müßten sich eine Mutter und ihr Downgeschädigtes Kind anhören, als sie sich erdrückteten, auf einen Spielplatz zu gehen. Solch liebenswerte Mitbürger finden sich dabei in bester Gesellschaft mit einer Reihe hochangeschener Humangenetiker, die Kosten-Nutzen-Rechnungen über ihre ehrenwerten Forschungen erstellen. So wie Professor E. Passarge, Leiter des Essener Instituts, der für seine Arbeit über „Ge-

netische Pränataldiagnostik als Aufgabe der Präventivmedizin. Ein Erfahrungsbericht mit Kosten/Nutzen-Analyse“ auch noch einen Preis erhielt. So wie Professor W. Tünte vom Humangenetischen Institut in Münster, der in dem Aufsatz über „Genetische Familienberatung“ folgende Rechnung aufmachte: „Würden zum Beispiel in der Bundesrepublik alle Schwangerschaften von Frauen ab 40 Jahren untersucht, so wären 11000 pränatale Diagnosen erforderlich. Hierbei würden Kosten in Höhe von 28000 DM pro Schwangerschaft mit chromosomengeschädigter Frucht entstehen. Demgegenüber würden die durchschnittlichen Kosten für die lebenslange Betreuung eines ausgetragenen Kindes etwa 200000 DM betragen, was einer Kosten-Nutzen-Relation von 1:7 entspricht.“

Was hier mit nackten Zahlen ankommt, führt Frau Dr. Stoekenius, Leiterin der humangenetischen Beratungsstelle in Hamburg-Barmbek, in der Beschreibung ihrer Aufgabe konsequent zu Ende: „Aufgabe humangenetischer Beratung ist die Verhütung von Nachkommen mit schweren Erbkrankheiten oder mit beeinträchtigenden Fehlbildungen exogener oder endogener Ursache.“ Entsprechend auch ihre „Beratungen“, wie aus dem Institut entwendete Unterlagen zeigen. In großem Ausmaß empfahl sie die Sterilisation verhaltensauffälliger Kinder, selbst wenn es keinen klinischen Befund für genetische Auffälligkeiten gab. Als Beweis der Vererbung der fröcklichen Psychose führte sie familiäre „Belastungen“ wie „Vetter, Dauerstudent, Tante väterlicherseits, Spätentwickler, Großvater und Urgroßvater mütterlicherseits, menschenscheuer Einzelgänger“ auf.

Nachdem die Grün-Alternative-Liste die Beratungspraxis in Barmbek zum Thema einer Bürgerschaftsdebatte gemacht hatte, stellte im Juli 1984 die damalige Gesundheitsministerin Maring (SPD) als Ergebnis ihrer zugesagten Prüfung fest: „Ich konnte nicht den Eindruck gewinnen, daß die an dieser Beratungsstelle beschäftigten Mitarbeiter sich in ihrer Arbeit von rassistischem Gedankengut leiten lassen.“ Hannelore Hauß-Albert sieht im Fall Stoekenius die Möglichkeiten des Mißbrauchs humangenetischer Beratung.

Eugenisches Denken sitzt fest in den Köpfen vieler renommierter Genetiker, und mit der Gentechnologie erhalten sie immer schärfere und diskrettere Instrumente, um dieses Denken in die Tat umzusetzen

tungsstellen exemplarisch demonstriert, hält aber die Forderung nach deren Abschaffung für verfehlt: „Es müßte heißen: Weg mit Frau Stoeckenius.“ Doch die ist weiter im Amt und Würden, nur Empfehlungen zur Sterilisation darf sie nicht mehr aussprechen und muß bei psychiatrischen Gutachten entsprechende Fachärzte hinzuziehen.

Frau Stoeckenius werde von der Mehrzahl der Humangenetiker abgelehnt, sie sei ein Relikt, erklärt Hannelore Haub-Albert. Offensichtlich aber nicht das einzige. Noch bis in die 60er Jahre sei das Lehrbuch von Verschuer das einzige gewesen, das den Studenten zur Verfügung stand, weiß die Essener Humangenetikerin zu berichten, „natürlich wurde da Ideologie transportiert“. Othmar von Verschuer, der 1951 Leiter des Humangenetischen Instituts in Münster wurde, hatte bereits in der Weimarer Republik den Ausschuß Behinderter von der Fortpflanzung gefordert. Kontinuität also auch hier.

Zusätzliche Brisanz erhält das eugenische Denken durch die Fortschritte der Gen-Technologie. Während durch eine Fruchtwasseruntersuchung mit biochemischen Untersuchungen nur etwa 60 Defekte nachgewiesen werden können, da nicht alle Gene in diesem frühen Entwicklungsstadium aktiv sind, läßt sich durch molekulargenetische Untersuchungen eine wachsende Zahl von Krankheiten auch feststellen, ohne daß das zu untersuchende Gen aktiv sein muß. Durch so genannte Restriktionsenzyme ist es möglich, die DNS an vielen genau definierten Stellen zu zerschneiden. Mit Hilfe von Mustern und der Verteilung der Spaltfragmente können Aussagen über Genomveränderungen gemacht werden.

Bisher kann man auf diesem Wege erst einige, rund 100, der 4000 bekannten genetischen Erkrankungen diagnostizieren. Aber die Forschung ist in vollem Gange. Entdeckt werden konnten Muster zum Beispiel für die Sichelzellenanämie und für Muskeldystrophien. Und damit ändert sich das Bild von den Krankheiten und Therapiemöglichkeiten: „Je mehr in einer modernen humanistischen Gesellschaft jeder Mensch die gleichen optimalen geistigen und körperlichen Entwicklungsmöglichkeiten hat, je mehr also gesellschaftlich-

soziale Hemmfaktoren zur Realisierung potentieller Fähigkeiten und Talente wegfallen, desto mehr treten angelebende Besonderheiten und Eigenheiten in den Vordergrund“, schreiben die DDR-Autoren Regine Wittkowski und Otto Prokop in ihrem Wörterbuch für die Familienberatung „Genetik erblicher Syndrome und Mißbildungen“. Was sich hier andeutet, ist die Reduktion von Krankheiten, aber auch sozialer Verhaltensweisen auf genetische Ursachen. Jüngstes Beispiel solcher Denkungsart lieferte ein Dr. Günter Haackert in der Zeitschrift „der kassenarzt“, der darüber spekulierte, ob nicht „die starke Staatsverdrossenheit der jetzigen Generation mit einer Änderung der Art des ererbten Verhaltens erklärt werden“ könne.

Ist erst einmal das „kranke“ Gen ausgemacht, steht die „Therapie“, die Genreparatur, auf dem Plan der Genetiker. Diskutiert wird nicht nur die somatische Reparatur, das heißt die Einführung intakter Gene in die erkrankten Organe oder Zellen. Denn diese Prozedur müßte bei jeder Generation neu durchgeführt werden. Überlegungen und Versuche sind bereits im Gange, intaktes Erbmaterial in die Zellen, die für die Keimzellbildung zuständigen Organe bilden, zu transferieren. Die Folgen dieses Eingriffs in die Keimbahn, wenn er an einer befruchteten Eizelle vorgenommen wird, erläutert Regine Kollek, die mehrere Jahre im Bereich der Entwicklungsbioologie und Genetik geforscht hat: „Das bedeutet, daß auch die Nachkommenschaft des manipulierten Individuums die Folgen des gentechnischen Eingriffs erben wird, zunächst einmal unabhängig davon, ob er erfolgreich war oder nicht und auch ohne zu wissen, was dieser Eingriff für die gesundheitliche Stabilität und genetische Integrität der nachfolgenden Generationen bedeutet.“ Wie gefährlich dieses Spiel ist, hat sich bereits bei Versuchen mit Mäusen gezeigt: Durch das Fremdgen wurde in einem Fall ein anderes, lebenswichtiges Gen zerstört.

Mit Hilfe der Genomanalyse können aber nicht nur genetisch bedingte Krankheiten festgestellt werden, sondern auch Veranlagungen und Dispositionen, zum Beispiel zur Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Chemikalien. Zielsetzung ist allerdings nicht,

die Schädlichkeit bestimmter Arbeitsstoffe nachzuweisen, um diese aus dem Verkehr zu ziehen. Schädigend ist nach unternehmerischer Logik nicht der Arbeitsstoff, sondern die genetische Veranlagung. In den USA werden entsprechende Genomscreenings der Mitarbeiter bereits von Unternehmen durchgeführt. „Am Ende“, so befürchtet der Molkulargenetiker Rainer Hohlfeld, „steht die Vision der individuellen Genkarte: Jeder Neugeborene erhält auf Basis einer genetischen Checkliste Informationen über seine angeborenen Dispositionen, Defekte, Krankheiten und Schwächen. Sozial und gesundheitlich abgesichert wird nur der, der bereit ist, seine individuelle Lebensplanung und -führung auf sein genetisches Programm abzustellen.“

Ihre Lebensplanung auf ihren „genetischen Defekt“ abstellen sollen auch die Betroffenen der Chorea Huntington, eine der Krankheiten, für die es bereits einen Marker gibt. In der Mitgliederzeitschrift der Deutschen Huntington-Hilfe darf Margery Shaw, Professorin für Gesundheitswissenschaft in Houston, Texas, eugenische Positionen vertreten: „Ausgestattet mit der heutigen Technologie ist es jetzt möglich anzufangen, das Huntington-Gen aus der menschlichen Rasse auszurotten. Aber um dieses Ziel zu erreichen, was innerhalb der nächsten zwei Generationen zu schaffen wäre, ist es notwendig, daß diejenigen, die wahrscheinlich oder sicherlich das Gen tragen, eindeutige Schritte unternehmen, um seine Weitergabe zu vermeiden.“

Zur Begründung muß – wie immer – die Schwere des Krankheitsbildes herhalten: Die Chorea Huntington, früher angeborener Veitstanz genannt, ist eine autosomal dominant vererbliche Krankheit, das heißt, die Nachkommen eines Huntington-Kranken tragen mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent das veränderte Gen. Die ersten Symptome der Krankheit zeigen sich in der Regel erst im dritten, zum Teil auch erst im siebten Lebensjahrzehnt: Es fängt an mit eher diffusen, psychiatrischen Auffälligkeiten. Später tritt in Folge des Untergangs bestimmter Stammhirnganglien eine zunehmende Störung der Motorik auf. Eine Heilungsmöglichkeit gibt es bislang noch nicht, wohl aber, wie Margery Shaw schreibt, die Möglichkeit, die Kranken

Der Ansatz vieler Krüppelinitiativen, die humangenetischen Beratungsstellen dichtzumachen, wirkt in seinem ethischen Rigorismus faszinierend. Doch würde das die Praxis nur noch verschlimmern

„auszurotten“. Dabei erfindet sie gar eine ethische Verpflichtung, „angemessene Schritte zu unternehmen, um dieses Leid von zukünftigen Generationen fernzuhalten“. Anderes Verhalten sei „sicherlich moralisch falsch, wenn nicht sogar rechtswidrig“.

Shaw sinniert offen darüber, daß die Tatsache, das Huntington-Gen zu tragen, durchaus mit einer HIV-Infektion zu vergleichen sei. Personen aus Huntington-Familien müßten also über ihren Gen-Status aufgeklärt werden und verpflichtet werden, ihre Angehörigen oder Sexualpartner zu unterrichten. Wie weit ist es da bis zu Zwangstests in Huntington-Familien und Strafverfolgung, wenn sich einer dem Fortpflanzungsverbot nicht beugt? Von solch einer Pflicht zur Information will verständlicherweise ein großer Teil der Betroffenen nichts wissen. So spaltete sich dann auch die Selbsthilfeorganisation im Frühjahr dieses Jahres. Grund dafür war nicht allein der Abdruck des oben zitierten Artikels, sondern auch die Praxis der medizinischen Berater der Huntington-Hilfe. Kai Krahnen, nunmehr bei der neuen Huntington-Gesellschaft: „Die aktive Beratung ist nicht nur eine Frage des Beratungsprozesses, also ob man direktiv oder nicht berät, sondern daß man hingehört, Stammbäume komplettiert und nicht informierte Leute anruft und ihnen mitteilt, daß bei ihnen ein genetisches Risiko vorliegt.“ Dr. Herwig Lange, der in der Huntington-Hilfe eine wichtige Rolle spielt, gelangte im Rahmen des Deutsch-Deutschen Kulturaustausches in den Besitz eines alten NS-Archivs, das 90 Prozent der Huntington-Familien des Rheinlands erfaßte. Daß Lange dieses Archiv dazu benutzt, um systematisch Gen-Träger anzuschreiben, wurde aus mehreren Quellen bestätigt.

Hätten meine Eltern eine humangenetische Beratungsstelle aufgesucht, dann gäbe es mich heute nicht. Ich bin aber gerne dabei“, erklärten Behinderte dem mittlerweile emeritierten Münsteraner Genetiker Professor Lenz auf einer Diskussionsveranstaltung in Köln und forderten konsequenterweise die Abschaffung der humangenetischen Beratungsstellen. Es spielt für sie letztlich keine Rolle, ob dort Eugeniker vom alten Schlag zu Werke gehen oder das Prinzip der

non-direktiven Beratung eingehalten wird. Denn auch die findet nicht im wertfreien Raum statt. „Die Angst vor Behinderung ist in der Bevölkerung schon verbreitet“, stellt Udo Sierck, Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Behinderte der Grünen, fest, „sie braucht nicht mehr geschürt zu werden.“

„Ein Down-Kind mit 35 zu bekommen, muß nicht sein“, und die humangenetischen Beratungsstellen bieten dafür das Instrumentarium an. In einer Gesellschaft, die dem Phantom einer behindertenfreien Welt nachjagt, wird aus dem Angebot, daß „etwas nicht sein muß“, schnell der Zwang, daß etwas nicht sein darf. „Die Tatsache, daß die Technologie vieles möglich macht, setzt die Frauen unter einen wahnsinnigen Druck“, berichtet Joan Murphy, die am Berliner Feministischen Frauen gesundheitszentrum Kurse für schwangere Frauen betreut. „Ihnen wird ohnehin von jedem gesagt, daß sie für das Kind verantwortlich sind. So nehmen sie alle Möglichkeiten wahr, die es gibt. Und wenn etwas schief geht, sind sie selbst dran schuld.“

Wenn etwas schief geht, sind sie schuld, und die Last haben sie noch mit dabei. Denn es sind in der Regel die Mütter, die sich letztendlich um Pflege und Erziehung des behinderten Kindes kümmern müssen, die ihre Lebensplanung aufgeben und sich dann auch noch Vorwürfe anhören müssen. Gine Elsnér, Ärztin in Bremen und selbst Mutter eines Jungen mit Down-Syndrom, schildert eindringlich, daß ein Großteil der Ehen über der Behinderung des Kindes schüchtert und daß es in nahezu allen Fällen die Mütter sind, bei denen die Kinder bleiben. „Wenn ich meinen Sohn irgendwo hinbringe, sei es zum Sport, sei es zu einer Freizeit, ich sehe nur Mütter, Mütter, Mütter. Und kaum eine ist in der Lage, eine Berufstätigkeit zu ergreifen. Viele leben von der Sozialhilfe.“ Bezeichnend auch ein eindrucksvolles Buch mit dem Titel „Ich habe ein behindertes Kind. Mütter und Väter berichten“. Es sind ein Vater und 17 Mütter.

Frauen zu verurteilen, die sich zur Abtreibung eines Feten entschließen, der eine schwere unheilbare Erbkrankheit hat, fällt angesichts dessen schwer. Es sei denn, man lehne Indikation nach

Paragraph 218 direkt ganz ab. Wer wollte die Trennungslinie zischen zwischen einer Frau, die eine Schwangerschaft nicht austragen will, weil sie es in einer bestimmten persönlichen oder sozialen Notlage nicht kann, und einer, die weiß, daß sie durch das Kind mit fast 100prozentiger Sicherheit in eine solche Notlage kommen wird. Ethischer Rigorismus, so scheint es, ist da eher Männersache, zumindest in der Theorie.

Und auch der Ansatz vieler Behindertengruppen, humangenetische Beratungsstellen dichtzumachen, löst die Widersprüche nicht auf. Denn gerade die Untersuchungen bei Altersrisiko, die mittlerweile so schnell, so normal, so reibungslos und eben in den entsprechenden Prozentzahlen ganz logisch zur Abtreibung führen, werden mehr und mehr außerhalb der humangenetischen Institute vorgenommen, in Frauenkliniken und sogar schon bei niedergelassenen Ärzten, die die Tests selbst von Labors machen lassen. Da aber braucht die Amniozentese nur eine höhere Bewertung in der Gebührenordnung zu erfahren, und schon schießen die Labors wie Pilze aus dem Boden. Es sind eben nicht die humangenetischen Institute, die den Schwangeren die Videos von den Ultraschallaufnahmen mitgeben, die dann stolz beim Kaffeekränzchen der gehobenen Mittelschicht vorgezeigt werden, sondern Niederglasse, die mit diesem so simplen Marketingtrick die Nachfrage nach vorgeburtlichem Screening anhiezen.

Kontrolle wäre dann das einzige, das in diesem Strudel der Menschenperfektionierung einen Halt zu bieten vermag, wenn schon der Ruf nach einer behindertenfreudlicheren Welt zum „Ceterum censeo“¹ geraten ist. Und zwar nicht Selbstkontrolle der Ärzte, die, wie es die Debatte um die Genetologie zeigt, nur der Öffnung von Einfaltstoren dient und allenfalls die Öffentlichkeit beruhigt, sondern Kontrolle durch Betroffene. Kein Stein der Weisen, sicherlich, aber immerhin ein Einhalt für Stoeckenius und ähnliche. □

¹ Der Römer Cato soll jede seiner Senatsreden mit dem Spruch „Ceterum censeo Carthaginem esse delendam“ (Übrigens bin ich der Meinung, daß Karthago zerstört werden muß) abgeschlossen haben, ohne daß das, zunächst jedenfalls, weitere Auswirkungen hatte.

Interview mit Axel Köhler-Schnura

dg: In der ersten Instanz hatte das Gericht festgestellt, daß die Behauptung, Bayer bespitzte Kritiker und finanzierte Politiker, eine Tatsachenbehauptung sei, die zuwenig substanziert sei. Hat die Coordination für die Berufungsverhandlung neue Materialien vorlegen können?

Köhler-Schnura: Zunächst sind wir der Auffassung, daß es sich bei den von der ersten Instanz als Tatsachenbehauptung eingordneten Äußerungen um eine zusammenfassende Bewertung handelt, die als Werturteil der zulässigen Meinungäußerung zuzuordnen ist. Dafür haben wir eine ganze Reihe von Urteilen in unserer Berufungsbegründung zusammengetragen, die in ihrer Aussage ziemlich eindeutig sind. Zur Verhandlung haben wir außerdem neues Material vorgelegt. Zum einen ein Werkschutzprotokoll, das uns aus Bayer-Vorstandskreisen zugespielt wurde, aus dem hervorgeht, daß am 27. Januar 1988 eine schulinterne Veranstaltung des Helmholtz-Gymnasiums in Hilden von einem Bayer-Werkschutzvertreter namens Kramer bespitzelt wurde. Das zweite Beweismittel, das wir vorgelegt haben, war der Beschuß für das Ermittlungsverfahren vom Amtsgericht Bonn wegen illegaler Parteienfinanzierung. An erster Stelle wird in dem Beschuß die Bayer AG genannt.

dg: Hat sich die Bayer AG zu diesen neuen Beweismitteln vor Gericht geäußert?

Köhler-Schnura: Bayer hat es zunächst abgelehnt, dazu eine Stellungnahme abzugeben. Erst nach Aufforderung des Richters hat der Anwalt der Bayer AG sich geäußert, und das war sehr interessant. Er erklärte, daß seine Mandantin selbstverständlich jede Veranstaltung besucht, auf der Themen behandelt würden, die für Bayer von Interesse sein könnten. Auf die Nachfrage, daß es sich doch um eine geschlossene, schulinterne Veranstaltung gehandelt habe, kam die lapidare Antwort: „Für meine Mandantin war die Veranstaltung öffentlich.“ Das heißt nichts anderes, als daß der Konzern selbst definiert, was als öffentlich zu gelten hat. Aber das Ungewöhnlichste war die Begründung, weshalb sie das tun. Bayer-Anwalt Sedemund erklärte, daß Bayer jeden Tag Bombendrohungen bekäme und es ständig mit Terroristen zu tun habe. Vor kurzem sei erst ein Werk mit ökologischer Begründung gesprengt worden, der Ort sei ja unwichtig. Man wolle nicht unbedingt behaupten, daß dies alles von Kreisen der Beklagten komme. Das Ungeheuerliche ist, daß die Bespitzelung in einem Gymnasium auf die Ebene der Terrorismusbekämpfung gehoben wird und man uns unterschwellig unterstellt, daß wir Bomben legen würden.

Spitzel und Bomben



Foto: laif

yn - Geschmäht sah sich die Bayer AG und zog vor den Kadi. Mittlerweile geht das Verfahren in die zweite Runde. dg sprach mit dem Vorsitzenden der beklagten Coordination gegen Bayer-Gefahren, Axel Köhler Schnura

dg: Ist das Gericht auf die Bemerkungen des Bayer-Anwälts näher eingegangen?

Köhler-Schnura: Nein, es hat sich dazu nicht geäußert. Das Gericht hat sich insgesamt sehr bedeckt gehalten. Aber allein die Tatsache, daß das Gericht nachgefragt hat, obwohl Bayer eigentlich keine Stellungnahme abgeben wollte, hat für mich schon gezeigt, daß es von den Beweismitteln beeindruckt war.

dg: In der letzten Sendung des Magazins „Monitor“ wurde über eine Anweisung an Bayer-Pharmamanager berichtet, sie sollten sich kritisch berichtende Journalisten genau anschauen, Informationen über sie sammeln und an das „Hauptquartier“ schicken. Das könnte doch auch für das Verfahren ein Beweismittel in der Frage der Bespitzelung sein.

Köhler-Schnura: Ob wir das als zusätzliches Material verwenden wollen, hängt von der Erwiderung Bayers auf die von uns zur Verhandlung vorgelegten Beweise ab. Aber eigentlich halten wir das nicht für notwendig, weil wir die Belege für unsere Behauptung für sehr stichhaltig und ausreichend halten. Wir wollen das Gericht ja auch nicht überstrapazieren.

dg: Gibt es schon einen Termin für die Fortsetzung des Verfahrens, und ist da bereits mit einem Urteil zu rechnen?

Köhler-Schnura: Die nächste Sitzung soll am 20. September stattfinden, und das Gericht möchte da bereits ein Urteil verkünden. Wir von der Coordination stehen der Entscheidung optimistischer gegenüber als noch in der ersten Instanz. Denn damals hatten wir weder die zugespielten Dokumente noch die Zeit und das Geld gehabt, den notwendigen juristischen Sachverstand zusammenzutragen. Auf der anderen Seite sind wir aber illusionslos, weil wir wissen, daß Bayer juristisch nichts außer acht läßt, und wenn bei uns vier Anwälte arbeiten, dann haben sie halt vierzig, so daß wir mit allem rechnen müssen. Unser Optimismus ist also nicht mit Euphorie zu verwechseln. Immerhin hat 1987 auch die siegesgewisse belgische Regierung gegen Bayer verloren.

dg: Danke für das Gespräch

Die bisherigen Kosten des Verfahrens, 30000 Mark für die erste Instanz, konnten durch Spenden finanziert werden. Die zweite Instanz ist finanziell noch nicht gesichert. Da auch bei einem für die Coordination gegen Bayer-Gefahren positiven Urteil damit zu rechnen ist, daß Bayer den Instanzenweg weiter beschreiten wird, sind weitere Spenden erbeten: Postgiroamt Essen, Coordination gegen Bayer-Gefahren, Sonderkonto Prozeß, Kto-Nr. 453685-431.

Das Gesundheitswesen erneuern

Antrag für ein gesundheitspolitisches Programm der SPD

Im letzten Heft sprach dg mit Karl-Hermann Haack und Dr. Robert Paquet über das Eckdaten-Papier der SPD zur Gesundheitspolitik. Mittlerweile liegt ein Antrag zur Sozialpolitik der SPD für ihren Parteitag vom 30. August bis 2. September in Münster vor. Wir dokumentieren leicht gekürzt den Absatz zur Gesundheitspolitik

Die Gesundheit zu erhalten und zu fördern, ist eine Aufgabe, die der einzelne – auch sich allein gestellt – nicht bewältigen kann. Die Gesellschaft muß ihm helfen, gesund zu leben und soweit wie möglich wieder gesund zu werden, wenn er erkrankt. Das heißt:

- Vermeidbare Krankheiten müssen verhütet, unvermeidbare frühzeitig erkannt und behandelt werden.
- Diagnose und Therapie müssen so wirksam wie möglich sein; der Aufwand, der dabei erfolgt, muß in einem möglichst günstigen Verhältnis zum gesundheitlichen Ertrag stehen.
- Für alle, besonders für die chronisch Kranken, die Pflegebedürftigen, die Behinderten und die psychisch Kranken müssen die Leistungen bereitgestellt werden, die erforderlich sind, um ihre Leidern zu lindern. Damit die Betroffenen menschenwürdig leben können, sind die Patientenrechte zu stärken und die Maßnahmen zu ergreifen, die ihre Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erleichtern.

Die Gesundheitspolitik kann ihre Aufgaben nur dann erfüllen, wenn gesundheitspolitische Aspekte auch in anderen Bereichen der Politik beachtet werden, zum Beispiel in der Raumordnung, in der Stadtgestaltung, beim Wohnungsbau, im Verkehrswesen und im Bildungswesen.

Die Krankheitsursachen bekämpfen

Vorrangige Aufgabe der Gesundheitspolitik ist es, die Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Sozialdemokraten sind deshalb für eine Gesundheitspolitik, die die Krankheitsursachen bekämpft. Krankheiten zu verhüten – dieser Politikansatz muß in den Vordergrund gerückt werden. Daher muß eine aktive Gesundheitspolitik zuallererst gesellschaftliche Prävention betreiben.

Den allgemeinen Gesundheitsschutz ausbauen

Sozialdemokraten wollen den allgemeinen Gesundheitsschutz ausbauen, um die natürlichen Lebensgrundlagen der Menschen zu bewahren:

- Die Industrie, die Landwirtschaft, der Verkehr und nicht zuletzt die „Freizeitindustrie“ belasten die Umwelt, die Luft, den Boden und die Gewässer immer mehr. Dies ist mit unmittelbaren und mittelbaren Gefahren für die Menschen verbunden. Noch zu langsam wächst die Einsicht, daß dem Einhalt geboten werden muß. Ökonomische Interessen dürfen nicht Vorrang vor der Gesundheit der Menschen oder vor der Pflege der natürlichen Umwelt haben. Der Katalog der dringlichen Schutzmaßnahmen ist lang. Gesundheitspolitik darf sich nicht damit begnügen, staatliche Eingriffe und Kontrollen zu fordern. Sie muß die Menschen motivieren, verantwortungsvoll mit der Umwelt umzugehen.

- Auch Prävention in der Arbeitswelt ist eine vordringliche gesundheitspolitische Aufgabe. Sie muß allen unangemessenen Belastungen durch Arbeitsformen, Arbeitsabläufe und an Arbeitsplätzen gelten. Solche Belastungen frühzeitig aufzudecken, erfordert die Mitwirkung der betroffenen

Arbeitnehmer. Schadensfaktoren müssen, wo immer das technisch möglich ist, ausgeschaltet werden.

– Aktive Förderung der Gesundheit muß das Verhalten der Menschen in Arbeit und Freizeit so beeinflussen, daß gesundheitsschädliche Lebensweisen vermieden werden. Falsche Ernährung, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum sind die wichtigsten Faktoren der Beeinträchtigung der Gesundheit. Unfälle in der Freizeit und im Haushalt haben einen großen Anteil daran, daß vermeidbare Gesundheitsschäden entstehen. Es kommt darauf an, verhaltensorientierte Konzepte zur persönlichen Prävention zu vermitteln.

Der Vorsorge und Früherkennung mehr Gewicht geben

Sozialdemokraten wollen die Verhütung und Früherkennung von Krankheiten zu Hauptaufgaben des Gesundheitswesens machen. Die Medizin hat zwar in den letzten Jahrzehnten neue Möglichkeiten der Krankheitsbehandlung erschlossen, die Möglichkeiten der Heilung aber blieben begrenzt. Immer mehr Menschen haben chronische Leiden, die sich langsam entwickeln und allen Therapien trotzen, wenn sie einmal entstanden sind. Eine bessere Bekämpfung chronischer Krankheiten setzt voraus, daß der vorbeugenden Medizin der gleiche Rang wie der behandelnden eingeräumt wird. (. .)

Das Gesundheitssystem umgestalten

Sozialdemokraten wollen jedem Kranken unabhängig von seiner wirtschaftlichen Lage eine Behandlung sichern, die dem jeweiligen wissenschaftlichen Stand entspricht. Jeder muß den gleichen Anspruch haben, daß seine Gesundheit wiederhergestellt wird. Um dieses Ziel auf Dauer zu erreichen, ist es unausweichlich, das Gesundheitswesen umzugestalten. Die gesundheitlichen und medizinischen Notwendigkeiten dürfen dabei nicht gegen die wirtschaftlichen und finanziellen Möglichkeiten ausgespielt werden.

Dem Gesundheitswesen Orientierung geben

Ein effektiv arbeitendes Gesundheitswesen braucht inhaltliche Orientierung, aus der sich die finanzielle Orientierung ableitet. Sozialdemokraten wollen, daß dies durch mittelfristig ausgerichtete, periodisch zu erstattende Gesundheitsberichte geschieht. Um die Gesundheitsberichte vorzubereiten, die die Bundesregierung beschließen und dem Bundestag zuleiten soll, ist ein unabhängiger Sachverständigenrat zu berufen. Er soll die Aufgabe erhalten, gutachtlich den Zustand des Gesundheitswesens zu analysieren sowie Vorschläge für seine weitere Ausgestaltung und für Veränderungen zu machen. In den Gesundheitsberichten, die zwischen den Berichtsperioden jährlich fortzuschreiben und anzupassen sind, werden die jeweiligen Orientierungsdaten für die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens, vor allem der gesetzlichen Krankenversicherung, dargestellt. Auf dieser Basis hat der

Bundestag sodann über einen Orientierungsrahmen zu entscheiden, der die einzelnen Orientierungsdaten zusammenfaßt. Dem Beschuß muß eine intensive Diskussion mit den Beteiligten und Betroffenen vorausgehen.

Der Orientierungsrahmen soll gesundheitspolitische Ziele und Prioritäten vorgeben. Er hat die Zielbereiche, Träger und Instrumente für eine wirksame Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung zu benennen und zu begründen. Er muß die Grundsätze einer optimalen Versorgung der Patienten beschreiben, quantitative und qualitative Unter- und Überversorgungstatbestände aufzeigen und darlegen, wie sie beseitigt werden sollen. (. .)

Die Orientierungsdaten, die auf Bundesebene erstellt wurden, können jedoch nur den Rahmen für die Entwicklung des Gesundheitswesens abstecken. Auf regionaler Ebene ist festzuhalten, wie sie konkretisiert und umgesetzt werden sollen. Die Verantwortung hierfür sollen die Krankenkassen, die Gebietskörperschaften und die Leistungsbringer gemeinsam tragen. Dazu sind regionale gesundheitliche Versorgungsbereiche zu bilden, in denen Krankenkassen, Gebietskörperschaften und Leistungserbringer zusammenarbeiten (regionale Gesundheitskonferenz). Die regionale Gesundheitskonferenz soll den Orientierungsrahmen auf die regionale Ebene übertragen, Details festlegen, regionale Besonderheiten berücksichtigen und Abweichungen von den bundesweiten Empfehlungen des Orientierungsrahmens begründen. Sie hat die gesundheitspolitischen Aufgaben festzulegen, die in der Region zu erfüllen sind, und den regionalen Finanzrahmen vorzugeben. Dabei soll sie mit allen weiteren Gruppen und Institutionen – auch aus dem Bereich der Selbsthilfe – zusammenarbeiten, die im Gesundheitswesen der Region tätig sind.

Die Krankenversicherung modernisieren

(. .) Eine Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ist unabdingbar. Sozialdemokraten haben sich dabei folgende Ziele gesetzt:

- Das Prinzip der Solidarität muß umfassend und durchgängig verwirklicht werden;
- das Prinzip der Sachleistung darf nicht ausgehöhlt werden;
- alle Versicherten müssen gleiche Rechte erhalten und gleichen Pflichten unterliegen;
- für alle Krankenkassen muß ein gleiches Beitrags-, Leistungs-, Mitgliedschafts- und Vertragsrecht gelten;
- das Prinzip der Selbstverwaltung ist zu erhalten. Die Selbstverwaltung soll durch die Übertragung neuer Rechte gestärkt werden. Das Recht der Selbstverwaltung ist für alle Kassenarten den neuen Aufgaben entsprechend zu gestalten;
- die Krankenkassen müssen gemeinsam mit den Gebietskörperschaften und Leistungserbringern den gesetzlichen Auftrag erhalten, die gesundheitliche Versorgung ihrer Mitglieder sicherzustellen.

Um diese Ziele zu erreichen, sehen Sozialdemokraten folgende Reformmaßnahmen vor:

- Damit eine tragfähige Solidargemeinschaft ansteht, soll in der Krankenversicherung die Versicherungspflichtgrenze entfallen. (. .)
- Die Höhe der Beiträge soll auch weiterhin gemäß der finanziellen Leistungsfähigkeit der Mitglieder, nicht aber nach deren individuellen oder gruppenspezifischen gesundheitlichen Risiken bemessen werden. Beitragszuschläge für Zusatzausgaben und Beitragsabschläge für Leistungsausgrenzungen sollen ebenso unzulässig sein wie Wahltarife, Beitragsrückerstattungen und sonstige

ge Tarifdifferenzierungen. Die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung hat der in der Rentenversicherung und in der Arbeitsförderung zu entsprechen.

– Sachleistungen sollen weiterhin unabhängig von der Höhe der Beiträge zur Verfügung gestellt werden. Sie sind für alle Versicherten in vergleichbaren Fällen gleich, Leistungsdifferenzierungen sind unzulässig. Der Leistungskatalog ist gesetzlich festzulegen. Satzungssetzungen sollen entfallen, gemeinsame regionale Modellvorhaben der Krankenkassen zur Verbesserung der Krankheitsvorbeugung und der gesundheitlichen Versorgung möglich bleiben.

– Damit alle Krankenkassen gleichberechtigt werden, sind die Sonderrechte der Ersatzkassen abzuschaffen oder zu Allgemeinrechten für alle Krankenkassen auszuweiten. (. .)

– Um ihre Leistungsfähigkeit zu steigern, sollen sich Ortskrankenkassen zu größeren Einheiten zusammenschließen. Die Versichertennähe muß dabei gewahrt bleiben.

– Alle Krankenkassen sollen dort, wo sie auf regionaler oder Länderebene im Vertrags- und Planungsbereich Verantwortung tragen, Selbstverwaltungsgremien einrichten.

– Die Krankenkassen sollen jeweils innerhalb ihrer Kassenart einen bundesweiten Belastungsausgleich durchführen. (. .) Der Belastungsausgleich muß jedoch Anreize für eine sparsame Wirtschaftsführung vor Ort bieten und darf nicht zu einer indirekten Bestandsgarantie für jede Krankenkasse werden.

– Die Pflicht zur Mitgliedschaft in einer Krankenkasse soll nicht die Zuweisung zu einer bestimmten Krankenkasse umfassen. Bestimmt werden soll lediglich, daß der Betreffende gesetzlich krankversichert sein muß, nicht aber in welcher Kasse. Die Krankenkasse muß diejenigen aufnehmen, die sich um eine Mitgliedschaft bewerben. Die Versicherten dürfen die Krankenkasse wechseln, frühestens jedoch ein Jahr nach ihrem Beitritt. (. .)

Die Institutionen reformieren und die Versorgung regionalisieren

Das Gesundheitssystem besteht aus grundsätzlich getrennten Versorgungsbereichen, die sich unterschiedlich historisch entwickelt haben. Sie sind inhaltlich, organisatorisch und finanziell kaum verzahnt. Die Forderung „mehr Markt im Gesundheitswesen“ geht am Kern des Problems vorbei. Denn der Nachfrager kann nur dort gegenüber dem Anbieter seine Aufgabe als Marktpartner wirksam wahrnehmen, wo er sachkundig und unabhängig die Qualität der angebotenen Leistungen beurteilen, Preis und Leistung ins Verhältnis setzen und zwischen nach Preis und Leistung unterschiedlichen Anbietern wählen kann. Alle diese Bedingungen sind im Gesundheitswesen nicht gegeben.

Sozialdemokraten wollen die bisher getrennten Versorgungsbereiche einander annähern und starre Grenzen überwinden. Ziel muß es sein, die Versorgungsbereiche institutionell miteinander zu verzähnen. Die gesundheitliche Versorgung soll in erster Linie im regionalen Rahmen stattfinden. Für die Versicherten muß ein ausreichendes und qualitativ hochstehendes Angebot wohnnahaue zur Verfügung stehen.

Den Bedarf planen

(. .) Die regionale Gesundheitskonferenz soll den gesetzlichen Auftrag erhalten, die gesundheitliche Versorgung der Krankenversicherten sicherzustellen. Dazu soll sie unter Beachtung des bundesweiten Orientierungsrahmens den Gesundheitsbedarfsplan der Region erarbeiten, der Auskunft über die Umsetzung der gesundheitspolitischen Ziele und die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Region gibt.

Der regionale Plan hat zunächst die Präventionsmaßnahmen darzulegen. Er hat die Maßnahmen zur Krankheitsverhütung nach Krankheitsarten,

Eingriffsfeldern und Zielgruppen aufzuzeigen. Er muß Aufschluß geben über die Maßnahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung, wobei die in der jeweiligen Region vorhandenen Einrichtungen und Organisationen zu berücksichtigen sind. Die Träger präventiver Maßnahmen sind zu beschreiben, die Instrumente der Prävention und die Finanzierung. Darüber hinaus ist festzulegen, ob und in welcher Weise Vertreter der Zielgruppen daran beteiligt werden sollen, die Projekte zur Krankheitsverhütung und zur Gesundheitsförderung vorzubereiten, durchzuführen und auszuwerten. In gleicher Weise wie für den Präventions- ist für den Rehabilitationsbereich zu verfahren. (. .)

Der regionale Gesundheitsplan soll verbindlich sein. Für seine Erfüllung sollen die Krankenkassen und die Gebietskörperschaften zuständig sein.

In der ambulanten Versorgung soll dies geschehen, indem sich die Krankenkassen durch Leistungs- und Lieferberechtigungsverträge aus dem ambulanten gesundheitlichen Gesamtangebot denjenigen Teil sichern, den die regionale Gesundheitskonferenz in ihrem Bedarfsplan vorschreibt. Ärzte und Zahnärzte, die auf diese Weise zur Versorgung vertraglich verpflichtet wurden, bilden die kassenärztliche und kassenzahnärztliche Vereinigung der Region. Für Kassenärzte und Kassenzahnärzte ist eine Altersgrenze vorzusehen.

In der stationären Versorgung sollen die Krankenkassen den Bedarfsplan erfüllen, indem sie sich aus dem regionalen Gesamtangebot an Krankenhausbetten und Krankenhäusern durch Leistungsberechtigungsverträge denjenigen Teil sichern, den der Plan der regionalen Gesundheitskonferenz vorschreibt. Hochschulkliniken sind in jedem Fall zu berücksichtigen. Die auf diese Weise verpflichteten Krankenhäuser schließen sich zur Kassenkrankenhausvereinigung der Region zusammen.

Um ihre Aufgaben wahrzunehmen, richten die Krankenkassen regionale Arbeitsgemeinschaften ein. Die Arbeitsgemeinschaften sollen die Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern vertreten und mit ihnen unter Beachtung der Empfehlungen des Orientierungsrahmens die Leistungsentgelte aushandeln. Einigen sich beide Seiten nicht, so soll ein unter neutralem und unabhängigen Vorsitz durchgeföhrtes Schiedsverfahren entscheiden.

Die ambulante Versorgung verbessern und ergänzen

Die ambulante Versorgung orientiert sich am Hausarztprinzip. Der Hausarzt, vorrangig der weitergebildete Arzt für Allgemeinmedizin, ist in der Regel die erste Anlaufstelle der Patienten im Gesundheitswesen. Er muß durch Aus- und Weiterbildung befähigt sein, seiner Rolle auch im Sinne einer sozialbezogenen Medizin gerecht zu werden. Gebietsärzte und gemeinschaftliche Einrichtungen sollen den Hausarzt soweit wie möglich unterstützen, damit er ausreichend für die eigentliche ärztliche Betreuung und das Gespräch mit dem Patienten zur Verfügung stehen kann. Das Patientenrecht auf den frei gewählten Arzt ist für Sozialdemokraten selbstverständlich.

In der ambulanten Versorgung werden die Ärzte und Zahnärzte bisher nach Einzelleistungen honoriert. Die Einzelleistungsvergütung verführt dazu, möglichst aufwendig zu diagnostizieren und zu therapiieren. Denn mit jeder einzelnen Leistung wächst das Gesamthonorar. Ziel einer Veränderung der ärztlichen Vergütung muß eine optimale ambulante Versorgung der Patienten zu vertretbaren Preisen sein.

Führt die Einzelleistungsvergütung zur Maximalversorgung, so minimiert ihr Gegenstück, die Kopfpauschale, den Versorgungsaufwand; eine Verschlechterung der Versorgung der Patienten

wäre die Folge. Sozialdemokraten sind deshalb für eine Honorierung, die zu einem angemessenen Versorgungsaufwand führt, ihn zumindest aber fördert. Dem Arzt oder Zahnarzt wird nicht mehr jede Einzelleistung vergütet, sondern er erhält eine diagnoseabhängige Fallpauschale.

In der ambulanten Versorgung werden neben der ärztlichen Praxis auch Stützpunkte zur Pflege, Beratung und Hilfe benötigt. Diese Aufgaben sollen künftig in jeder Gemeinde (oder für mehrere kleinere Gemeinden zusammen) und in den Stadtteilen der Großstädte Sozialstationen übernehmen. Sie müßten ihr Angebot erweitern und damit zu Medizinisch-Sozialen Gemeindezentren ausgebaut werden. Diese Zentren sollen zugleich zur gesundheitlichen Aktivierung der Bevölkerung beitragen und Kristallisierungspunkte der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen sein.

Die stationäre Versorgung verbessern und mit der ambulanten Versorgung verzähnen

Die stationäre Versorgung durch ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser zu sichern, ist eine öffentliche Aufgabe. Das Krankenhaus muß in der Regel der Behandlung schwerer Krankheiten vorbehalten sein. Seine innere Struktur muß neuzeitlichen Erkenntnissen entsprechen und eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen.

In der stationären Versorgung geht vom tagesgleichen Vollpauschalierten Krankenhauspflegesatz keinerlei Anreiz zu wirtschaftlichem Verhalten aus. Es kommt darauf an, den Ertragsverlauf des Krankenhauses aus einem Behandlungsfall dem Aufwandsverlauf anzugeleichen oder aber den Behandlungsfall insgesamt zu vergüten. Sozialdemokraten plädieren dafür, mehrere Formen der Leistungsabrechnung modellhaft zu erproben.

Das streng duale System der Krankenhausfinanzierung, nach dem die Investitionskosten von der öffentlichen Hand und die Benutzerkosten über die Pflegesätze von den Krankenkassen getragen werden, hat sich ebenfalls als wenig sachgerecht erwiesen. Auch Investitionskosten sollten daher in Zukunft über die Pflegesätze erwirtschaftet werden.

Um die diagnostisch-technischen Apparaturen rationell zu nutzen, sollen sie, soweit möglich, in gemeinsamen Einrichtungen der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser zusammengeführt werden. Sie müssen zwar bei den Krankenhäusern angesiedelt sein, sollen aber von beiden Seiten gemeinsam angeschafft und betrieben werden. Damit können Mehrfachuntersuchungen beim Übergang der Kranken aus der ambulanten und bei Parallelbehandlung durch mehrere Ärzte vermieden und die Kassenärzte an der Entscheidung beteiligt werden, ob eine stationäre Behandlung notwendig ist.

Die Arzneimittelversorgung wirtschaftlicher und übersichtlicher gestalten

Die Verantwortung für die Ordnung des Arzneimittelwesens trägt der Staat. Er hat es den Krankenkassen zu ermöglichen, die Belange der Versicherten wirksam wahrzunehmen.

Neue Arzneimittel dürfen nur zugelassen werden und alte Arzneimittel nur zugelassen bleiben, wenn ihre Qualität und ihre Sicherheit gewährleistet sind. Neue Arzneimittel dürfen nur dann auf den Markt kommen, wenn sie den bereits zugelassenen Arzneimitteln des gleichen Anwendungsgebietes mindestens gleichwertig sind.

Der Arzneimittelmarkt – überschwemmt von einer riesigen Zahl von Einzelpräparaten – ist unübersetbar. Auf dem Arzneimittelmarkt dominieren die Anbieter. Sozialdemokraten wollen den Anbietermarkt eine gleich gut organisierte Nachfragerseite gegenüberstellen. Anbieterseite und Nachfragerseite müssen gleichgewichtige Marktteilnehmer werden.

dokumente

Dies bedeutet, daß die pharmazeutischen Unternehmen als Anbieter mit den Krankenversicherungsträgern, die die Nachfrager vertreten, über die Wabre und vor allem über ihren Preis verhandeln müssen. Direkte Vertragsverhandlungen zwischen Pharma-industrie und Krankenkassen sind notwendig. Sie sollen künftig – abweichend von der Festsetzung der Leistungsentgelte in den anderen Bereichen – einheitlich auf Bundesebene von den Krankenkassen gemeinsam geführt werden. Künftig sollen nur noch solche Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können, über deren Preis sich Krankenkassen und Arzneimittelhersteller geeinigt haben (Positiv-Liste).

Diese neuen Aufgaben der Krankenkassen erfordern zusätzlichen Sachverstand. Deshalb sollen Krankenkassen, Kassenärzte und Apotheker ein gemeinsames Arzneimittelinstitut gründen, das den Arzneimittelmarkt zu sichten und die einzelnen Präparate im Hinblick auf ihre Eignung für die kassenärztliche Verordnung zu bewerten hat. (. . .)

Die Leistungsqualität sichern

(. . .) Sozialdemokraten wollen, daß dem berechtigten Interesse der Versicherten an einer zweckmäßigen Behandlung durch besondere Verfahren der Qualitätsprüfung entsprochen wird. Eine unabhängige Bewertung der Behandlung eines Versicherten muß auf seinen Wunsch möglich sein. Die kassenärztlichen Vereinigungen und die anderen Körperschaften der Leistungsanbieter sollen

in eigener Verantwortung und als Verpflichtung gegenüber den Krankenkassen für ihren jeweiligen Bereich geeignete Verfahren der Qualitäts sicherung entwickeln. Das schließt die Entwicklung diagnostischer und therapeutischer Leitlinien für die Behandlung bestimmter Erkrankungen ebenso ein wie die Qualitätsbewertung bei bestimmten Einzelleistungen, etwa in der Medizintechnik.

Qualitäts sicherung muß unterschiedliche Behandlungsformen erlauben und der Therapiefreiheit der Ärzte förderlich sein. Eine offene Diskussion über die Qualität und Effektivität der Behandlung soll die Position des Patienten im Gesundheitswesen verbessern. Mehr Patientensouveränität muß zu einer stärkeren Mitwirkung der Betroffenen bei ihrer Behandlung motivieren und so das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt stärken.

Das Sachleistungsprinzip verteidigen

Die Leistungen, die die gesetzliche Krankenversicherung erbringt, werden durch Beiträge finanziert und als Sachleistungen gewährt. Sozialdemokraten sind für eine gerechte Finanzierung der Krankenversicherung. Sie lehnen eine über die Beitragszahlung hinausgehende Beteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten ab. Sie ist eine Form der Beitragserhöhung, die ausschließlich

lich die Kranken trifft, weil sie Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen müssen. Selbstbeteiligung verstößt daher gegen das Prinzip der Solidarität.

Die Selbstbeteiligung hat zudem erhebliche Umverteilungswirkungen. Krankheitskosten, die über Beiträge finanziert werden, finanzieren Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte. Krankheitskosten, die über Selbstbeteiligung finanziert werden, finanzieren dagegen ausschließlich die betroffenen Arbeitnehmer. Dies ist eine Umverteilung zu Lasten der Arbeitnehmer.

Die Kassenärzte haben die Pflicht, über die Notwendigkeit und Angemessenheit der Diagnose, der Therapie und der erforderlichen Verordnungen zu entscheiden. Die Selbstbeteiligung verlagert einen Teil dieser Entscheidung auf die Versicherten, die sie aufgrund fehlender Kenntnisse aber nicht treffen können. Der Kassenarzt, nicht der Versicherte, ist gegenüber den Krankenkassen für die Wirtschaftlichkeit seiner diagnostischen und therapeutischen Entscheidung verantwortlich.

Die Selbstbeteiligung ist als Instrument zur sachgerechten Leistungssteuerung ungeeignet. Sie soll pauschal verhindern, daß Leistungen in Anspruch genommen werden. Das Verhalten der Kassenärzte, die erst ermöglichen, daß Leistungen beansprucht werden, beeinflußt sie aber nicht. Sozialdemokraten treten daher dafür ein, die schon bestehende Selbstbeteiligung wieder abzuschaffen.

Entwurf einer Positivliste

Von Gerd Glaeske

Die folgende Auflistung von Wirkstoffen und Arzneimitteln kann nur Beispielcharakter für eine Positivliste haben. Sie ist geordnet nach den Indikationsgruppen der „Roten Liste“ und berücksichtigt vornehmlich Therapievorschläge für praktisch und internistisch tätige Ärztinnen und Ärzte.

Einige Indikationsgruppen sind nicht mit Vorschlägen besetzt, weil entweder die Anwendung der in Frage kommenden Arzneimittel umstritten, nach GKV-Richtlinien unzulässig oder nur bei strengsten Indikationsstellungen sinnvoll ist. Hinweise zur Generika-Auswahl oder Preisgesichtspunkte wurden nicht berücksichtigt.

Die Liste wird überarbeitet, ergänzt und verändert werden. Hierzu erwarten wir Vorschläge derjenigen, die mit dieser empfehlenden Liste für eine Standardbehandlung mit Arzneimitteln praktische Erfahrungen machen.

Rote-Liste-Gruppe	Wirkstoff(e) Nur Beispiele:	Präparat(e) Nur Beispiele:	bei rheumatischen Beschwerden	Indometacin	Indometacin-Generika Amuno
01 Abmagerungsmittel	nicht definierbarer Nutzen, dabei risikoreich			Diclofenac	Diclofenac-Generika Voltaren
02 Aldosteron-Antagonisten	Spironolacton	Spironolacton Stada Aldactone		Naproxen	Proxen Dysmenalgit Apranax
03 Alkalose- und Acidosetherapie	spezielle Präparateauswahl erforderlich, Häufigkeit in der Regelversorgung unbedeutend			Ibuprofen	ibu-Attridin Brufen
04 Analeptika/Anti-hypoxämika	spezielle Präparateauswahl erforderlich, Häufigkeit in der Regelversorgung unbedeutend		wenn Externa, dann		Phlogont Salbe Doloneuro-Gel Menthoneurin Gel
05 Analgetika/Anti-rheumatische	Acetylsalicylsäure Paracetamol	ASS-Generika Aspirin Paracetamol-Generika Ben-u-ron		06 Anthelmintika	bei Spulwürmern: Mebendazol Pyrvinium
					bei Bandwürmern: Niclosamid
					Yomesan
Gerd Glaeske Ist Leiter des Pharmakologischen Beratungsdiens- tungsdienstes der AOK Mettmann	bei starken Schmerzen bei akuten spastischen Schmerzen (Kolik, Vernichtungsschmerz)	Paracetamol/Codein Tramadol Tilidin/Naloxon Indometacin oder Diclofenac parenteral mit vorheriger Gabe von Nitropräparaten in Kapselform oder als Spray	Talvosilen Nedolol P Tramal Valoron N	07 Antiallergika	Cromoglicinsäure Clemastin Xylometazolin
					Vividrin Spray u. Tropfen Tavegil Olynth Otriven

08 Antianämika	Eisen(II)sulfat	Eisensulfat-150-Stada Ferrophor	16 Antihypertonika	Therapie gemäß Stufenschema: Stufe 1, bis 105 mmHg: Saluretikum (siehe Gruppe 35) oder Beta-Blocker oder Calcium-Antagonist (siehe Gruppe 26), die letzten beiden auch in Kombination mit Thiazid- Diuretika (Gruppe 35)
	Depot-Präparate sind unnötig, parenterale Gaben risikoreich!			
09 Antiarrhythmika	Chinidin Mexiletin Phenytoin Propafenon Lidocain	Chinidin Duriles Mexitil Zentropil Rytmonorm Corafusin		Darüber hinaus: Clonidin (Stufe 2 u. 3) Prazosin (Stufe 2 u. 3) Captopril (Stufe 2) Dihydralazin (Stufe 2 u. 3)
				Catapresan Minipress Loprin Nepresol
10 Antibiotika/Chemo- therapeutika				Kombinationen von Diu- Tripranol Stada retika mit Beta-Blockern Sali-Adalat oder Calciumantagoni- sten
Penicilline	Penicillin G	Penicillin Grünenthal	17 Antihypoglykämika	spezielle Präparateauswahl erforderlich, Häufig- keit in der Regelversorgung unbedeutend
	Penicillin V (Streptokokken A, Pneumokokken u. a., z. B. bei Infektionen der Atemwege)	Penicillin-V-Generika Beromycin	18 Antihypotonika	Etilefrin Oxilofrin Dihydroergotamin Ergotin (keine retardier- ten Formen)
	Amoxicillin (breiter wirksam als Penicillin G u. V)	Amoxicillin-Generika		Sinnvoll sind manchmal auch Kombinationen aus Etilefrin depot und Dihydroergotamin.
	Oxacillin (bei penicillinasefesten Keimen)	Stapenor	19 Antikoagulantien	Phenprocoumon Marcumar
Aminoglykoside	Gentamycin	Refobacin	20 Antimykotika	Nystatin Miconazol Clotrimazol Candida Hermal Daktar Clotrimazol-Generika Canesten
Tetracycline	Tetracyclin Doxycyclin	Tetracyclin-Generika Doxycyclin-Generika	21 Antiparasitäre Mittel	Pyrethrumextrakt/ Piperonylbutoxid
Chloramphenicol	Chloramphenicol (nur noch z. B. bei Ty- phus, Salmonellen u. ä.)	Fenbiotic Chloramsaar	22 Antiphlogistika	Wirksamkeit zweifelhaft
Trimethoprim-Kombis	Cotrimoxazol	TMS Cotrim Eusuprim Bactrim	23 Antitussiva und Expektorantia	Ambroxol Acetylcystein Dihydrocodein (bei unproduktivem Reizhusten)
Cephalosporine	Cephadroxil (nur als Reserve)	Bidocef	24 Arteriosklerosemittel	Wegen zweifelhafter Nutzen nicht besetzt
Makrolide und Lincomycin	Erythromycin-ethyl- succinat (z. B. bei Penicillin-Al- lergie)	Erythromycin Erythrocin	25 Balneotherapeutika	Wegen zweifelhaften Nutzen nicht besetzt
	Clindamycin (wichtig bei schweren Anaerobier- und thera- pieresistenten Staphylo- kokkeninfektionen)	Sobelin	26 Beta-Rezeptoren- blocker und Calcium- antagonisten	ehrer cardioselektiv ehrer unselektiv
11 Antidiabetika				Metoprolol Propranolol Nifedipin Verapamil
Insulin	hochgereinigtes Schweineinsulin	Depot Insulin CS Hoechst	27 Broncholytika und Antiasthmatika	Betoc Propranolol-Generika Dociton Nifedipin-Generika Adalat Verapamil-Generika Isoptin
orale Antidiabetika	Tolbutamid Glibenclamid	Tolbutamid-Generika Artosin Glibenclamid-Generika Euglucon		Feneterol Beclomethason (wenn ein Glukokortikoid notwendig ist)
12 Antidota	spezielle Präparateauswahl erforderlich, Häufig- keit in der Regelversorgung unbedeutend			(zur Prophylaxe siehe Gruppe 07)
13 Antiemetika- Antivertiginosa	Dimenhydrinat Meclozin	Dramamine Bonamine		Theophyllin Duraphyllin
14 Antiepileptika	Carbamazepin Phenytoin	Tegretal Zentropil		(als Basistherapeutikum bei obstruktiven Atem- wegserkrankungen)
	Valproinsäure	Ergenyl Orfifil	28 Cholagogia und Gal- lenwegstherapeutika	Der Nutzen der gesamten Präparatengruppe ist umstritten.
15 Antifibrinolytika	spezielle Präparateauswahl erforderlich, Häufig- keit in der Regelversorgung unbedeutend		29 Cholinergika	spezielle Präparateauswahl erforderlich, Häufig- keit in der Regelversorgung unbedeutend
			30 Corticosteroide	Prednisolon Triamcinolon Dexamethason
				Volon Predni-F-Tablinen Dexamonozon
				(Depot-Präparate und Kombinationen gelten als eher ungeeignet)

dokumente

31 Dermatika			48 Hypnotika/Sedativa	Oxazepam	Oxazepam-Generika
Corticosteroid-Externa	Hydrocortison	Alfason		Temazepam	Adumbran
	(Kombinationen mit Antibiotika oder mit Antiseptika gelten als nicht sinnvoll)			Lormetazepam	Planum
Virustatika	Aciclovir	Zovirax			Remestan
entzündungshemmend und juckreizstillend	Ammoniumbitumino-sulfonat Crotamiton	Ichtholan Euraxil			Noctamid
Aknemittel	Benzoylperoxid	Oxy Woelm Akneroxid	49 Hypophysenhormone etc.		(auch an Baldrian-haltige Mittel oder ähnliche Phytopharmaka denken!)
	Tretinoin	Cordes VAS Creme/Gel			
Hyperkeratosen	Salicylsäure evtl. Fluorouracil	Collomack Verrumal	50 Immunsuppressiva		
Med. Kopfwäsche	u. a. Zinkpyrithion u. a. Selen	Desquaman Selsun	51 Infusionslösungen		
Sonstige Pflegende	diverse	Linola/-fett	52 Kardiaka	Digoxin Beta-Acetyl digoxin	Lenoxin Beta-Acetyl digoxin-haltige Generika
32 Desinfizienta/ Antiseptika	Polyvidon-Jod	Betaisodona		Digitoxin	Novodigal Digimerck
33 Diätetika/Ernährungstherapeutika		spezielle Präparateauswahl erforderlich, Häufigkeit in der Regelversorgung unbedeutend			Kombinationen mit Digitalisglykosiden sind nicht sinnvoll! (z. B. Nitro-Novodigal, Intensain-Lanicor, Intensain-Lanitop)
34 Diagnostika und Mittel zur Diagnosevorbereitung		spezielle Präparateauswahl erforderlich, Häufigkeit in der Regelversorgung unbedeutend			Die „kleine Herztherapie“ ist ohne therapeutischen Nutzen, eine sichere Therapie mit oralem Strophanthin ist ebenso nicht möglich.
35 Diuretika			53 Karies- u. Parodontosemittel		
bei Hypertonie, bis 105 mm Hg	Hydrochlorothiazid Butizid	Esidrix Saltucin	54 Koronarmittel		
bei Nierenfunktionsstörung, Kreatinin > 1,8 mg %	Furosemid	Lasix	Anfallskopierung Prophylaxe	Glyceroltrinitrat Isosorbiddinitrat	Nitrolingual Kapseln oder Spray Duranitrat ISDN Stada Isoket
		ab 105 mmHg Kombination mit Beta-Blockern oder Calciumantagonisten, auch mit unter 16 genannten Wirkstoffen			„Mononitrate haben nur theoretische Vorteile.“ (Arzneiverordnungsreport)
bei Herzinsuffizienz bei akutem Lungenödem bei Zirrhose und Aszites	wie oben Furosemid Spironolacton Amilorid	Lasix Aldactone Arumil			Nicht sinnvoll: Kombinationen mit Beruhigungsmiteln wie z. B. Persumbran
36 Durchblutungsfördernde Mittel	insgesamt schwer definierbarer Nutzen: evtl. Pentoxifyllin	Pentoxifyllin-Generica Trental	55 Laxantia		grundätzlich nicht GKV-erstattungsfähig
37 Emetika			in begründeten Einzelfällen	Na-Picosulfat Bisacodyl	Laxoberal Bisacodyl-Generika Dulcolax
38 Entwöhnungsmittel			56 Lebertherapeutika		
39 Enzyminhibitoren					insgesamt schwer definierbarer Nutzen bei akuten und chronischen Lebererkrankungen allenfalls bei Knollenblätterpilzvergiftung:
40 Enzympräparate	insgesamt schwer definierbarer Nutzen			Silymarin alpha-Liponsäure	Legalon Thioctacid
41 Fibrinolytika			57 Lipidsenker		
42 Geriatrika	insgesamt kein definierbarer Nutzen			Bezafibrat Beta-Sitosterin Colestyramin	Cedur Sito-Lande Quantalan
43 Gicht	Allopurinol	Allopurinol-Generika Zyloric	58 Lokalanästhetika		
44 Grippe und Erkältungskrankheiten	Zumeist Kombinationspräparate mit schwer definierbarem Nutzen Sinnvoller: Monopräparate gegen einzelne Symptome [ASS-haltige Mittel (05), kurzfristige Nasentropfen oder -salbe (71), Antitussiva oder Expektorantia (73)]		59 Magen-Darm-Mittel		
45 Gynäkologika			bei peptischen Ulcera	Aluminiumhydroxid-/ Magnesiumhydroxidgel Ranitidin	Maaloxan Maalox 70 Sostril Zantic
46 Hämorrhoidenmittel	insgesamt unklarer Nutzen (siehe auch Transparenzliste; häufig verwendet: Faktu)		Motilitätssteigernd	Metoclopramid	Metoclopramid-Generika Paspertin
47 Hämostyptika			Carminativa		schwer definierbarer Nutzen
			Enzympräparate nur bei Pankreasinsuff.	Pankreatin	Kreon Pankrekon
			Antidiarrhoika	Elektrolytsubstitution	Elotrans
					(Imodium (Loperamid) kann wegen seiner motilitätsseinschränkenden Wirkung die Ausscheidung der bakteriellen Erreger und damit die Sanierung verzögern.)

60 Migränemittel			71 Rhinologika				
Anfall	Ergotamin	Ergotamin medihaler		grundsätzlich nicht GKV-erstattungsfähig viel verordnet:			
	+ Caffein	Migrex N Ergosanol SL Cafergot Celetil		Xylometazolin	Olynth Otriven		
Prophylaxe	Propranolol	Propranolol-Generika Dociton	72 Roborantia/Tonika				
	Methysergid	Deseril ret.	kein definierbarer Nutzen, grundsätzlich nicht GKV-erstattungsfähig				
61 Mineralstoffpräparate nur gezielt nachgewiesene Defizite behandeln			73 Schilddrüsentherapeutika				
62 Mund- u. Rachentherapeutika	bei Halsschmerzen: mit Salbeitee gurgeln, evtl. Mallebrin. Nicht GKV-erstattungsfähig. Cave: Lokalantibiotika; bei Verdacht auf bakterielle Angina: Antibiotogramm.			Levothyroxin	L-Thyroxin Henning (Hormon)		
				Carbimazol	Carbimazol Henning (Thyreostat.)		
63 Muskelrelaxantia			74 Sera und Impfstoffe				
	Diazepam	Diazepam-Generika Valium		Testosteron	Testoviron		
	evtl. frei kombinieren mit Paracetamol	Paracetamol-Generika Ben-u-ron		Cyproteronacetat konj. Östrogene	Androcur Presomen		
64 Narkosemittel			(Kombination mit Beruhigungsmitteln gelten als unsinnig, ebenso Depot-Spritzen)				
65 Nebenschilddrüsenhormone			75 Sexualhormone				
66 Neuraltherapie				Gestagene	Norethisteron		
				Gestagen/Östrogen	Estradiol/Norgestrel		
67 Ophthalmika			76 Spasmolytika				
symptomatisch	Tetryzolin	Yxin		Atropinsulfat	Atropin-Ampullen oder Comprettens		
	Glukocortikoid	Fluorometholon		siehe auch Gruppe 05			
68 Otologika			77 Sulfonamide				
	Antiallergisch	Cromoglicinsäure		Cotrimoxazol	Kepinol Cotrim-Ratiopharm Bactrim		
	Glaukom	Pilocarpin Clonidin Befunodol		als Reserve z. B. bei Toxo- Sulfadiazin plasmose			
69 Parkinsonmittel und andere Antihyperkinetika				Sulfamethoxydiazin	Sulfadiazin		
	Levodopa/Benserazid	Madopar Larodopa L-Dopa Ratiopharm		Durenat			
	Levodopa	Biperiden	78 Thrombozytenaggregationshemmer				
		Akineton	Acetylsalicylsäure				
70 Psychopharmaka				Godamed	ASS-Generika		
Tranquillizer (kurzfristig)	Oxazepam	Oxazepam-Generika Adumbran		Aspirin			
	Antidepressiva	Amitriptylin Imipramin	79 Tuberkulosemittel				
		Saroten Tofranil	Ethambutol Isoniazid Rifampicin				
Proph. Man. Depr.	(Kombinationen wie Limbatril gelten als umstritten!)			(Keine fixen Kombinationen!)			
	Lithium	Quilonum Hypnrex	80 Umstimmungsmittel				
Neuroleptika sehr stark			nicht sicher definierbarer Nutzen				
stark	Haloperidol	Haldol Haloperidol-Generika	81 Urologika				
	Perphenazin	Decetan					
mittelstark			Chemotherapeutika				
schwach	Chlorpromazin	Megaphen	siehe Cotrimoxazol – Gruppe 77				
	Prothipendyl	Dominal	Ältere, oft eingesetzte Hohlraumchemotherapeutika sind in ihrer Wirksamkeit meist unterlegen.				
Nootropika			82 Venenmittel				
	(Vermeiden: Niedrig dosierte Neuroleptika in Tranquillizer-Indikationen, vor allem als Depot!)			nicht sicher definierbarer Nutzen			
83 Vitamine			84 Wundbehandlungsmittel				
			Therapie mit Monopräparaten nur nach Bedarf bei Mangel z. B. durch Essens- oder Resorptionsstörungen				
85 Zytostatika u. Metastasenhemmer			eventuell: Dexamethasone Bepanthen				
86 Präparateserien/ Homöopathika			87 Biomaterialien				

Helferiche



yn - Träger des Reha-Zentrums Hohenhonnef ist die gemeinnützige „Helferich-Stiftung“. Die Arbeitsbedingungen aber gereichen dem Namen der Stifter partout nicht zur Ehre. Mit einem Streik wollen die Beschäftigten den Helferichen auf die Sprünge helfen

Streik am Reha-Zentrum Hohenhonnef

„Wenn Eure Zeitschrift erscheint“, so Ulrike Pernetzki-Leid, Mitglied des geschäftsführenden Hauptvorstands der ÖTV am 15. Juli gegenüber dg, „wird dieser Arbeitskampf wahrscheinlich beendet sein.“ Mittlerweile, es ist der 9. August, geht der Streik am Rehabilitationszentrum Hohenhonnef in die achte Woche. Er ist damit nicht nur der längste Arbeitskampf, den die ÖTV je geführt hat, er ist zugleich der erste im Gesundheitswesen.

Am 14. Juni hatten die Beschäftigten des Reha-Zentrums die Nasen voll. Über 18 Monate hatten sie versucht, mit dem Träger, der Cornelius-Helferich-Stiftung, in Verhandlungen über einen Tarifvertrag einzutreten, ohne Erfolg. Bislang gibt es nur Einzelverträge zwischen Stiftung und Mitarbeitern, die sich nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands richten. Darin sind zwar die Löhne in Anlehnung an den Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) festgeschrieben, nicht jedoch Fragen der Arbeitszeit, der Zulagen, der Eingruppierung. „Wir streiken für einen Tarifvertrag“, beschlossen über 95 Prozent der ÖTV-Mitglieder am 10. Juni per Urabstimmung.

Bereits 1980 habe es Bemühungen um einen Tarifvertrag gegeben, berichtet Cilly Adenauer, Vertrauensfrau der ÖTV-Betriebsgruppe am Reha-Zentrum, „aber damals waren wir gerade 20 Organisierte, da kann man nur wenig erreichen“. Mittlerweile sind 160 der 180 Beschäftigten organisiert. „Der Leidensdruck der Kolleginnen und

Kollegen hat das mit sich gebracht“, so Adenauer. Betriebsratsvorsitzende wurden gekündigt, Mitarbeitern, die die Auszahlung von Urlaubsgeld forderten, wurde der Rausschmiss angedroht. „Ganz im Stile eines Unternehmens der freien Wirtschaft“, wie es in einer Werbebrochüre der Helferich-Stiftung hieß.

Das Reha-Zentrum Hohenhonnef ist nicht die einzige Einrichtung, die der Helferich-Stiftung gehört. Sie unterhält zur Zeit vier solcher Behindertenheime, außerdem betreibt Familie Helferich ein großes Gebrauchtmöbellager und besitzt zahlreiche Immobilien, so den Grund und Boden von fünf ehemaligen Heimen. Zumaldest 1983 scheint es da nicht immer mit rechten Dingen zugegangen zu sein. So stellte der Spiegel damals fest, daß der öffentlichen Hand durch Unregelmäßigkeiten in einer im Niedersachsen gelegenen Einrichtung erheblicher Schaden entstanden sei. Das Gebäude des Reha-Zentrums, in schönster „Rheinland-Gotik“ der Jahrhundertwende, oberhalb der ehemaligen Kurstadt Honnef gelegen, mit ausgedehnten Parkanlagen und freiem Blick über das Rheintal, ist als Immobilie, vorsichtig ausgedrückt, nicht uninteressant. 1978 erwarb die Stiftung den gesamten Komplex für 2,5 Millionen Mark. Geschätzter Wert heute: über 30 Millionen. Da liegt der Verdacht schon nahe, daß es vielleicht weniger um die Behinderten als um die Immobilie gehen könnte.

„Helferich ist es egal, was mit den Behinderten passiert“, beschreibt

Horst Küsters, ÖTV-Sekretär in Siegburg, in der zweiten Streikwoche das Verhalten der Stiftung. „Wir konnten nur mit großer Mühe erreichen, daß der Heimleiter eine Notdienstvereinbarung über die Betreuung der Behinderten unterschrieb. Die Stiftung selbst hat sich erst zehn Tage nach Streikbeginn gemeldet und Verhandlungen über das Wohl und Wehe der Patienten angeboten.“ Damit nicht genug. Zugleich drohte die Stiftung an, daß sie die Heimaufsicht einschalten lassen wolle und daß die Patienten, da ihre Versorgung nicht gewährleistet sei, verlegt würden. Welche Unruhe eine solche Ankündigung bei den Heimbewohnern auslösen kann, vermag man sich leicht vorzustellen. „Dabei“, so Karl-Heinz Rauch, Geschäftsführer der ÖTV-Siegburg und Streikleiter, „geht es den Behinderten so gut wie nie zuvor.“

„Wir streiken nicht gegen die Behinderten, sondern gegen den Arbeitgeber“, erklären die Beschäftigten und organisieren umfangreiche Aktivitäten für die Heimbewohner. Sie bieten kreative Tätigkeiten wie Töpferei an, besuchen mit den Behinderten die Zoos der Umgebung oder unternehmen mit ihnen eine Fahrt mit der Wuppertaler Schwebebahn, zu der die dortige ÖTV eingeladen hatte. Maskenbälle und Fotoausstellungen mit Bildern der Heimbewohner werden vorbereitet, Musikkapellen, Zauberer und andere Kleinkünstler sind ständige Gäste des Reha-Zentrums. „Das ist eine ganz neue Form von Arbeitskampf“, erklärt dazu Horst Küsters und weiß auch um

die Schwierigkeiten: „Wenn die Betreuung der Patienten besser läuft als je zuvor, kann der Helferich ja noch froh über den Streik sein.“ Ganz so ist es allerdings nicht.

Zwar sind die finanziellen Verluste für die Stiftung geringer als bei einem Arbeitskampf im produzierenden Gewerbe, aber daß der gesamte Wirtschaftsbereich sowie die Arbeitstherapie bestreikt werden, macht sich schon bemerkbar. 8000 Mark pro Tag, schätzt die ÖTV-Siegburg, verliert die Stiftung durch den Streik.

Durch die vielfältigen Aktivitäten mit den Behinderten muß vor allem der Ausfall der Arbeitstherapie ausgeglichen werden. Zur Freude der Heimbewohner, denn, so Cilly Adenauer, „die Bezeichnung Therapie ist ein Hohn“. Während früher Holzarbeiten, Korbblechten und Arbeiten mit Ton auf dem Programm standen, werde jetzt Massenproduktion im Unternehmerauftrag durchgeführt. Mit einschneidenden Folgen für die Behinderten und die Betreuer. „In den letzten vier Jahren wurde die Arbeitszeit von 35 auf 41 Stunden hochgesetzt, und die Zeitvorgaben zur Abwicklung der Aufträge machten zum Teil die Mitarbeit der Betreuer erforderlich“, beschreibt Karl-Heinz Rauch die Zustände.

Der Heimleiter, Herr Martin, kann die Kritik an der Therapie nicht verstehen. In einem Gespräch erklärte er, daß ein geistig Behindter stolz auf die erarbeiteten Stückzahlen sei. Man könne nicht von „normalen“ Erwartungshaltungen eines Arbeitnehmers ausgehen. Den „normalen“ Erwartungshaltungen entspricht auch nicht die Bezahlung: Zwischen 20 und 80 Mark im Monat, je nach Leistung und Wohlverhalten. Denn es wird ja nicht gearbeitet, sondern therapiert.

„Durch einen Tarifvertrag können wir als Begleiteffekt auch die Bedingungen in der Arbeitstherapie verbessern“, stellt Martin Laubach, Betriebsrat am Reha-Zentrums fest, „weil dann die Arbeitszeiten der Therapeuten festgelegt sind.“ Darüber hinaus will man sich nach Ende des Streiks auch um eine inhaltliche Umgestaltung bemühen. Für Cilly Adenauer ist es eine Folge des Streiks, daß sich viele Mitarbeiter darüber Gedanken machen. Es sei sicher schwer, erklärt uns der Betriebsrat, nach dem Streik wieder einen normalen Rhythmus zu finden, aber hier seien die pädagogischen Fähigkeiten eines neuen Heimleiters gefordert, einer Zusammenarbeit werde man sich da nicht verschließen.

Ein Ende des Arbeitskampfes ist zur Zeit allerdings nicht in Sicht. Ein Gespräch mit dem Landesschlichter in der siebten Streikwoche wurde von der Helferich-Stiftung abgesagt: Man könne sich aufgrund der Angriffe der ÖTV

nicht an einen Tisch setzen, so die Begründung. Daß ein Schlichter gerade dazu da ist, festgefaßte Verhandlungen wieder in Gang zu bringen, will wohl der Helferich-Stiftung nicht einleuchten. Für den Landesschlichter, Georg Kraft, seit 1970 in diesem Amt, sei das Verhalten der Stiftung einmalig in seiner Amtszeit, wie er den verhandlungsbereiten ÖTV-Vertretern erzählte.

„So lassen wir nicht mit uns umspringen, und wenn die ÖTV das bezahlt, machen wir weiter“, erklären uns Beschäftigte in der achten Streikwoche. Und ein Zurück kann es für die Gewerkschaft eigentlich nicht geben. Detlef Placzek, Geschäftsführer der Abteilungen „Einrichtungen in der Psychiatrie und Rehabilitation“ und „Wohlfahrtspflege und Rettungsdienst“ beim

Hauptvorstand: „Wir tragen Verantwortung gegenüber den streikenden Kolleginnen und Kollegen. Und es ist ja das wenigste, das es gibt, was wir fordern, darunter ist nichts zu machen.“

„Die Beschäftigten im Gesundheitswesen haben ja immer Angst, daß ein Streik bedeutet, alles stehen und liegen zu lassen, daß die Versorgung der Patienten nicht sichergestellt ist, was sie mit ihrem Gewissen nicht vereinbaren können“, macht Ulrike Peretzki-Leid auf die Schwierigkeiten aufmerksam, Kolleginnen und Kollegen im Gesundheitswesen für einen Streik zu gewinnen. „Aber wir haben hier gezeigt, daß es geht.“ Allein diese Erfahrung dürfte unabhängig vom weiteren Verlauf des Arbeitskampfs in Hohenhonnef den Streik gelohnt haben. □

Lucie und Cornelius Helferich, dargestellt von einer Theatertruppe der Beschäftigten des Reha-Zentrums, die während des Streiks gegründet wurde. Die echten Helferiche wollen auch nach neun Wochen Streik nichts von einem Haustarifvertrag wissen



Fotos: yn

Wir verstehen uns nicht als Neokolonialisten", heißt es in einem Informationsblatt des Frankfurter Komitees „Ärzte für die Dritte Welt“, und es solle – so heißt es weiter – „(möglichst) keine europäische Medizin exportiert“ werden, und vom „Eingebundensein“ in bereits bestehende einheimische Sozialprojekte ist die Rede. Trotz grundsätzlicher Bedenken gegen „entwicklungs-dienstliche“ Aktivitäten westlicher Mediziner interessierte mich das Angebot des Komitees, und ich entschloß mich mitzumachen.

Schon einmal, vor mehr als zehn Jahren, hatte ich in einem Dritte-Welt-Land gearbeitet, in Nigeria. Damals wurde ich von einer *einheimischen* Einrichtung geworben und verpflichtet und nicht von einer bundesrepublikanischen Institution „geschickt“, was meines Erachtens ein wichtiger Unterschied ist. Ähnlich – wenn auch nicht gleich – wäre die Situation, wenn ich durch Vermittlung des Ärzte-Komitees in einem „rein indischen“ Projekt mitmache.

Aber während meiner Arbeit in diesem Projekt von Dezember 1987 bis Februar dieses Jahres mußte ich erfahren, daß die Realität leider völlig anders war und ist. Und daß sich in den Kalkutta-Aktivitäten des Frankfurter Komitees ein medizinisch-missionarischer Eifer unkontrolliert breitgemacht hat.

In dem vom Komitee geförderten Sozialprojekt am Stadtrand von Kalkutta, wo ich während der drei Monate arbeitete, waren noch Mitte vorigen

Jahres über 100 indische Mitarbeiter angestellt. Zu den Aufgaben dieser sozialen Organisation, der „Howrah-South-Point“-Stiftung, gehören die weitgehend kostenlose medizinische Versorgung von Bewohnern einiger Armeenviertel, umfangreiche „Mother-child“-Programme, die die Vergabe von Nahrungspaketen und gesundheitliche Aufklärung umfassen, und die Betreuung behinderter Kinder in einem eigenen Heim.

Die meisten Mitarbeiter, überwiegend Frauen, hatten eine Ausbildung als „Health-worker“ (medizinisch-soziale Helfer). Sie waren zusammen mit zwei bis drei Ärzten für die Abwicklung der Sprechstunden im großen, zentralen Ambulatorium und einigen Außenstellen zuständig.

Im Herbst 1987 kam es zwischen dem indischen Projekt-Management und den etwa 30 bis 40 gewerkschaftlich organisierten Health-workers, den sogenannten „Unions“, zu erheblichen Auseinandersetzungen. Sie forderten mehr Mitspracherecht und höhere Löhne. Der Konflikt verschärfte sich zunehmend. Da kam vom Frankfurter Komitee die Aufforderung, alle gewerkschaftlich Organisierten *de facto* zu entlassen. Nur diejenigen wurden weiterbeschäftigt, die sich von der Gewerkschaft distanzierten.

Die Parteinahme des Frankfurter Komitees gegen die „Unions“ war wohl auch deshalb zustande gekommen, weil diese Gewerkschaften „kommunistisch“ sind. Dabei ist eine kommunistische Gewerkschaft in Westbengalen

nichts besonderes, zumal auch die Zentralregierung von der „kommunistischen Partei“, der Communist Party of India/Marxist, gestellt wird. Hinsichtlich ihres Programms ist sie am closesten mit den europäischen Sozialdemokraten zu vergleichen.

Die auf die Straße gesetzten „Unions“, von denen schon einige seit acht Jahren in der Organisation arbeiteten, besetzten aus Protest das Hauptambulatorium. Der einzige indische Arzt verließ das Projekt aus Solidarität. Die Sprechstunden wurden daraufhin in benachbarten Stadtteilen durchgeführt, und zwar mit den übriggebliebenen „loyalientreuen“ Health-workers, unterstützt von den aus Deutschland eingeflohenen Ärzten.

Etwa alle sechs Wochen werden zwei Ärzte als „Touristen“ nach Kalkutta geschafft. Das spätere Arbeitsvorhaben muß beim Antrag des Visums verschwiegen werden, denn sonst würden die indischen Behörden die Einreise verweigern; die deutschen Gastärzte arbeiten in Kalkutta letztendlich als illegale.

Als ich im Dezember letzten Jahres dort ankam, wußte ich nichts von den Gewerkschaftskonflikten, begann meine Arbeit in den „Ersatzambulaturen“, und erst später lernte ich die „Unions“ kennen. Da wurde mir klar, daß ich eigentlich die falsche Seite unterstützte – meine Arbeit war – so schien es mir – eine Parteinahme gegen die gewerkschaftlich organisierten „Health-workers“. Nach längeren Diskussionen mit den verschiedenen Fron-

Ärztetourismus

Ein Bericht aus Kalkutta

Bundesdeutsche Ärzte sammeln Spenden, um Urlaub in der Dritten Welt zu machen, wahre Abenteuer zu erleben und einen individuellen Schuldabgleich zu versuchen – mit Chemie und Schulmedizin. Josef Zehentbauer, selbst an einem solchen Projekt in Kalkutta beteiligt, kritisiert den humanitären Medizinkolonialismus.



Foto: Zehentbauer

ten und nach längeren inneren Konflikten kam ich schließlich mit den „Unions“ überein, ihre Forderungen nach Frankfurt zu melden, ansonsten aber dennoch die Patientenbehandlung fortzuführen.

Als ich im weiteren Verlauf meines Aufenthalts erfuhr, daß es viele arbeitslose indische Ärzte gibt, erschien mir meine Tätigkeit vollends absurd. Diese arbeitslosen Ärzte, es sollen über 20 000 sein, bräuchten lediglich für eine mögliche „Armen-Arbeit“ eine entsprechende Finanzhilfe. Da es in Indien kaum Krankenversicherungen gibt, ist der frei praktizierende Arzt darauf angewiesen, von seinen Patienten eine Bezahlung zu verlangen. In den Armcvierteln haben die Leute kein oder kaum Geld, so daß – begreiflicherweise – dort nur wenige Ärzte praktizieren. Auch Armenärzte brauchen Einkünfte, und von der Regierung ist nichts oder nur selten etwas zu erwarten.

Doch selbst in einem sehr armen Moslemviertel, wo ich oft eingesetzt wurde, waren indische Armenärzte tätig. Und an den Tagen, an denen kein deutscher Arzt im Projektambulatorium war, gab der Health-worker – wenn er nicht mehr weiter wußte – dem Patienten drei oder fünf Rupies und schickte ihn zum indischen Armenarzt, der ihn ohne weiteres versorgte. Spricht man mit Indern über den Jet-Transfer deutscher Ärzte, dann kommt als Reaktion ein sehrverständnisloses, noch höfliches Lächeln. Wie würden Deutsche reagieren, wenn zum Beispiel Kuwait, das angeblich noch reicher ist

als die Bundesrepublik, in einer Art Luftbrücke alle paar Wochen arabische Helfer heimlich und illegal nach Frankfurt fliegen würde, um dort die zweifellos vernachlässigten Obdachlosen und Asylanten – aus Nächstenliebe – zu versorgen?

In den Elendsvierteln von Kalkutta ist die Not der Menschen tatsächlich unvergleichlich. Und es ist wichtig und richtig, etwas dagegen zu tun. Aber zum einen läßt sich die Not der Slumbewohner selten durch ärztliches Tun dauerhaft mildern.

Als ich nach Kalkutta fuhr, da „wußte“ ich eigentlich, was mich erwartete. Es war auch nicht mein erster Indienaufenthalt, dennoch war ich bald wie erschlagen. Zwar war die Zusammenarbeit mit den Health-workers gut, und eigentlich gab es auch wenig fachliche Schwierigkeiten, aber mein ärztliches Arbeiten kam mir – Tag für Tag – immer sinnloser vor. Ich hatte nicht die Illusion, die gesamte Not dieser Menschen vermindern zu können, doch die Hoffnung war da, wenigstens partiell etwas zu bewirken. Aber was nützt es, wenn ich als Arzt mit „harter Chemie“ Würmer aus den Därmen unterernährter Kinder vertreibe, damit wenige Wochen später andere Würmer kommen, oder wenn man Bronchitis, die so viele haben, mit Hustensirup oder gar mit Antibiotika „behandelt“, obwohl die Leute weiterhin auf nacktem Fußboden dünn bekleidet schlafen müssen.

Zum anderen sind für die medizinische Basisversorgung genügend Inder da, die lediglich finanziellen Rückhalt

bräuchten. Es ist widersinnig und eine Verschleuderung von Spendengeldern, wenn alle sechs Wochen deutsche Ärzte nach Kalkutta eingeflogen werden, obwohl mit den Kosten des Flugs ohne weiteres indische Ärzte ausreichend entlohnt werden könnten. Von den Kosten eines Flugtickets könnte das Gehalt eines indischen Arztes vier bis fünf Monate lang beglichen werden! Ein Ticket kostet circa 1500 Mark (das sind zur Zeit 14 000 Rupies). Von indischen Ärzten habe ich mir versichern lassen, daß man genügend engagierte Ärzte finden würde, die für 2000 bis 3000 Rupies im Monat in den Armcvierteln tätig sein würden. Es braucht wohl nicht erwähnt zu werden, daß indische Kollegen für diese Arbeit kompetenter sind als die deutschen „Ferienärzte“, die weder die indische Heilkunde kennen noch Bengali sprechen.

Ein großer Teil der dem Komitee zufließenden Spenden kommt von Ärzten, die selbst gerne einen „abenteuerlichen Arbeitsurlaub“ machen, der noch dazu als „wohltätig“ gilt. Würde den Ärzten dieser fliegende Missionarismus verwehrt, blieben wohl auch sehr viele Spendengelder aus.

„Wir halten uns konsequent an die von uns erstellten Therapie-Schemata“, heißt es in den Statuten des Komitees, und dies gilt für alle, auch die indischen Mitarbeiter. Doch diese „verbindliche Medikamentenliste“ läßt die therapeutischen Möglichkeiten der indischen Medizin völlig außer acht und enthält ohne Ausnahme „harte“ Chemie. Die Verfasser der Liste haben sich offenbar nur an der konventionellen Schulmedizin orientiert, die westdeutschen Initiativen für eine „alterative, kritische Medizin“ hat sie augenscheinlich wenig oder gar nicht berührt. Ein Beispiel: Selbst der in der Liste genannte Hustensirup, der in den Ambulatoen ehemals herumstand und entsprechend großzügig verteilt wurde, enthält so viele Nebenwirkungsreiche Chemikalien, daß ich – und viele andere Ärzte in der Bundesrepublik – einen solchen Saft kaum jemals rezeptieren würden. Die Medikamentenliste müßte um naturheilkundliche (ayurvedische, homöopathische und pflanzliche) Mittel erweitert werden; die Homöopathie ist in Indien relativ bekannt und verbreitet, ebenso die ayurvedische Medizin.

Für das Projekt in Kalkutta, so meine ich, sollte das widersinnige „Ärzte einfliegen“ sofort unterlassen werden. Die Health-worker-Tätigkeit könnte dagegen weiter finanziert werden, ebenso das Heim für behinderte Kinder. Aber die Gewährung von Geldmitteln dürfte nicht – wie bisher – mit Einmischung und aufgedrängter Beschwörerei verbunden sein. Sonst bleibt es das, was das Komitee nach eigener Äußerung nicht will: neokolonialistisches Gehabe und medizinischer Missionarismus.

Josef Zehentbauer ist Arzt und Psychotherapeut und hat drei Monate in einem Projekt des Komitees „Ärzte für die Dritte Welt“ in Calcutta gearbeitet.



dg: Sie sind beim Jugendamt für den Bereich 'Pflegekinderwesen' zuständig. Erstmals mußten Sie jetzt einen HIV-positiven Säugling vermitteln.

U. B.: Die Mutter der kleinen Anna¹ ist drogenabhängig, Fixerin, und wohnt auch zum Zeitpunkt der Geburt von Anna hier in D. Sie ist dann nach der Entbindung zusammen mit dem Kind in die Uniklinik nach S. gebracht worden, wo ein spezielles Projekt 'Kinder und Aids' anlief. Dies geschah alles mit dem Einverständnis der Mutter, die in der Uni mitbetreut werden sollte. Sie hat sich dann aber sehr wenig um ihr Kind gekümmert, ist zeitweise abgehauen, bis meine Kollegin dort meinte, daß das so nicht weitergehen kann. Sie hat sich mit dem Vormundschaftsgericht in B. in Verbindung gesetzt, der Stadt, wo Annas Mutter sich bei ihren Eltern aufhielt und dort wohl auch gemeldet war. Dann wurde erstmal die Akte hin- und hergeschoben, von B. zurück nach S., weil ja das Kind dort war; von S. wieder zu uns nach D. mit dem Argument, Annas Mutter hätte sich meistens hier aufgehalten.

dg: Die Ämter haben sich erstmal den 'Schwarzen Peter' gegenseitig zugeschoben.

U. B.: Genau. Dann hat sich aber der

Richter hier ein Herz gefaßt und entschieden, und unser Jugendamt wurde Vormund.

dg: Um die Aktenodyssee eines solchen Falles zu beenden, bedarf es zuerst eines bcherzten Richters, aber dann doch sicher auch eines engagierten und informierten Jugendamtes?

U. B.: Ich stand sehr alleine da und mußte mir alles selbst beibringen.

dg: Hat denn das Jugendamt nicht irgend etwas für Ihre Fortbildung auf diesem doch sehr schwierigen Gebiet getan?

U. B.: Doch, ich durfte zu einer weiteren Fortbildung, durchgeführt vom Landesjugendamt, fahren. Aber wenn ich nicht aktuell mit diesem Fall befaßt gewesen wäre, wäre vermutlich nichts passiert. Ich hatte vor einiger Zeit schon darauf hingewiesen, daß die Frage HIV-positiver Säuglinge für uns auch wichtig werden könnte, aber da kam keine Reaktion.

dg: Ist denn mittlerweile die Diskussion im Jugendamt etwas breiter geführt worden?

U. B.: Wenn überhaupt, dann nur in den Hinterstübchen auf Leitungsebe-

„Nur im Hinterstübchen“

urp- Wenn sich die Eltern eines HIV-positiven Säuglings nicht um ihr Kind kümmern können, wird das Jugendamt zuständig. Was dann aus dem Kind wird, hängt vom Engagement einzelner Mitarbeiter ab. Über die Schwierigkeit, für HIV-positive Kinder Pflegeeltern zu finden, sprach dg mit einer Mitarbeiterin eines Jugendamts, deren Namen wir auf ihren Wunsch nur als Kürzel wiedergeben.



ne, aber nicht mit denen, die sich konkret mit den Fällen befassen müssen. Bis ich mit dem Fall von Anna befaßt wurde, war schon einige Zeit vergangen, waren die ganzen Vormundschaftssachen gelaufen, ohne daß ich davon etwas mitbekommen habe.

dg: Gerade bei einem Säugling ist es doch immens wichtig, schnellstmöglich stabile Bezugspersonen zu finden. Wie sind Sie vorgangen?

U.B.: Ich habe zuerst in meinem Einzugsbereich nachgesehen, welche Pflegefamilien, die sich bei uns beworben haben, dafür ansprechbar wären. Da kamen eigentlich nur zwei Familien in Frage, bei denen ich mir vorstellen konnte, daß sie dafür offen sein könnten. Es war zuvor bei den Bewerbungsgesprächen mit Pflegeeltern noch nie Thema gewesen, ob sie nun bereit wären, auch ein Aids-gefährdetes Kind aufzunehmen.

dg: Etliche geben ja an, daß sie auch chronisch kranke oder behinderte Kinder aufnehmen würden. Ein HIV-positiver Säugling ist aber doch was Besonderes, obwohl gar nicht bekannt ist, ob er wirklich Aids bekommt oder eventuell sogar eines Tages HIV-negativ, also völlig ungefährdet sein wird.

U.B.: Es ist schon etwas sehr Besonderes. Bei neuen Bewerbungsgesprächen fragen wir jetzt auch immer nach, merken aber, wie selten sich mal jemand überhaupt mit dem Thema wirklich befaßt hat.

dg: Haben Sie denn bei einer Familie Erfolg gehabt?

U.B.: Das ganze war sehr aufwendig und zeitintensiv, hatte aber letztendlich

keinen Erfolg. Ich bin dann in die weitere Umgebung gegangen, habe auch beim Jugendamt in der Uni-Stadt, wo Anna noch in der Klinik lag, angefragt. Auch die haben einige Pflegeeltern erfolglos angesprochen. Dann habe ich weitere Adoptions- und Pflegestellenvermittlungen, zum Beispiel beim 'Diakonischen Werk' und bei den umliegenden Kreisen, angesprochen, überall erfolglos. Die Zeit drängte, und ich dachte schon an eine Heimunterbringung, aber nur als Zwischenlösung.

dg: Was waren hauptsächlich die Argumente, an denen die Vermittlung bis dahin gescheitert war?

U.B.: Die meisten Eltern fürchteten die möglicherweise kommenden langen Klinikaufenthalte und die schwere Belastung, ein Kind eventuell auch in den Tod begleiten zu müssen. Pflegeeltern, die schon ein oder zwei schwierige Pflegekinder hatten, wandten ein, daß, falls es zum Ausbruch der Aids-Erkrankung kommen würde, die anderen Kinder sicher zu kurz kämen und das nicht verkraften würden. Für uns als Jugendamt kam dann noch die Frage auf – denn wir sind ja Amtsvormund der anderen Pflegekinder – müssen wir die leiblichen Eltern informieren, dürfen wir da überhaupt zustimmen?

dg: Kamen auch Vorbehalte bezüglich der Ansteckung?

U.B.: Sicher, alle möglichen Infektionswege wurden problematisiert. Es kam die Frage: „Wen müssen wir informieren? Den Kindergarten, Spielkameraden, wenn Verletzungen auftreten sollten? Und das hier, in unserer Kleinstadt.“ Ich habe immer empfohlen, den Kreis der Informierten so klein wie möglich zu halten, und wir haben das im Amt auch so gemacht.

dg: Was ist denn nach all den erfolglosen Bemühungen aus Anna geworden?

U.B.: Ich habe es schließlich doch noch geschafft, Anna in eine familienähnliche Umgebung zu vermitteln. Sie befindet sich jetzt in einer sogenannten Außenwohngruppe eines Heimes am Stadtrand einer Großstadt, circa 100 Kilometer von hier entfernt. Eine Außenwohngruppe ist ein Zwischending zwischen Heim und Pflegefamilie. Dort kümmern sich „professionelle Eltern“ um jeweils fünf bis sechs Kinder verschiedener Altersstufen. Das gewährleistet auf jeden Fall konstante Bezugspersonen.

dg: Was hat es diesen Eltern ermöglicht, das Kind aufzunehmen?

U.B.: Sie waren einfach besser informiert, hatten weniger Angst und weniger Vorurteile.

dg: Hat denn dieser ganze Vermittlungsprozeß im Jugendamt etwas bewirkt, Diskussionen ausgelöst?



„Ich habe den Eltern immer empfohlen, den Kreis der Informierten so klein wie möglich zu halten, und wir haben das auch im Amt so gemacht“

U.B.: Ärgerlicherweise überhaupt nicht. Teamgespräche sind da überhaupt nicht vorgesehen. Die ganze Sache blieb meiner Initiative und meinem Engagement überlassen. Die anderen waren froh, daß ich das gemacht habe, haben auch mal nachgefragt, aber eine grundlegender Diskussion kam nicht in Gang. Das ist auch deshalb eigentlich unverantwortlich, weil wir hier häufig mit Drogenabhängigen zu tun haben, die gar nicht so selten auch Kinder bekommen.

dg: Ändert sich irgendetwas, wenn sich nach ein oder zwei Jahren herausstellt, daß das Kind HIV-negativ geworden ist, gesund ist?

U.B.: Das könnte ein ganz tolles Kapitel werden. So eine Außenwohngruppe gehört mit zu den teuersten Möglichkeiten, wohin wir Pflegekinder vermitteln. Aus unserer Jugendamtsleitung habe ich schon häufig hören, daß Anna, falls sie gesund sein sollte, dann doch in eine – wesentlich kostengünstigere – Pflegefamilie übermittelt werden soll. Aber dann werde ich alles in Bewegung setzen, damit das nicht passiert. Allein den Gedanken, in solchen Fällen ohne Rücksicht auf das Wohl des Kindes nach dem Kostenprinzip zu entscheiden, finde ich schon unmöglich.

dg: Danke für das Gespräch.

* Alle Namen wurden auf Wunsch der Beteiligten geändert.



TEXASKLINIK BREMEN

Korruption am Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße

Bei der Vergabe von Bau- und Beschaffungsaufträgen erhielt die Verwaltungsspitze des Bremer Zentralkrankenhauses Entscheidungshilfen: mehrstellige Geldbeträge, Reisen und Swimmingpools. Baden gehen die Beschäftigten

Nur von Werders Meisterschaft bedrängt und von der Sommerpause unterbrochen, ist 1988 ein Thema Stadtgespräch Nummer Eins in Bremen: die Ablösung der gesamten Direktion der größten Bremer Klinik, des Zentralkrankenhauses St.-Jürgen-Straße, und die in diesem Zusammenhang erhobenen Vorwürfe der großangelegten Korruption in den oberen Verwaltungsetagen des Hauses.

Unmut über die knallharte Sparpolitik im Personalbereich bei erstaunlicher Großzügigkeit im Umgang mit Investitionsgeldern herrschte schon lange unter den Beschäftigten. Schon 1983 waren Klagen über Unregelmäßigkeiten im Verantwortungsbereich des Verwaltungsdirektors und SPD-Mitglieds Aribert Galla an den damaligen Gesundheitssenator Herbert Brückner (SPD) herangetragen worden, der sich zur Klärung zurückverwies: an Aribert Galla.

1987 hatte sich der Bremer Senat aus der finanziellen Verantwortung für die kommunalen Krankenhäuser herausgezogen und sie zu Eigenbetrieben erklärt. Dadurch entstand für das Zentralkrankenhaus, dessen Versorgungsauftrag einer Universitätsklinik ähnelt, aber verschiedene strukturelle und bauliche Probleme aufweist, ein finanzielles Defizit von mindestens fünf Millionen Mark, das die Direktion durch rigiden Einstellungsstop zu kompensieren suchte. Ende des Jahres nun wurde plötzlich die gesamte Direktion (Verwaltungs-, ärztliche und Pflegedirektion) vom Senat abgelöst und eine kommissarische Leitung eingesetzt.

Was war geschehen? Es gab weder eine Erklärung des Senats, noch eine Stellungnahme der alten oder neuen Direktion, kein Rauschen im Medienwald, nur eine knappe Meldung der Bremer Tageszeitung „Weser-Kurier“. In dieser Situation, in der die wildesten Gerüchte kursierten, schlug die Januarausgabe der DKP-Betriebszeitung „Der Schrittmacher“, mit detaillierten Fragen zu Unregelmäßigkeiten bei der Beschaffung von Desinfektionsmitteln, Medikamenten und medizinischem Gerät sowie zum merkwürdigen Umgang mit Investitionsgeldern wie eine Bombe ein. Der Senat versuchte alle Vor-

würfe als Propaganda einer „Splitterpartei“ abzutun, engagierte Lokalredakteure aber griffen das Thema auf und brachten fast jeden Tag neue verblüffende Hinweise für die Richtigkeit der Vorwürfe zutage.

So zeigte sich, daß der abgelöste Verwaltungsdirektor, wenn schon nicht für die eigene Klinik, so doch für die eigene Kasse eine enorme wirtschaftliche Energie entfaltet hatte und eine Vielzahl von Tarnfirmen zur Deckung seiner Machenschaften betrieb. In verschiedenen Fällen konnte nachgewiesen werden, daß Anschaffungen und die Vergabe von Baumaßnahmen von Zahlungen in fünfstelliger Höhe abhängig gemacht worden waren. Weiter erfuhr die staunende Öffentlichkeit, welchen Freiraum Firmenvertreter auf dem Klinikgelände genossen, bis hin zum Besitz von Generalschlüsseln für verschiedene Türen des Hauses. Von gestifteten Swimmingpools und Reisen nach USA, Brasilien und China war die Rede. Zuletzt stellte die Affäre jede Folge der „Schwarzwald“ oder neuerdings „Texasklinik“ weit in den Schatten, wenn von „geheinem Sex“ und „Abhängigkeiten“ die Rede war, eine Sonderkommission bei der Kripo eingerichtet wurde oder gar in das Personalratsbüro eingebrochen und der Schreibtisch einer Personalrätin durchwühlt wurde.

Der öffentliche Druck wurde schließlich so groß, daß trotz aller Befreiungen des Senats, nichts von den Mißständen gewußt zu haben, ein parlamentarischer Untersuchungsausschuß eingerichtet wurde, dessen Anhörungen die Korruptionsvorwürfe bestätigten konnte. Vor allem mußte der Frage der Mitwisserschaft, der eventuellen Deckung der Machenschaften unter Parteifreunden, auf jeden Fall aber der politischen Verantwortung des Senats nachgehen.

Der Untersuchungsausschuß wird am 1. September seine Anhörungen wieder aufnehmen. Ob nun wirklich, wie vermutet, mehrere Millionen veruntreut worden sind und ob das Ausmaß der kriminellen Handlungen der alten Direktion je ermittelt werden kann, soll das Problem der Staatsanwaltschaft sein. Unklar bleibt auch,



was letztlich den Senat zur Ausweichung der Direktion bewogen hat. Am naheliegendsten ist, daß die alte Direktion den politischen Anforderungen der wirtschaftlichen Sanierung des Krankenhausbetriebs St.-Jürgen-Straße nicht genüge getan hat, daß es ihr nicht gelungen ist, einen noch härteren Sparkurs durchzusetzen. Die Aufdeckung der Korruptionsaffäre war nur ein peinlicher Imageverlust.

Schon haben die Krankenkassen angekündigt, daß sie angesichts der Mißstände nicht bereit seien, den vom Krankenhaus geforderten Pflegesatz zu bezahlen. Die Differenz beträgt für 1988 immerhin stolze 12,5 Millionen Mark, das entspricht der Bezahlung von 100 Pflegekräften. Die Leidtragenen dieses Skandals sind wohl wieder Beschäftigte und Patienten. Die neue Direktion wird versuchen, sollte es zu keiner Einigung mit den Kassen kommen, die Differenz vor allem durch Kürzungen im Personalbereich hereinzuwirtschaften. Betten- und Stationsschließungen, noch mehr unbezahlte Überstunden werden die Folge sein. Der Einsatz von Zivildienstleistenden,

Gastärzten, Ärzten im Praktikum und anderen unterbezahnten Hilfskräften wird zunehmen, Tarifverträge werden nicht eingehalten werden, die Arbeitsbelastung, jetzt schon in verschiedenen Bereichen an der Grenze des Zumutbaren, wird noch weiter zunehmen und damit die Betreuung der Patienten sich weiter verschlechtern.

Die Konsequenz der Beschäftigten aus dem Skandal kann nur eine andere sein: Der Ruf der Klinik hat gelitten, und die wirtschaftliche Situation ist schwierig. Dafür sind die Beschäftigten aber nicht verantwortlich. Im Gegenteil haben sie unter widrigsten Bedingungen bestmögliche Arbeit geleistet.

Der Senat und als ehemaliger Senatsbeamter auch der neue Verwaltungsdirektor haben von den Mißständen gewußt, zumindest aber ihre Aufsichtspflicht und ihre politische Verantwortung vernachlässigt. Der Senat hat also die Deckung der Differenz zur Pflegesatzvereinbarung durch zusätzliche Mittel zu tragen.

Den Beschäftigten kann nur geraten werden, immer wieder ihre berechtigten Personalforderungen an Direktion und Senat zu richten und die Umsetzung der Arbeitszeitverkürzung für 1989 durchzusetzen.

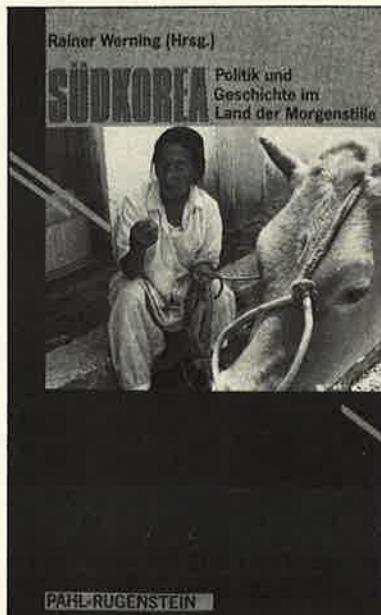
Alfred Neitz ist Anästhesist und Personalrat am Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße

Alfred Neitz

Anzeige

Ein olympischer Himmel? „Am hohen Himmel stehen soviele Sterne, in unserem Land gibt es soviel Kummer.“

Diese Zeilen aus dem koreanischen Lied „Arirang“ drücken auf subtile Weise das Leid eines Volkes, einer Gesellschaft, aus. Rainer Werning, der die Korea-Informationsstelle bei „terre des hommes Deutschland“ leitet, bringt uns Südkorea nahe. Mit Beiträgen von Deutschen und Koreanern zeigen sich die Zusammenhänge von Politik, Wirtschaft, Militär-Strategie, Widerstand und Kultur – des Alltags, der Geschichte und Gegenwart Südkoreas.



Rainer Werning (Hrsg.)
SÜDKOREA
Politik und Geschichte
im Land der Morgenstille
KB 487, 278 Seiten, DM 14,80

Aus dem Inhalt: Leidvolle Geschichte(n) – Kolonialismus und erzwungene Abhängigkeit; Wachstum mit Schattenseiten: Südkorea in den 80er Jahren; Atomwaffen und Atomindustrie in Südkorea; Exportschlager Antikommunismus; Die „Moonies“; Minjung – Facetten des Widerstandes; Schwierige Solidarität: terre des hommes in Südkorea. Beiträge von Deutschen und Koreanern.

Rainer Werning leitet die Korea-Informationsstelle „terre des hommes Deutschland“.

Unsere Bücher
sind Lebens-Mittel.

PAHL-RUGENSTEIN

Wiener Weltpremiere

Europäische Pflegekonferenz der WHO

Internationale Kongresse sind nichts Ungewöhnliches. In der Ärzteschaft. Über das WHO-Programm „Gesundheit für alle“ diskutierte jetzt in Wien die Krankenpflege

In Wien fand vom 21. bis 24. Juni 1988 eine absolute Weltpremiere statt: die „erste paneuropäische Pflegekonferenz“ der Weltgesundheitsorganisation. Eine derartige Konferenz, von der WHO ausgerichtet und sich ausschließlich mit dem Pflegewesen befasst, hatte es noch nie gegeben und wird es wahrscheinlich bis zum Jahr 2000 nicht mehr geben.

Die 32 Mitgliedsstaaten der Europäischen Region der WHO konnten jeweils bis zu vier Delegierte ihres Landes entsenden. Deren Auftrag bestand zum einen in der Diskussion und Auswertung der bislang in den einzelnen Ländern erfolgten oder beabsichtigten Veränderungen zur Umsetzung des WHO-Programms „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“. Zum anderen sollten gemeinsame Empfehlungen, Forderungen und Statements zur Entwicklung des Pflegewesens bis zum Jahr 2000 verabschiedet werden. Das WHO-Programm „Gesundheit für alle“ würde in der konsequenten Umsetzung eine radikale Umstrukturierung unseres Gesundheitswesens bedeuten, denn der Schwerpunkt des Programms liegt eindeutig in der primären Gesundheitsversorgung, also der Verhütung von Krankheiten und nicht mehr in der traditionellen kurativen Medizin. Die 38 Ziele, von denen sicher einige unter den Vorstellungen eines wirklich demokratischen Gesundheitswesens kritisch zu hinterfragen sind, befassen sich mit sechs Schwerpunktthemen:

1. Chancengleichheit, das heißt Recht auf Gesundheit für alle;
2. Förderung der Gesundheit, das heißt Verhütung von Krankheiten;
3. Beteiligung der Bevölkerung, das heißt Kompetenz für die Betroffenen;
4. Multisktorale Zusammenarbeit, das heißt Betonung der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens, Einbeziehung von Umweltfaktoren et cetera;
5. Primäre Gesundheitsversorgung, das heißt unter anderem Einbeziehung des Lebens- und Arbeitsbereiches in gesundheitspolitische Programme;
6. Internationale Zusammenarbeit, das heißt Auflösung der isolierten Länderinteressen zugunsten gemeinsamer Strategien.

Zur Vorbereitung der Konferenz waren von den einzelnen Ländern jeweils nationale Berichte erstellt worden, die eine Zusammenfassung der Diskussionsergebnisse und erste Forderungen enthielten. Der nationale Bericht der Bundesrepublik war von den drei Delegierten aus dem Pflegebereich (Frau Herbst, Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesterverbände, Frau Kroeker, DBfK, Frau Steppé, ÖTV) gemeinsam erstellt worden und nach Abstimmung mit dem vierten Delegierten, Herrn Raps vom Gesundheitsministerium, an die WHO weitergeleitet worden.

Dieser nationale Bericht machte be-

reits die Grundaussage der deutschen Pflege deutlich – nämlich prinzipielle Unterstützung der WHO-Strategie, aber Verdeutlichung der mannigfachen Hindernisse, die in der Bundesrepublik einer Umsetzung entgegenstehen. An erster Stelle ist hier natürlich die Forderung nach auch formaler Autonomie der Pflege zu nennen, das heißt eine offizielle Anerkennung, daß die Pflege ein gleichberechtigter Partner der anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens ist und wie alle anderen über ihre spezifischen Belange (zum Beispiel Feststellung des Pflegebedarfs) autonom entscheiden können muß.

Die Wiener Konferenz machte deutlich, daß es tatsächlich gemeinsame Einschätzungen, Probleme und Forderungen für die Pflege gibt, die unabhängig von jeweiligen Gesellschafts- und Gesundheitssystemen existieren, daß aber auch sehr unterschiedliche Positionen zur Festlegung von Prioritäten deutlich wurden. Die Konferenz in Wien bestand eigentlich aus drei Teilen, nämlich den morgendlichen Plenarveranstaltungen und Referaten, gemeinsamen Diskussionen und Abstimmungen, den nachmittäglichen Gruppendiskussionen mit Teilnehmern verschiedener Länder und dem jeweils in der Mittagspause stattfindenden „market place“, einem Ideenmarkt, auf dem alle Länder Initiativen, Aktionen und Informationen ihres Landes vorstellen konnten. Die Bedeutung der Konferenz wurde auch dadurch dokumentiert, daß sowohl der Regionaldirektor der WIIO Europa, Dr. Asvall, als auch Dr. Maglacas, die leitende Pflegewissenschaftlerin der WHO in Genf, die ganze Zeit anwesend waren und der österreichische Gesundheitsminister die Konferenz mit einem Eingangsreferat, das die Bedeutung der Pflege betonte, eröffnete.

Für eine bundesdeutsche Schwester wie mich, die es eher gewohnt ist, überall im Gesundheitswesen um Anerkennung zu kämpfen, war es schon sehr beeindruckend zu sehen, wieviel selbstverständliche Akzeptanz die Pflege auch finden kann. Auf der anderen Seite wurde aber auch für mich gerade in den vielen persönlichen Gesprächen am Rande der Konferenz deutlich, daß wir nicht ständig verschämt unter uns blicken oder neidisch über die Grenzen schauen müssen – denn viele Mängel sind nicht nur bei uns vorhanden – und es gibt hier viele gute Ideen und Aktivitäten, auf die wir verweisen und uns stützen können. Zum Beispiel ist der geteilte Dienst noch längst nicht überall verschwunden und unsere Ansätze zur Umsetzung von ganzheitlicher Pflege können jedem Vergleich standhalten.

Um ein ungefähres Bild über den Ablauf der Konferenz zu vermitteln, möchte ich die wichtigsten inhaltlichen Punkte kurz skizzieren: Die erste Referentin, Eli Haugen Banck aus Norwegen, faßte die 32 Länderberichte zusammen und stellte die Gemeinsamkei-

ten heraus, zum Beispiel die Notwendigkeit der Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe, um den knapper werdenden Personalressourcen entgegenwirken zu können. Es wurde aber auch die generelle Bereitschaft der Pflegeberufe betont, die neue Rolle in der primären Gesundheitsversorgung verantwortlich zu übernehmen. Im zweiten Referat, das Dr. Danielle Vailland, Krankenschwester und Beraterin im französischen Gesundheitswesen, hielt, wurden die Auswirkungen der Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung auf die Pflege erläutert.

Der dritte Referent, G. Mooney, Gesundheitsökonom an der Universität in Kopenhagen, forderte den Einzug „wirklich“ ökonomischen Denkens in die Pflege – nicht zu verwechseln mit Sparen um jeden Preis, sondern optimaler Einsatz der vorhandenen Ressourcen – und beschrieb die Notwendigkeit einer engen Kooperation zwischen Pflegepersonal und Ökonomen zum Nutzen von beiden Beteiligten. Im vierten und letzten Referat, das Novith Ben-Dov, Krankenschwester und Mitarbeiterin beim Gesundheitsministerium in Tel Aviv, vortrug, wurden nochmals allgemeine Forderungen für die Zukunft der Pflege aufgestellt und an die Bereitschaft zur Flexibilität aller Beteiligten appelliert, um veränderte Lebensbedürfnisse der Beschäftigten,

wie zum Beispiel individuelle Familienplanung, in Einklang mit der Berufstätigkeit bringen zu können.

Die Referate waren aus meiner Sicht alle sehr informativ und qualitativ hochwertig; verkürzten aber vielleicht zu sehr die Zeit der Gruppendiskussionen am Nachmittag. Denn die waren – für mich zumindest – das Interessanteste: Mit Kolleginnen und Kollegen aus acht anderen Ländern in meiner Gruppe Erfolge und Probleme der Pflege zu diskutieren und Forderungen zu erarbeiten.

Das Ergebnis dieses Diskussionsprozesses war die „Wiener Erklärung“, die am letzten Tag von allen verabschiedet wurde. Sie macht deutlich, daß es möglich ist, gemeinsame inhaltliche Forderungen zu erarbeiten, die für immerhin 32 Länder Gültigkeit haben sollen. Die „Wiener Erklärung“ wird im Laufe dieses Jahres offiziell von der WHO herausgegeben werden und sollte dann intensiv, konstruktiv und kritisch diskutiert werden.

Zentrale Aussage der Erklärung ist, daß sich die Pflege im Zuge der veränderten gesellschaftlichen Bedürfnisse neu definieren muß – und zwar in folgenden Ebenen:

1. Die Pflegepraxis muß sich an der

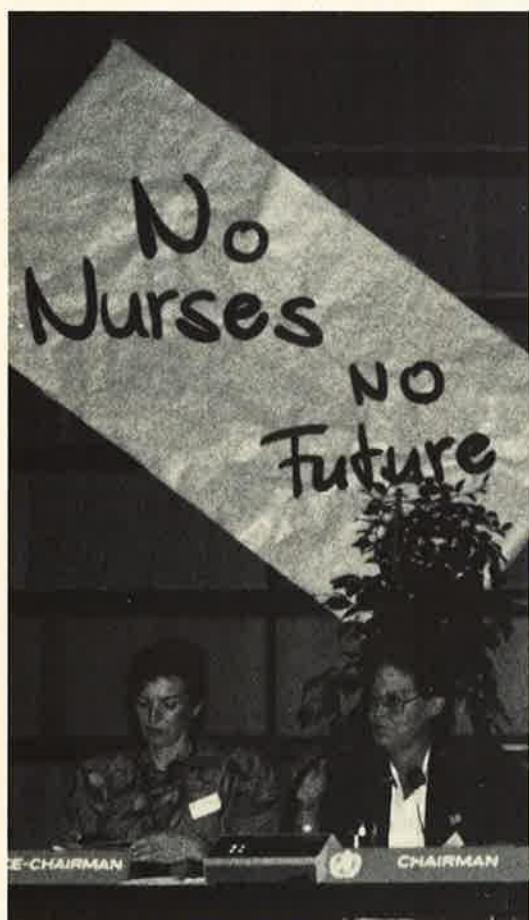
primären Gesundheitsversorgung orientieren.

2. Zur Einrichtung von primären Gesundheitsdiensten im Bereich der Pflege müssen alle Hindernisse beseitigt werden.
3. Die Ausbildung muß entsprechend verändert werden und Durchlässigkeit in den universitären Bereich ermöglichen.
4. Das Management der Pflege muß diese Veränderungen berücksichtigen.
5. Die Kommunikation muß auf allen Ebenen verbessert werden.
6. Alle rechtlichen/ökonomischen und politischen Grundlagen müssen geschaffen werden.
7. Pflegeforschung muß etabliert werden.
8. Die Personalpolitik muß gute Arbeitsbedingungen in der Pflege und eine allgemeine Attraktivitätssteigerung umfassen.

Es versteht sich von selbst, daß diese Empfehlungen nur den Rahmen für die konkrete Umsetzung auf Länderebene bilden können, das heißt alle Pflegenden und darüber hinaus alle Beschäftigten des Gesundheitswesens müssen sich mit den notwendigen Veränderungen konkret, bezogen auf ihren jeweiligen Arbeitsplatz, beschäftigen. Das Ergebnis der Wiener Konferenz bietet hierfür eine gute Grundlage.

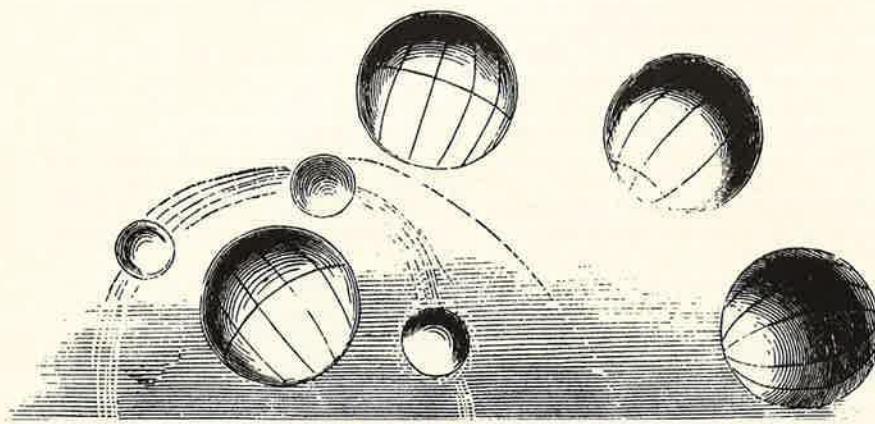
Hilde Steppe

Hilde Steppe
ist Krankenschwester und
Leiterin des
Fortsbildungszentrums für
Berufe im Ge-
sundheitswes-
sen des DGB in
Frankfurt

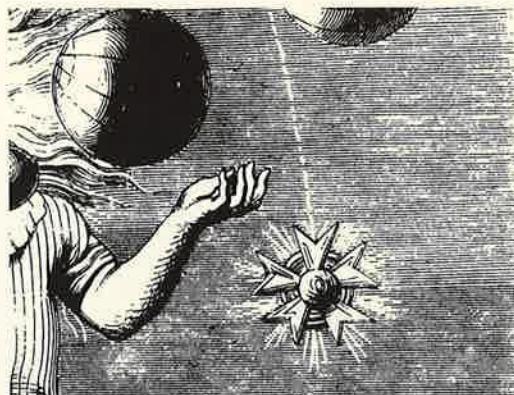


Die bundesdeutsche Delegation: (von links) Herr Raps (BMJFFG), Frau Herbst (ADS), Hilde Steppe (ÖTV), Frau Kroeker (DBfK)

K. Stallknecht, Dänemark,
die Vorsitzende der Pflege-
konferenz (rechts), und Dr.
Kriegl, Österreich, die
Vizepräsidentin



Jongleure am Werk



Noch gibt es einige Kliniken im Rheinland, die gemeindepsychiatrisch arbeiten, zum Beispiel die Landesklinik Mönchengladbach. Doch deren ambulante und komplementäre Einrichtungen sind bedroht – gerade sie sollen zur Sanierung des Defizits beim Landschaftsverband Rheinland beitragen. Daß der sich dabei ins eigene Fleisch schneidet, vermutet Eckard Kleinlützum, Mitarbeiter in Mönchengladbach

Die Landesklinik Mönchengladbach, früher Rheydt, war beim Landschaftsverband Rheinland (LVR) nie ein geliebtes Kind. Dabei bietet sie im Vergleich zu anderen Städten oder Kreisen ein gutes Angebot psychiatrischer Hilfen, sie arbeitet gemeindenah, hat komplementäre Einrichtungen und eine therapeutische Gemeinschaft. Allerdings ist sie nicht für das gesamte Stadtgebiet zuständig. Deshalb nördliches Drittel wird stationär noch von der über 20 Kilometer entfernten Landesklinik Viersen versorgt.

Mönchengladbach gilt als Reformeinrichtung, und an der bisherigen Entwicklung der Klinik hat der Landschaftsverband als Träger auch einen großen Anteil. Doch erst kürzlich tauchte in der Debatte um den hoch defizitären Haushalt 1988 des LVR (siehe dg 4/88) der Vorschlag auf, die Klinik wieder an die Viersener anzuschließen oder an einen anderen Träger zu verkaufen. Dabei wurde unterstellt, daß dies das Haushaltsdefizit verringern würde, nachgewiesen wurde es allerdings nie. Es wäre auch kaum möglich, da die Klinik kostendeckend arbeitet und fast ausschließlich über die Pflegesätze der Krankenkassen finanziert wird. Eine Einsparung von acht Stellen, wie sie in dem „Spar“papier vorgesehen war, würde also nur den Kassen zugute kommen. Dazu kommt noch, daß durch die geringe Verweildauer – es gibt ja eine Ambulanz – die Fallkosten niedriger sind als bei anderen Kliniken, was ebenfalls nicht berücksichtigt wurde.

Also ein zumindest unüberlegter Vorschlag. In der Öffentlichkeit sollte damit wohl „zupackende“ Politik präsentiert werden, die ein so hohes Haushaltsdefizit ernst nimmt. Kürzungsvorschläge macht man da, wo am wenigsten Widerstand vermutet wird.

Einzelne Politiker von CDU und SPD wollten sogar noch weitergehen und machten deutlich, daß für sie die Auflösung der Eigenständigkeit einer kleinen Klinik wie Mönchengladbach der Preis dafür sein würde, daß man die großen wie Viersen oder Bedburg-Hau in der bisherigen Form erhalten kann. Aus gleichen Überlegungen heraus wurde auch so rigoros bei den relativ geringen Ausgaben für die Ambulanzen gekürzt. 1987 waren es schon sie-

ben Millionen Mark gewesen. Die Mitarbeiter einzelner Kliniken tröstete man entsprechend: „Beruhigt Euch doch, jetzt haben wir uns entschieden, im ambulanten Bereich zu streichen.“

Diese Beruhigungspillen taten ihre Wirkung. Auf der Protestdemonstration anlässlich der Haushaltsverabscheidung des LVR am 9. Mai in Köln beteiligten sich nur etwa 1000 Kolleginnen und Kollegen. Die zu Hause oder in der Klinik gebliebenen fühlten sich wohl in der Hoffnung bestärkt, daß sich für sie nichts ändere. Verständlich, aber vermutlich falsch.

Die großen Anstalten für psychisch Kranken sind überholt. Ihre derzeitige Struktur kann weder durch ökonomische noch durch therapeutische oder gesellschaftspolitische Überlegungen gerechtfertigt werden. Fachleute bestreiten nicht, daß von den 3000 Langzeitpatienten in den Kliniken des LVR 1000 sofort in betreute Wohnformen entlassen werden könnte, wenn diese existierten. Das bisherige Betreuungspersonal könnte damit voll beschäftigt werden, und die Lebensform wäre für die bisherigen Patienten wesentlich humamer. Doch die Frage ist, ob mehr Beschäftigte der Landeskliniken dies erkennen, ob sie Einfluß auf die Veränderungen nehmen oder ob sie abwarten und sich durch die Beschlüsse der Politiker überrollen lassen.

Schon im nächsten Jahr sind weitere einschneidende Veränderungen zu erwarten, da das strukturbedingte Defizit des LVR dann voraussichtlich wieder mehrere Millionen Mark ausmachen wird. Ursache dafür ist die Zuständigkeit des LVR für die überörtliche Sozialhilfe, womit Heimpflegekosten für schwer pflegebedürftige alte Menschen gezahlt werden. Mit 200 Millionen Mark pro Jahr ist die Sozialhilfeabteilung an den Unterbringungskosten von Patienten, Pflegefällen und nicht krankenversicherten Patienten in den Landeskliniken beteiligt, eine Summe, die wohl zur Verschiebemasse werden wird, da sie fast ausschließlich in LVR-eigene Häuser fließt.

Die jetzt schon beschlossenen oder angekündigten Kürzungen in den Bereichen betreutes Wohnen, Laienhilfe, Förderung neuer Projekte, sozialpsychiatrische Zentren und Ferienmaßnahmen betreffen in der Regel kleine Trägervereine, die in den letzten Jahren mit geringen Mitteln und viel Bürgereingagement ambulante Alternativen für psychisch Kranke aufgebaut haben. Erstes professionelles Standbein war meist das betreute Wohnen, das dann auch bei einem Betreuungsschlüssel von einem Mitarbeiter auf 12 Betreute finanziert wurde, und zwar zu 75 Prozent vom LVR, zu 25 Prozent von der jeweiligen Stadt.

Auch in Mönchengladbach war in diesem Bereich beim Verein für Rehabilitation psychisch Kranke e.V. eine Sozialpädagogin tätig. Allerdings kann eine Person auf Dauer die Betreuung

von schwerkranken Menschen nicht allein übernehmen, sie dürfte nicht krank werden, Urlaub wäre nicht drin, keine Fortbildung und auch keine Rücksprache. Zumal, wenn die Zielgruppe, die Langzeitpatienten der Kliniken, erreicht werden sollen, erscheint eine Ausweitung der Zahl der Betreuten und damit der Betreuer unabdingbar.

Beim LVR hatte man das auch erkannt, zumindest in der Gesundheitsabteilung, und 1986 das Konzept für ein sozialpsychiatrisches Zentrum entwickelt. Betreutes Wohnen, psychosozialer Dienst zur Betreuung am Arbeitsplatz, Freizeitclubs zum Beispiel sollten unter einem „Dach“ angeboten werden. Für die Koordination hatte der LVR die Finanzierung mit mageren 60 000 Mark zugesagt – ein Verheirateter mit Kind nach 4b würde schon 70 000 Mark kosten. Kaum bewilligt, wird jedoch auch hier schon wieder an Kürzung oder Streichung gedacht.

So muß im ambulanten Bereich psychiatrischer Versorgung von Schwerkranken weiter von der Hand in den Mund gelebt werden, bei einer Ar-



Die Chance für ein breites Bündnis gegen die Mittelkürzungen hat die ÖTV verpaßt. Dabei gehörte es zu ihren Aufgaben, Pläne zu entwickeln, wie Beschäftigte und Langzeitpatienten in die Städte und Gemeinden übersiedeln können. Arbeitsplätze müßten dabei nicht verloren gehen

beit, die Kontinuität über Jahre erfordert. Auch in Mönchengladbach, wo die obengenannte Stelle mit der Auflage bewilligt wurde, die Nachsorge von Viersener Patienten mitzuernehen und auch deshalb die Zahl der Betreuungsplätze schnell auf zwölf hochging, ist die Finanzierung gefährdet. Wie anderswo werden psychisch Kranke wieder in Kliniken zurück müssen, weil die ihren Bedürfnissen angemessene Betreuungsform nicht genügend gefördert wird. Die Kosten in den Kliniken werden nach derzeitigem Stand meist wesentlich höher – bis zum Fünffachen – sein, oft genug zu Lasten des LVR als Sozialhilfeträger.

Der Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen hat in einer Pressemitteilung gerade auch auf diesen Aspekt hingewiesen. Dort wird festgestellt, daß die angeblichen Einsparungen (900 000 Mark allein beim betreuten Wohnen) den LVR noch teuer zu stehen kommen werden, weil durch den Abbau ambulanter Hilfen erneut mehr Kranke langfristig oder dauernd in psychiatrischen Anstalten und Heimen untergebracht werden müssen.

Die ÖTV in Nordrhein-Westfalen hat an diesem Punkt eine Chance verpaßt. Das Bündnis gegen den Kahlenschlag beim LVR, das eine gemeinsame Demonstration der ÖTV von Nordrhein-Westfalen I und II, der Rheinischen Gesellschaft für soziale Psychia-

trie, dem Dachverband und der Fraktion der Grünen in der Landschaftsversammlung geplant hatte, platzte im letzten Moment. Es gab also eine Demonstration von der ÖTV und eine von den anderen Gruppen getragene, die vorwiegend von Betroffenen und Angehörigen, kaum von Beschäftigten besucht war. Zum Glück einige man sich wenigstens auf eine gemeinsame Aufaktveranstaltung.

Ausschlag gaben kurzfristige Interessen für die ÖTV, nämlich ob der sozialdemokratische Vorsitzende der Landschaftsversammlung auf der Demonstration sprechen durfte oder nicht, gegenüber gesundheitspolitischen Vorstellungen, die weitgehend mit denen der anderen Beteiligten übereinstimmen. Dazu kamen bei der ÖTV sicher auch Vorbehalte gegenüber den Grünen, obwohl diese für eine gewisse Transparenz der Kürzungspläne gesorgt hatten.

Seitdem ist die ÖTV in Sachen LVR untergetaucht, jedenfalls für Beschäftigte und Öffentlichkeit. Statt dessen führte man Gespräche mit Minister Schnoor über eine Erhöhung der Land-

schaftsumlage, die auch auf ein Prozent festgesetzt wurde – ohne Konsequenzen aber für die beschlossenen Kürzungen in der Psychiatrie. Dabei bietet das Bündnis trotz bestehender Interessensunterschiede zwischen Beschäftigten, Patienten und Angehörigen eine wichtige Möglichkeit, Kahlenschlagkonzepte der politischen Großparteien entgegenzutreten, auch jetzt noch. Im Frühjahr 1988 waren viele doch einfach überrascht und hilflos.

Ein positives Ergebnis der Diskussion der letzten Monate war immerhin, daß sich eine „Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie“, ein Zusammenschluß ambulanter Träger im Rheinland, gebildet hat, der den Kontraträgern in Zukunft gemeinsam gegenüberstehen will. Bei gleichzeitiger Qualitätskontrolle soll ein Gegengewicht zu den Kliniken gebildet werden, die bisher den entscheidenden Einfluß und die größere politische Lobby hatten. Diese AG soll zur Solidarität der ambulanten Träger führen, sie soll nicht die Zentralisierung oder Vereinheitlichung ambulanter Hilfen betreiben. Im Gegenteil: Psychiatric muß mehr als bisher eine Sache der Stadt, der Gemeinde, ihrer Bürger und Politiker werden. Nur dann bilden die für ihre Gestaltung notwendigen Finanzmittel keine Jonglermasse für die Haushaltsschreiber unter den Finanzpolitikern. □

Horacio Riquelme-Urrea (Hrsg.), Die neue italienische Psychiatrie. Wandel in der klinischen Praxis und im psychosozialen Territorium, Hamburg 1988

Seit Beginn der italienischen Psychiatriereform behinderten eine Unzahl von Meinungsverschiedenheiten und Mißverständnissen den Dialog zwischen psychiatrisch Tätigen aus Italien und der Bundesrepublik. Ermutigende Beispiele für ein Gelingen des Dialogs lieferten zwei Symposien an der Hamburger psychiatrischen Universitätsklinik 1985 und 1986, die im vorliegenden Band dokumentiert und kommentiert werden.

In einem Abschnitt werden neueste Untersuchungsergebnisse über den Stand der italienischen Psychiatriereform vorgestellt. In einer 1984 abgeschlossenen und 1986 veröffentlichten Erhebung über die Auswirkungen des Reformgesetzes auf die psychiatrische Versorgung hat das Censis-Institut (Centro Studi Investimenti Sociali) 1397 repräsentative psychiatrische Institutionen untersucht. Censis kam zu dem Schluß, daß „die psychiatrischen Dienste im Territorium (in den Ambulatorien) für ganz Italien im Begriff sind, das Kernstück psychiatrischer Interventionsmöglichkeiten zu werden“. Trotz aller möglichen Mängel „leisten sie die Hauptarbeit in der psychiatrischen Versorgung, und zwar in der Diagnostik und kontinuierlichen Behandlung psychotischer Patienten zu 50,2 Prozent und neurotischer Patienten zu 79,9 Prozent aller dieser diagnostischen Kategorien zugeordneten Patienten.“

Im Gegensatz dazu versorgen die noch geschlossenen Anstalten – wozu auch die Universitätskliniken (und die Privatkliniken, d. Rezessor) gezählt werden – 23,7 Prozent der psychotischen und 7,3 Prozent der neurotischen Patienten.“ Diese hier nur kurz angerissenen Zahlen der Censis-Studie werfen ein sehr viel günstigeres Licht

auf die Auswirkungen der italienischen Psychiatriereform, als es uns seit Beginn der achtziger Jahre die Medien weismachen wollen.

Alle italienischen Referentinnen und Referenten der Symposien verfügen über Erfahrungen seit Beginn der Psychiatriereform in Italien. Maria-Gracia Giannichedda, Soziologin und ehemals enge Mitarbeiterin von Franco Basaglia, zum Beispiel, ist jetzt im italienischen Gesundheitsministerium tätig und referierte und diskutierte sehr temperamentvoll über „die Utopie der Wirklichkeit in der Ent-

wicklung der neuen Psychiatrie in Italien“.

Lorenzo Torrensini ist den dg-Lesern durch ein Interview von 1984 bekannt. Er hat als Psychiater zusammen mit Franco Basaglia den gesamten Reformprozeß in Triest mitgestaltet und arbeitet heute in einem der ambulanten Dienste. Sein Referat setzte sich sehr differenziert und fundiert mit der „neuen Praxis im psychosozialen Territorium ohne Anstalt“ auseinander.

Sabine Blaschke berichtete über ihre mehrmonatigen Ho-

sitationseindrücke am Centro S. Vito. Sie mußte sich zunächst den Begriff Patient abgewöhnen und statt dessen vom Benutzer („utente“) sprechen. Filippo M. Ferro ging der Frage nach, ob die neue italienische Psychiatrie einen epistemologischen (d. h. wissenschaftstheoretischen, jgr) Wandel nach sich ziehen konnte. Er kam zu dem Schluß, daß der Rückfluß dieser neuen Praxis eine Psychopathologie mit einem vertieften Verständnis der jeweiligen Symptome durch die neuen praxisbedingten Blickwinkel ermögliche. Für ihn handelt es sich um „eine konkrete

Gregor Schorberger, AIDS-Station. Wege humarer Begleitung. Unter Mitarbeit von Jürgen Bußmann und Martin Dannecker. München 1987. Kösel-Verlag

Gregor Schorberger ist Seelsorger an der Frankfurter Uni-Klinik, wo er maßgeblich am Aufbau und der Organisation der Aids-Station mitwirkt. Vor allem kümmert er sich um die psychosozialen Bedingungen dieser Intensiv-Pflegestation: etwa die Einrichtung eines Stationscafés, des Patiententreffs, der Schulung und Beratung des Personals. Schorbergers Buch ist eines der wenigen aus dem Themenkreis Aids, das nicht in der so leicht verfügbaren Geste unterrichteter Aufklärungsbücher nun zum x-ten Mal informieren, belehren oder warnen will. Sein Buch behandelt die Betroffenen nicht als eine Spezies, die versorgt, psychotherapeutisch betreut und in irgend einem – sei es auch humanem Sinn – verwaltet werden muß, sondern es ist der Bericht eines Klinikseelsorgers, der in den Prozeß des Krankseins, des Leidens und Sterbens an Aids einbezogen ist.

Aids-Station – das ist die allgemeine Infektionsstation der Frankfurter Universitätsklinik: Im Zeitraum von 1983 bis 1987 wurden hier 150 HIV-Kranke behandelt, von denen ungefähr die Hälfte gestorben ist. Inzwischen existieren 15 Planbetten, die zumeist mit bis zu 18 schwerstkranken Patienten überbelegt sind. Mit über 70 Prozent sind die Homosexuel-

len immer noch die größte Gruppe auf der Station. Und so widmet Schorberger ausschließlich ihnen seine sieben Berichte. „Begegnungen“, wie er sie programmatisch umschreibt.

Ziel der Frankfurter Aids-Station und Appell des Buches ist, die Stigmatisierung, die Isolation und drohende Vereinsamung der homosexuellen HIV-Kranken aufzufangen und ihnen die bestmöglichen, vor allem auch psychosozialen Bedingungen zur Bewältigung ihres Krankseins zu ermöglichen.

Wie sehr dies not tut, schildert Schorberger: „Nicht nur, daß Ihr Sohn homosexuell ist, erfährt die Familie, sondern gleichzeitig auch, daß er eine tödliche Krankheit hat... Es gibt Familien, die ihren Sohn nach Bekanntwerden der Krankheit regelrecht verstoßen und ihm verbieten, sie zu Hause zu besuchen... Selbst Geschwister haben ihrem Bruder nach Bekanntwerden seiner Krankheit jede weiteren Treffen mit seinen Nichten und Neffen untersagt.“ Wo das soziale Netz reißt, sind so dramatische Einschnitte wie die Aids-Infizierung und Erkrankung, aber auch das Coming-Out, dieser mit Angst, Minderwertigkeitsgefühlen und Selbsthaß einhergehende Prozeß kaum zu verarbeiten.

In diesem Sinn sucht das Personal der Aids-Station – Schorberger mit den Ärzten, dem Pflegepersonal, den Sozialarbeitern und Raumpflegerinnen – eine familiäre und schützende

Atmosphäre zu ermöglichen, die den Patienten in der Auseinandersetzung mit seinem Kranksein und seiner sozialen Identität unterstützt. Entscheidend hierfür ist vor allem die Bereitschaft des überwiegend heterosexuellen Pflegepersonals, sich auf die konkrete Persönlichkeit des Homosexuellen einzulassen und damit eine Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität, mit den eigenen Phantasien und Bildern zu wagen; angezeigt ist ein Lernprozeß, der die sichere Bastion der gesellschaftlich bestätigten Sexualmoral verläßt. Und dies erfordert allemal Mut und Veränderungsbereitschaft – zumal unter den enorm belastenden Arbeitsbedingungen der Aids-Station, die mit denen einer Intensivstation zu vergleichen sind.

So sieht Klinikseelsorger Schorberger seine Aufgabe nicht nur darin, den Kranken ein emphatischer Begleiter zu sein, sondern auch in der systematischen Zusammenarbeit mit dem Personal, um die Bedingungen für eine Atmosphäre der Offenheit und Gastfreundschaft zu schaffen; in Balintgruppen und Fortbildungsveranstaltungen werden daher die Probleme des alltäglichen Pflegedienstes thematisiert und bearbeitet.

Für das Personal, das sich auf eine derartige produktive Verunsicherung einläßt, wird erfahrbar, daß die soziale Konstruktion der Homosexualität der unmittelbaren Erfahrungsdimension nicht standhält, daß der gewöhnliche Homosexuelle in der Regel nicht das Stigma

epistemologische Revolution". Damit scheinen sich entsprechende Erwartungen an die Ergebnisse des Reformprozesses zu erfüllen, wie sie in den siebziger Jahren Giovanni Jervis in seinem „Kritischen Handbuch der Psychiatrie“ in Aussicht gestellt hat.

Am Fallbeispiel einer psychotherapeutischen ambulanten Behandlung einer jungen psychotischen Frau läßt sich am Referat von Paolo Tranchina erkennen, daß die „neue psychotherapeutische Praxis im Territorium ohne Anstalt“ ein vertieftes psychodynamisches Ver-

ständnis und eine ausgesprochen vielfältige Wahrnehmung der Persönlichkeit mit ihrem geschichtlichen Werdegang und Kampf um Selbstverwirklichung ermöglicht. Für psychotherapeutisch Interessierte werden die Grenzen im therapeutischen Umgang mit Psychosekranken, wie sie unter den hiesigen institutionellen Rahmenbedingungen gezogen sind, an diesem Praxisbericht schmerhaft spürbar.

Margherita Rossetti setzt sich als Angehörige mit der italienischen Situation nach dem Reformgesetz auseinander. Sie

der Unmännlichkeit aufweist, daß das Bild der Tunte – diese landläufige Phantasie eines außerordentlich weiblichen Homosexuellen einer paranoide und abwertenden Erwartungshaltung entspricht. Aids bedeutet also – bei aller Konjunktur moralischer Aufrüstung – auch eine Chance unverstellter Annäherung und Begegnung mit dem Verfemten – der Homosexualität, die als Differenz aus gehalten und bejaht werden kann, statt in militanter Abwehrhaltung tabuisiert werden zu müssen.

Daß allerdings – trotz aller Unterstützung seitens des Personals der Aids-Station – die Krankheit ein schrecklicher Leidensweg bleibt, den das Subjekt alleine geht, dokumentiert Schorberger eindringlich in seinen „Begegnungen“. Durchlitten wird immer wieder die Angst vor neuen Konjunkturen des Krankheitsbildes, vor den Schmerzen und Qualen chemotherapeutischer und operativer Eingriffe. Nicht ausbleibt die Beschämung angesichts des bei vollem Bewußtsein erlebten körperlichen Zerfalls, des Verlustes der Körperkontrolle, der zum hilflosen Objekt fremder Hilfe macht.

Dieser Verlust körperlicher Kontrolle und Selbstgewißheit wird nicht selten als ohnmächtige Infantilisierung erfahren – zumal er mit dem Zusammenbruch der zeitlichen Lebensperspektive, dem irgendwie projektierten Zugriff auf eine kalkulierbare Zukunft einhergeht; Wut und Aggression sind die Konse-

quenz: „Wenn sie mich heute nicht entlassen hätten, würde ich irgend etwas kaputt schmeißen. Seit meinem Geburtstag vorgestern kocht es in mir. Am liebsten hätte ich den Stationsarzt bei der Visite angeschrien. Alles in mir hat gekocht“, zitiert Schorberger einen Kranken, der trotz seines katastrophalen Zustands seinen Geburtstag zu Hause feiern möchte. Die Kehrseite dieser Wut ist die Depression, resignativ und zugleich aggressiv gegen das Subjekt gewendet: „Alles ist scheißegal.“

Aber diese Dimension des Leidens der Krankheit – Angst, Beschämung, Wut, Depression – bestimmen selbst in der Perspektive der Krankheit zum Tode nicht allein Prozeß und Struktur des Krankseins. Selbst beim Vollbild von Aids kann nicht die Rede davon sein, daß die sukzessive Kompetenzreduktion, die Nicht-mehr-Verfügbarkeit der Zukunft, den Kranken zum nurmehr hilflosen, hin und her geworfenen Objekt seines Leidens macht. Selbst hier, und das ist für den pflegerischen und seelsorgerischen Begleiter eine immer wieder erstaunliche Erfahrung, ringt das Subjekt um die Sinnerhaltung seiner sozialen Identität – handelt – und erleidet nicht nur angesichts des Todes.

Daß diese Auseinandersetzung mit der Krankheit und dem Sterben gelingt, daß die soziale Identität des Aids-Patienten bis zur Grenze des Todes trägt,

verschweigt die Mängel in vielen Regionen nicht, plädiert aber letztlich für die unbedingte Fortsetzung des Reformprozesses. Auch hier wiederum andere Töne, als sie seit Jahren von der übelwollenden konservativen ärztlichen Standespresso und entsprechenden Fachzeitschriften bei uns verbreitet werden; von einer Massenbewegung der Angehörigen psychisch Kranker in Italien ist da immer wieder die Rede, die das Anstaltswesen wieder eingeführt haben wollen.

Mit dem Rollenverständnis der Basisarbeiter in den ambulan-

ten Diensten setzte sich R. Dövenna auseinander und streicht heraus, daß die Aufrechterhaltung demokratischer Selbstverwaltungsstrukturen unerlässlich ist für die Verhinderung von Entsolidarisierungsprozessen zwischen Klienten und Therapeuten, aber auch unter den Therapeuten selber. Die Qualifikation der Basisarbeiter müsse unbedingt verbessert werden.

Sergio Piro geht im letzten Beitrag ebenfalls speziellen wissenschaftstheoretischen Fragestellungen nach. Er beschäftigt sich darüber hinaus mit dem sehr interessanten Aspekt der „Identitätskrise der italienischen alternativ-psychiatrischen Bewegung“. Er hat auch am Ende des Buches ein ausführliches, nach Themen geordnetes Schriftenverzeichnis zur neuen italienischen Psychiatrie verfaßt.

Horacio Riquelme-Urrea organisierte und dokumentierte diese Symposien. Er ist Psychiater und Hochschulassistent mit einem eigenen Forschungsbericht für transkulturelle Psychiatrie. Der Herausgeber schließt mit einem Übersichtsaufsatze über den Wandlungsprozeß der psychosozialen Versorgung in Italien ab, der im Sommer 1976 verfaßt wurde.

Vielleicht lassen sich mit dem vorliegenden Band neue Diskussionen über die italienische Psychiatriereform anzetteln, nach der manche Altkirche und Altkirche nach anfänglicher Begeisterung seit Jahren nicht mehr krähen; obwohl wir aus häufigen Kontakten mit Tätern der demokratischen Psychiatrie wissen, wie wichtig für sie die Diskussionen mit Außenstehenden sind. Aber auch für uns ist der transkulturelle Diskussionsprozeß, egal ob es sich um Perestroika oder neue italienische Psychiatrie handelt, wichtig für neue politische Perspektiven. Für den Bereich der Psychiatrie können die beiden hier dokumentierten Symposien auch neue Anstöße für den psychiatrischen Alltag und die Entwicklung neuer Reformansätze geben.

jgr

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1, Tel. 0228/693389 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

Anzeigenleitung: Pahl-Rugenstein Verlag, Kristina Steenbock, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 36 00 235.

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

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

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

Redaktionskonto für Spende:
Sonderkonto Norbert Andersch, Postgiroamt Essen Nr. 15420-430

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GE- SUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:
Pahl-Rugenstein-Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/36 00 20, Kon- ten: Postgiroamt Köln 6814-503. Stadt- sparkasse Köln 10652238 (für Abo-Ge- bühren).

Abonnementsrechnungen sind innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Ausstellung zu be- gleichen. Das Abonnement verlängert sich je- weils um ein weiteres Jahr, wenn keine Kündi- gung beim Verlag eingegangen ist. Kündi- gungstermin: 6 Wochen vor Ende des Be- zugzeitraumes. 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 Anzeigenabschluß für das Ok- toberheft: 5. September 1988

Graphik: Renate Alf

Titelblatt: ud, Linie 4

Layout: Ursula Daalmann, Joachim Neu- schäfer

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

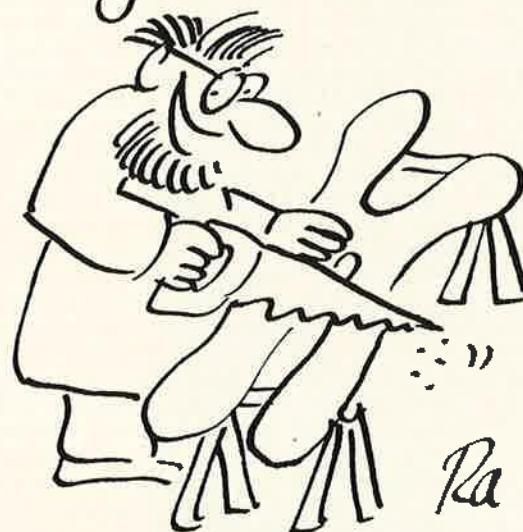
ISSN: 0932-5425

GEN-TECHNIK

Mit diesen Rie-
senchromosomen
arbeitet es sich...



...wirklich viel
angenehmer!



wir über uns

Wir sind es leid

In den vergangenen vier dg-Ausgaben haben wir versucht, Ihnen, den Leserinnen und Lesern, nahezubringen, wer wir sind, wie unsere Zeitschrift entstanden ist, wie wir arbeiten und was wir wollen. Mit den begleitenden Werbeseiten in den Heften wollten wir erreichen, daß Sie für dg die Werbetrommel röhren. Denn eines ist uns in den letzten Jahren sehr klar geworden:

Wir sind es leid,

daß aus den Buchhandlungen und Kiosken, wenn sie überhaupt dg ins Angebot nehmen, diese meist am Monatsende unverkauft zurückgesandt werden, weil sie in den seltensten Fällen gut sichtbar ausgelegt werden.

Wir sind es leid,

gutsituierten Zeitschriften und Magazinen Hunderte von Marken unseres schmalen Werbeetats für schlecht plazierte Inserate in den Rachen zu werfen.

Wir sind es leid,

daß es für eine engagierte politische Zeitschrift keine preiswerte Möglichkeit geben soll, sich flächendeckend und gezielt bekannt zu machen.

Wir fordern

unsere 4200 Abonnentinnen und Abonnenten auf, uns tatkräftig zu helfen.

Wir bieten

allen dg-Leserinnen und Lesern, die irgendwo in der Bundesrepublik auf einer größeren medizinischen oder gesundheitspolitischen Veranstaltung für dg werben wollen, folgenden Service an:

1. Portofreie Zusendung der gewünschten Anzahl dg-Werbefaltblätter sowie neuerer und älterer dg-Ausgaben (zum Verkauf bei reduziertem Heftpreis).
2. Rücknahme nichtverkaufter Hefte und nichtverteilter Werbefaltblätter gegen Portoübernahme (Nachnahme).
3. Überweisung eines Unkostenbeitrages von 10 Mark pro Stunde für die Dauer der Veranstaltung (bei kurzen Veranstaltungen mindestens 30 Mark, bei mehrtägigen Veranstaltungen nach Absprache).

Voraussetzung:

– Da alles auf der Basis von „Treu und Glauben“ läuft, können wir diesen Service nur dg-AbonnentenInnen anbieten, die ihre Abo-Nummer angeben.

– Wir benötigen **spätestens 14 Tage** vor dem Veranstaltungstermin folgende Daten: Ort, Datum und Zeit, Veranstalter und Thema, erwartete Teilnehmerzahl, wahrscheinliche Dauer (meist reicht dafür die Übersendung einer Werbeankündigung/Flugblatt mit Angabe der erwarteten Teilnehmerzahl).

Falls alles kurzfristiger gehen soll, müssen Sie das Telefon bemühen: (0228) 69 33 89

Also: ab die Post

Ihr Ulli Raupp

Postvertriebsstück
Gebühr bezahlt

medico
international

PAHL-RUG. GOTTESW. 54 5000 KOELN
G 2961 E 394711 352

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

„... und für die gesundheit
gesunde Welt.“

„...-tip.:“ Tips und Wissenswertes über
Vitamine, Durchfallerkrankungen,
Atemwegserkrankungen, Hunger und
Hilfe, Pestizide, Bevölkerungswachstum,
Verschuldung, Basismedikamente.

Indikation: Armut, Mangelernährung,
Ungerechtigkeit, Fehlende Hygiene,
Arbeitslosigkeit, Umweltzerstörung, Medi-
kamentenmißbrauch.

das einzigartige
Antirepressivum

MEDICO MENTAL

hochwirksam
überzeugend
natürlich

Die Schachtel,
die es in sich hat

Bestellcoupon

Von der Wirksamkeit von medico mental möchte
ich mich überzeugen und bestelle
 eine Schachtel als kostenloses Muster

Von der Wirksamkeit von medico mental bin ich
überzeugt und bestelle
 fünf Schachteln zu 10 DM
 zehn Schachteln zu 18 DM

Ich interessiere mich für weiteres Info-Material
von medico international

Ich zahle per Rechnung
 Vorrabenzettel liegt bei

Ort/Datum

Unterschrift

medico international, Obermainanlage 7
6000 Frankfurt/Main, Tel.: 069/4990041