

dg

Demokratisches
Gesundheitswesen
Nr. 10 - Oktober 1988
Einzelheft 5 Mark
G 2961 E

VERLOGEN

Wie linke Ärzte
mit Helferinnen umgehen

GRG

Geredet ist genug

MESSER IM KOPF

Sexueller
Kindesmißbrauch

Pflegenotstand:

Entweder – oder

Bettina Kolmar
ist gelernte
Kranken-
schwester und
Mitarbeiterin
bei einer Peri-
natalstudie



Als ich den letzten Tag als Krankenschwester hinter mir hatte und eine halbe Flasche Wein, die ich darauf trank, in mir, da rannte ich glücklich wie ein Kind durch die Innenstadt. „Nie mehr, nie mehr, nie mehr die Hinterteile abputzen, nie mehr Gleim und Schleim, nie mehr die Toten und den Gestank, nie mehr dieses Leiden ...“ Ich weiß nicht mehr, wie oft ich das an diesem Abend gesagt habe.

Aber ich weiß, warum ich diese Szene nicht vergessen kann, weil ich nämlich in dieses „Nie mehr“ all mein Krankenschwesternelend reinpackte: Ich habe angefangen im Altenheim, mit 16 Jahren die ersten Leichen eingewickelt, dann auf die Innere mit den Pflegefällen und denen, die sie möglichst schnell loswerden wollten, in die Chirurgie mit den offenen Bäuchen und den Karzinomen. Gewohnt habe ich – allzeit bereit – im Krankenhaus.

Es war ein Leben nur nach der Uhr. Eine Woche Früh-, eine Woche Spät-, eine Woche Nachtschicht. War ich bei Freunden, mußte ich

früher wieder weg, denn um vier Uhr klingelte der Wecker. Oder ich kam, wenn die ersten wieder gingen, weil ich bis 22 Uhr Dienst hatte. Intensives und Kontinuierliches war in der Freizeit nicht drin.

Zum Schluß arbeitete ich auf Intensivstation. Es interessierte mich. Aber ich habe keine Frau kennengelernt, die Mann und Kinder hat und dort voll arbeitet. Entweder – oder. Mit 26 Jahren war mir klar, daß ich auch noch etwas anderes brauche, daß ich außer arbeiten auch noch leben will wie andere Sterbliche. Ich wußte zum Schluß nicht einmal mehr, was ich sonntags oder an Feiertagen anstellen sollte. Reden wollte ich nur noch über Leben und Tod und den Sinn des Lebens, bis meine Freunde es überhatten. Ich spürte, daß ich mich für mich oder für den Beruf entscheiden mußte, und ich habe es nie bereut, daß ich mich für mich entschieden habe. Obwohl ich mir jeden Mist im Fernsehen über das Krankenhaus anschauete und es in den Fingern kitzelt.

Die Überlegung, junge Frauen für einen „Sozialdienst“ zu verpflichten, drückt nichts aus als Ignoranz gegenüber den Problemen der Krankenschwestern. Wenn man mehr Pflegepersonal will, muß man den Beruf erträglicher machen, und da schlage ich als erstes eine Reduktion der Arbeitszeit und eine Verdopplung des Gehalts vor. Kinderbetreuung und psychische Unterstützung könnten auch nicht schaden. Stellt man die Pflege Tätigkeit so dar, als könne sie jede leisten, dann wertet man die Arbeit nur noch weiter ab.

dg 10/88

dg-Report

Messer im Kopf
Sexueller Kindesmißbrauch 10

Arbeitsbedingungen

Verlogenes Getue
Wie linke Ärzte mit ihren
Helferinnen umgehen 16

Nichts mehr wie vorher
Streik in Hohenhonnet 28

Internationales

Klein, aber fein
Tagung der École Dispersé
de Santé 18

Selbsthilfe

Forever young?
Zehn Jahre Gesundheitsladen Berlin 23

Aktuelle Gesundheits- politik

Geredet ist genug
Zum Gesundheitsreformgesetz 24

Historisches

Mit zwei Pünktchen versehen
Schicksale Münchner Ärzte 26

Patientenversorgung

Apparat gut
Zur Entwicklung der Lithotrypsie 30

Pharma

Geballter Charme der Macht
125 Jahre Bayer 32

Umwelt

Krach, laß nach!
Verkehrslärm macht krank 34

Dokumente

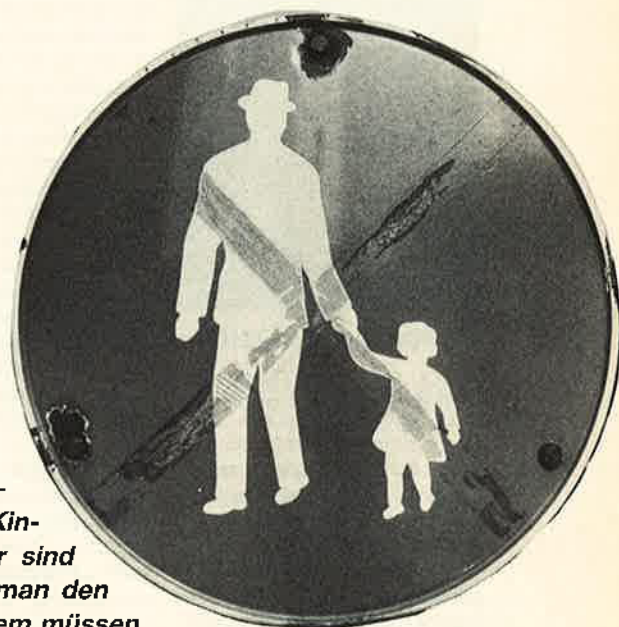
„Gesundheit für alle“
Implikationen für das Pflege-/
Hebammenwesen 19

Prävention von sexuellem Miß-
brauch an Mädchen und Jungen 21

Klinikeigene Kinderbetreuung
Fragebogen der Uniklinik Ulm 22

Rubriken

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



**Vater Freud und die
Pädophilenbewe-
gung haben eins ge-
meinsam: den sexuel-
len Mißbrauch von Kin-
dern zu leugnen. Wer sind
die Täter? Wie kann man den
Opfern helfen? Vor allem müssen
die Scheren aus den Köpfen, fordert
Ulli Raupp. Seite 10**

Foto: Chr. Busch

**Da ist gar nichts anders, so schätzen Berliner Arzthelferinnen ihre
fortschrittlichen Chefs ein. Im Kleinunternehmen Praxis bleibt von
hehren Ansprüchen oft nicht viel mehr als verlogenes Getue.
Seite 16**



**Da capo! Die Beschäftigten des Reha-
zentrums Hohenhonnet haben ihren
Streik erfolgreich abgeschlossen. Der
geforderte Tarifvertrag ist da. Auch für
die Heimbewohner wird sich einiges
ändern. Seite 28**

sie über uns



Frommer Glaube

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

Methadon ist ein synthetisches Opiat, das prinzipiell dieselben Wirkungen und Nebenwirkungen hat wie Morphin und Heroin: Suchtauslösung, Euphorie, Lähmung des Atemzentrums und der Dammotilität. Die Substanzen besitzen qualitativ keine anderen Eigenschaften und unterscheiden sich im wesentlichen durch ihre pharmakokinetischen Eigenschaften wie Resorbierbarkeit durch den Verdauungstrakt und Wirkdauer. Bei Morphin und Heroin, intravenös gespritzt, flutet der Wirkspiegel sehr rasch an. Und wird ebenso verhältnismäßig rasch wieder abgebaut. Dies erklärt, warum Drogenabhängige mehrmals täglich fixen müssen, wollen sie körperliche Entzugserscheinungen vermeiden.

Bei Methadon, oral eingenommen, wird der Wirkspiegel nur langsam erreicht. Die Substanz wird auch wesentlich langsamer wieder aus dem menschlichen Körper entgiftet. Deshalb kommen Methadonabhängige mit einer Einzeldosis am Tag meist aus.

Dieser Ausflug in die Pharmakologie macht folgendes verständlich: Die von den Drogenabhängigen erwünschte, euphorisierende Wirkung, tritt ein, wenn der Wirkspiegel anflutet. Nicht die Höhe der Dosierung ist entscheidend, sondern die Geschwindigkeit der Anflutung. Deshalb ist die erwünschte, euphorisierende Wirkung bei Heroin auch so stark. Ist der Wirkspiegel erst einmal eingestellt, ist auch keine euphorisierende Wirkung mehr zu erreichen. Dann gilt es nur noch zu verhindern, daß Entzugserscheinungen eintreten. Und hier wird

wieder die Geschwindigkeit des Abbaus des Wirkspiegels als quälender Entzug erlebt und nicht die Abstinenz. Eine gleichbleibend hohe Dosierung ist ebensowenig euphorisierend wie eine niedrige oder gar keine, sprich Abstinenz. Deshalb gibt es auch keinen Drogenabhängigen, der mit einer gleichbleibenden Methadon- oder Dihydrocodeinsubstitution sich zufriedengibt. Er erlebt, daß die erwünschte, euphorisierende Wirkung ausbleibt. Die Folge ist: Er nimmt die Methadondosis und fixt Heroin obenrein. Ich kenne keinen einzigen Drogenabhängigen, der das Heroinfixen aufgegeben hätte, nur weil er Ersatzdrogen verordnet bekam.

Ein Abhängiger, der ausschließlich Heroin oder Morphin fixt, weiß, welche Dosierung er mit seinem Leben vereinbaren kann, insbesondere, wenn er die Reinheit der Droge richtig abschätzt. Bei Mischintoxikationen, sprich viele Drogen durcheinander, ist es unmöglich, die „richtige“ Dosierung zu berechnen. Insbesondere die lähmende Wirkung der Substanzen auf das Atemzentrum potenziert sich. Die Mischintoxikation ist häufig tödlich. Unter methadonsubstituierten Drogenabhängigen gibt es auch deshalb eine höhere Rate an Drogentoten als unter Drogenabhängigen, die ausschließlich Heroin fixen.

Wer Methadon verordnet, gefährdet das Leben seiner Patienten zusätzlich. Daß ein Drogenabhängiger ausschließlich aufgrund der Methadonverschreibung das Heroinfixen nachläßt, halte ich für einen frommen Glauben. Diesen Gläubigen sei gesagt, daß es auch Drogenabhängige gibt, die von sich aus ohne jede Therapie mit dem Heroinfixen aufgehört haben. Und diese Anzahl ist sicherlich weitaus höher als die der Methadonsubstituierten, die trotz Methadon irgendwann einmal abstinent werden. Das Angebot von Ersatzdrogen behindert die Entscheidung für die Abstinenz. Jeder Drogenabhängige hat, solange er seine Sucht praktiziert, ein zwiespältiges Verhältnis zur Abstinenz. Einerseits erfährt er die körperlichen und sozialen Folgeschäden, andererseits möchte er die erwünschte, euphorisierende Wirkung der Droge nicht missen. Er muß eine klare Ent-

scheidung treffen, eine Entscheidung zwischen Schwarz und Weiß, letztlich zwischen Leben und Tod. Diese Entscheidung fällt schwer, sie wird weggeschoben: „Ja morgen, fang i a neues Leben an, und wenn net morgen, dann übermorgen oder vielleicht erst irgendwann, fang i wieder a neues Leben an!“ Methadon gaukelt dem Drogenabhängigen vor, er brauche die Entscheidung zwischen Schwarz und Weiß nicht zu treffen, es gäbe ja noch Grau. Er, der ohnehin die Entscheidung vor sich herschiebt, bekommt nun das Alibi, warum er sich nicht entscheiden muß.

Sicherlich gibt es Drogenabhängige, die sich bei der Entscheidung zwischen Sucht und Abstinenz eben für die Sucht entscheiden. Diese haben dann immerhin noch die Möglichkeit, sich zu einem anderen Zeitpunkt für die Abstinenz zu entscheiden. Wer jedoch durch Ersatzdrogen lernt, daß er sich nicht zwischen Schwarz und Weiß zu entscheiden braucht, da er eben Grau bekommt, dem ist jede Entscheidungsmöglichkeit genommen. Vor allem die für die Abstinenz.

Das Bundesgesundheitsamt erlaubt eine Substitution nur bei solchen Abhängigen, bei denen wegen einer fortgeschrittenen Aids-Erkrankung keine Heilungs- und Rehabilitationsmöglichkeit ihrer Betäubungsmittelabhängigkeit mehr besteht. Hier sind Todesurteile gefragt. Welcher Arzt mag feststellen, daß bei einem Patienten keine Heilungs- und Rehabilitationsmöglichkeit mehr besteht?

Dazu ein Fallbeispiel aus eigener Praxis: Ein HIV-Antikörperpositiver Drogenabhängiger wurde aus der Haftanstalt heraus einem Spezialisten zugewiesen, der eine wissenschaftlich exakte Stadieneinteilung der HIV-Erkrankung durchführte und den Patienten darüber aufklärte, wie wenig Zeit ihm noch zu leben bleibt. Gegen alle Erwartungen resignierte der Patient nicht, stellte einen Antrag auf Kostenübernahme für eine stationäre Drogenentwöh-

nungsbehandlung, die ihm auch bewilligt wurde, konnte die Therapie nach § 35 BtmG (Therapie statt Strafe) antreten und ist bis heute abstinent. Wenn ich den Patienten heute untersuche, stelle ich fest, daß alle klinischen und Laborparameter erheblich besser sind als damals in der Haftanstalt. Der Patient hat den vorhergesagten Todeszeitpunkt bei weitem überlebt. Eine Stadieneinteilung zum jetzigen Zeitpunkt brächte ein besseres Ergebnis als das vorherige. Wenn es vor Beginn der Therapie bereits ein unbefristetes Methadonsubstitutionsprogramm gegeben hätte, hätte sich dieser Patient möglicherweise für die Substitution, gegen die Abstinenztherapie entschieden. Ohne das Angebot Grau gab es nur die Entscheidung Schwarz oder Weiß, Tod oder Leben.

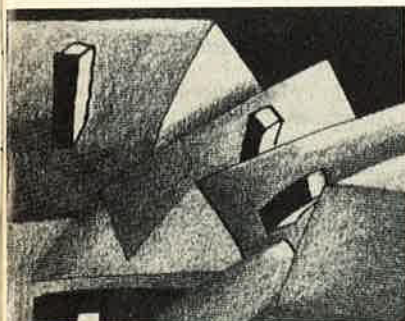
Unter den Bedingungen der Abstinenz bieten sich dem Drogenabhängigen neue Lebensperspektiven. Er erlebt, daß er körperlich Leistungen erbringen kann, im sportlichen Wettkampf besser trainiert sein kann als der gesunde Durchschnittsbürger. Abstinenz hat er die bessere Heilchance. „Abstinenz sofort“ mag, bedingt durch den Entzug, zunächst hart erscheinen. Nun ist ein reiner Heroinentzug erheblich einfacher und schneller vorbei als ein Entzug beim mischintoxizierten Methadonempfänger. Auf jeden Fall entbehrt es jeder Logik und Vernunft, „Abstinenz sofort“ härter einzustufen als „Abstinenz später“ oder „Abstinenz vielleicht erst irgendwann“. Wer Abstinenz und Entzug als hart und nicht aushaltbar beschreibt, propagiert, daß Drogenabhängige zeitlebens und damit bis zum frühen Tode süchtig bleiben sollen.

Wenn Ulrich Johannes Osterhues an Minister Heinemann schreibt, „es sei nicht auszuschließen, daß Methadon die Entwicklung zum Vollbild von AIDS begünstigt“, möchte ich ergänzen: Ausschließen kann man das nur in völliger Verkennerung der Realitäten. Schließlich ist Methadon kein Antibiotikum gegen Aids-Viren. Daß Methadon die Entwicklung zum Vollbild Aids begünstigt, halte ich nicht nur für nicht auszuschließen, sondern für wahrscheinlich. Zwei Faktoren, die jeder für sich das Immunsystem schwächen, werden zusammen es zerstören können.



Es gibt allgemein anerkannte Empfehlungen an Patienten, bei denen festgestellt wurde, daß sie HIV-Antikörper-positiv sind. Diese sollen eine gesunde Lebensführung entwickeln und jede zusätzliche Gefährdung meiden. Die Fortsetzung der Drogenabhängigkeit ist in jedem Falle eine zusätzliche Gefährdung.

Wenn deutlich wird, daß Ersatzdrogen keine medizinische Hilfe für Drogenabhängige darstellen,



so stellt sich die Frage nach dem öffentlichen Interesse der Methadondiskussion. Als angekündigt wurde, daß auch die Ersatzdroge Dihydrocodein der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung unterliegen soll, hat der Hersteller und der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie sofort interveniert. Bei Kenntnis der Machtverhältnisse in unserem Lande erwarte ich, daß die Pharmaindustrie sich durchsetzt. Ein auf breiter Basis eingeführtes Methadonprogramm läßt für die pharmazeutische Industrie Millionenprofite erwarten.

Kurzfristig scheint dies dennoch billiger. Denn eine auf Abstinenz hinzielende stationäre Drogenentwöhnungsbehandlung kostet für ein Jahr 40 000 Mark. Wer sich für Methadon entscheidet, verursacht erst einmal in geringerem Maße Kosten. Sollte er später dann doch eine Abstinenztherapie wollen, verursacht er eben später die höheren Kosten. In der Zwischenzeit hat die Pharmaindustrie den Profit abgeschöpft.

Wer das Methadonprogramm einführen will, geht davon aus, daß er spätestens bei der übernächsten Wahl nicht mehr regiert. Dann kann die Opposition die Scherben zusammentragen.

RALF CÜPPERS
Leitender Arzt
Phönix-Haus Peers Hoop
Sillerup

Altenpolitik pflegebedürftig

dg 7-8/88: „Aushalten oder aussteigen? Fluktuation bei Krankenschwestern“

In dg 7-8/88 ist ein Bericht über die Arbeitssituation von Krankenschwestern. Wie Toni Faltermeier schreibt, meldet sich diese Berufsgruppe nicht in dem Maße zu Wort, wie es ihrer zahlenmäßigen Stärke entsprechen würde. Eine Berufsgruppe, die sich noch seltener zu Wort meldet, ist das Pflegepersonal in den Altenheimen. (...) Aber gerade hier ist die Personalsituation noch kritischer.

Seit über zehn Jahren ist in Baden-Württemberg der zwischen dem Landeswohlfahrtsverband und den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege vereinbarte Pflegeschlüssel von 1 zu 3,5 unverändert. Der Personalschlüssel bezieht sich auf einen Zeitraum von 365 Tagen zu je 24 Stunden. Rechnet man nach, wird deutlich, daß eine Pflegeperson – und hier sind auch Vorpraktikanten, Zivildienstleistende zum Beispiel eingerechnet – während ihrer regulären Dienstzeit durchschnittlich 12 bis 15 Heimbewohner zu betreuen hat.

Nach Berechnungen des Diakonischen Werkes gestattet dieser Pflegeschlüssel eine tägliche Pflege von 83 Minuten je Bewohner. Vielen Pflegeheim-

bewohnern – zwischen 30 und 60 Prozent – muß das Essen mehrmals täglich mundgerecht zerkleinert und löffelweise eingegeben werden. In solchen Fällen sind die rechnerisch verfügbaren 83 Minuten oftmals schon nach dem Mittagessen erschöpft. Da kann sich jeder ausrechnen, wann ein Bewohner sein Mittagessen bekommt, wenn auf einer Pflegegruppe mit 12 Bewohnern 2 Mitarbeiter Dienst tun.

Etwa 70 Prozent der Bewohner sind inkontinent, für sie ist mehrmals täglich Säuberung, Einlagen- bzw. Wäschewechsel notwendig. Etwa 55 Prozent der Bewohner sind psychisch so verändert, das ständige persönliche Zuwendung erforderlich wäre. Übrigens gelten in den Altenpflegeheimen im Bereich der Gerontopsychiatrie die gleichen Personalschlüssel, nur sind die Arbeitsbedingungen dort noch schwerer. Es liegt auf der Hand, daß eine Pflegekraft dem hohen Anspruch der menschenwürdigen Versorgung und Betreuung kaum gerecht werden kann. Das Personal muß sich aufs äußerste einsetzen, um wenigstens eine „Satt- und Sauberpflege“ durchführen zu können.

Obwohl der Personalmangel wegen der unzureichenden Rahmenbedingungen in der Altenpflege längst chronisch geworden ist, haben sich die Altenpflegeheime den Ruf be-

wahrt, den alten Menschen eben nicht nur einen Pflegeplatz, sondern ein neues Zuhause zu bieten. Daß dies – noch – so ist, ist freilich vor allem den Mitarbeitern zu verdanken, die sich ständig und unermüdlich über die Grenzen des Zumutbaren hinaus einsetzen. Viele der anfallenden Überstunden können weder durch Freizeitausgleich noch durch Vergütung abgegolten werden, so daß die Mehrarbeitsleistung von den Mitarbeitern unentgeltlich erbracht wird. Daher werden dann viele Überstunden überhaupt nicht erst aufgeschrieben. Daß dieser „Sparfaktor“ auch in Zukunft fast unbegrenzt zur Verfügung stehen wird, darf von den politischen Verantwortlichen nicht länger angenommen werden. (...)

Die individuelle Lebensgestaltung der Bewohner erfordert eine Verbesserung des Personalschlüssels auf 1 zu 2,0. Selbst dann kämen auf eine Pflegekraft noch 7 bis 8 Pflegebedürftige. Wir Pflegekräfte in der Altenpflege dürfen nicht locker lassen, müssen immer wieder darauf hinweisen, wie wichtig eine fachgerechte und menschenwürdige Versorgung im letzten Lebensabschnitt eines Menschen ist. Eine Gesellschaft wird auch daran gemessen, wie sie mit ihren Alten umgeht.

GÜNTHER ALTHAUS
Aalen

Platt

dg 9/88: Homöopathie: Teurer Selbstbetrug?

Ich könnte mir die Sache leicht machen und den Kommentar mit der Überschrift ‚Homöopathie – Teurer Selbstbetrug‘ als dummes Geblubber eines Menschen abtun, der sich doch besser vor dem Schreiben des Kommentars wenigstens in hohen Verdünnungen, wenn schon nicht in hohen Potenzen Wissen zu dem Thema ‚Homöopathie‘ erworben hätte, anstatt ganz auf die Placebowirkung von Vorurteilen aus dritter Hand zu vertrauen.

Da Sie in dem von mir sonst so geschätzten Blatt gerade für das wichtige Thema Demokratisierung verantwortlich sind, unterstelle ich den Willen zu kritischer Auseinandersetzung

und Lernfähigkeit; daher werde ich mich in der weiteren Beschäftigung mit dem Kommentar um kritische Sachlichkeit bemühen.

Worum geht es in dem Kommentar? Die Grundaussage, auf der der Kommentar aufbaut, lautet: Homöopathie ist Unsinn (Selbstbetrug); alle (auch renommierte Fachzeitschriften), die sich nicht von vornherein negativ mit ihr auseinandersetzen, führen etwas anderes im Schilde, und sei es nur, daß sie (aus Absatzgründen?) auf einer aktuellen Welle schwimmen wollen.

Die Begründung für die Abwertung der Homöopathie wird nicht anhand von Fallbeispielen geführt, noch wird ein positiver Gegenbeweis gegen die Homöopathie erbracht, sondern allein die Behauptung, Phäno-

mene seien erst dann existent, wenn das dahinterstehende naturwissenschaftliche Wirkungsprinzip erkannt worden ist. Auf andere Phänomene übertragen hieße das, die Wahrnehmung von Licht sei bis zur Entdeckung der Lichtwelle nur Einbildung gewesen, bzw. die schrecklichen Seuchen vergangener Jahrhunderte hätten sich nur in den Köpfen einiger Spinner abgespielt, weil ja die Erreger (weil wissenschaftlich noch nicht erkannt) noch gar nicht existierten. Was für ein Wissenschaftsverständnis! – Aber praktisch für den Kommentator. Um sich die Finger nicht zu verbrennen, dreht er die Frage auch gleich um und sagt, der ‚Zulauf an Patienten‘ zur Homöopathie, die nebenbei (aus Unwissenheit?) immer wieder mit ‚Naturheilkunde‘, ‚Heilpraktiker‘, ‚Tröpfchen‘ gleichgesetzt wird (aber so genau kommt es

ja auch nicht), habe mit Schwächen einiger Ärzte zu tun (durch allzu forschen Umgang mit dem Rezeptbuch zum Beispiel).

Natürlich ist es richtig, aber auch sehr einfach, wenn die „Dreiminutenmedizin“ kritisiert wird. Aber so platt wie im Artikel tut das schon der Bundesarbeitsminister, dafür brauchen wir kein „Demokr. Gesundheitswesen“. (...)

Die Frage sollte doch besser lauten: Warum gibt es so etwas wie die „Dreiminutenmedizin“? Das hat sicher zum Teil mit den Finanzen zu tun. (...)

Niemand weiß besser über den Patienten Bescheid als er selber. Aber es erfordert auch ein Konzept, das, was der ernst genommene Patient äußerst, sinnvoll in die Behandlung einzubeziehen. Ich bin nicht so fäktisch zu behaupten, nur mit der Homöopathie sei man dazu in der Lage. Doch bin ich überzeugt davon, daß sie dazu sehr gut fähig ist. Das Wichtigste an der Homöopathie ist nicht das Potenzieren (verdünnen), sondern die Art der Diagnose.

Um den Patienten ernstnehmen zu können, müssen wir auch in der Lage sein, es zu akzeptieren, wenn er sich für eine andere Therapierichtung entscheidet. Ich empfehle den Patienten grundsätzlich, mit dem Arzt über die Behandlung zu sprechen; es erleichtert mir die Arbeit, spart dem Patienten Geld (z. B. Laboruntersuchungen). Leider trauen sich viele Patienten nicht, viele ahnen auch die Reaktion ihres Hausarztes und fürchten bisweilen (bei alten Menschen), in Notfallsituationen nicht mehr von ihm behandelt zu werden.

Ich meine, die Angst des Arztes vor der Hilflosigkeit angesichts der Grenzen des Machbaren fängt hier bereits an. Diese Angst ist nicht rein ärztenspezifisch, sondern beschleicht mich auch bisweilen in Fällen, in denen ich nicht weiterkomme. Die Unfähigkeit, diese Grenze zu ertragen, scheint mir auch die Triebfeder zu diesem Kommentar zu sein. Ich denke, mit diesem Problem wird man besser fertig, wenn man auch Grenzen

zugeben kann, offen, auch erklärend mit dem Patienten umgeht, mit alternativen Behandlern in kritischer Auseinandersetzung bei Willen zur Zusammenarbeit umgeht; es fördert die Mündigkeit der Patienten, die Qualifikation aller Beteiligten und dient letztlich der Demokratisierung des Gesundheitswesens. – Oder?

JOHANNES SENNEKOOL
Kleve

Vorwurf fällt zurück

dg 9/88: „Ärztetourismus“ von Josef Zehentbauer

Ich war 1984 als Kinderarzt für dasselbe Komitee in Kalkutta und 1988 in Cali. Mein Ticket habe ich größtenteils selber bezahlt, und zu Hause war meine Kinderarztpraxis für jeweils sechs Wochen geschlossen. Besonders die Arbeit in Kalkutta während der Regenzeit von montags bis samstags war für mich sehr anstrengend. Etwa zwei Drittel der Patienten waren Kinder. Zeit für Ausflüge und wahre Abenteuer blieb mir nicht.

Was den Import westlicher Medizin in Länder der dritten Welt betrifft, auch darüber wurde mehrfach diskutiert und geschrieben. Jeder Arzt in einem der Projekte ist aufgefordert, auf einheimische Hausmittel und Naturheilkunde gegebenenfalls zurückzugreifen, wo immer es möglich ist. Herrn Zehentbauers Bericht aus Kalkutta enthält Vorwürfe, die größtenteils auf ihn selber als Arzt zurückfallen.

Mit Schlagworten wie „individueller Schuldabgleich“, „humanitärer Medizinkolonialismus“, „abenteuerlicher Arbeitsurlaub“, „fliegender Missionarismus“ wird man den Problemen der Slums in vielen Großstädten und den Einsätzen der Ärzte des Komitees nicht gerecht.

DR. UDO SCHILLMÖLLER
Esslingen

1800 Fehlgeburten in besetzten Gebieten

Die Palästinensische Befreiungsorganisation (PLO) hat im August der UNO ein Memorandum vorgelegt, laut dem 1800 palästinensische Frauen in den von Israel besetzten Gebieten seit Ende 1987 eine Fehlgeburt durch Tränengas oder Schläge erlitten haben. 354 Zivilisten seien bei den Auseinandersetzungen getötet und 12 500 verletzt worden. 5000 Personen würden aufgrund der Verletzung dauerhaft behindert bleiben, erklärte die PLO.

Westberlin: Altenpflege protestiert

In Berlin zeichnet sich ab, daß den Forderungen der Altenpflege nach einem besseren Tarifvertrag entsprochen wird, wie Gesundheitsstadträtin Annette Schwarzenau erklärte. Staatssekretär Hasinger beim Berliner Senat habe eine Kündigung des Tarifvertrags für die Altenpflege in Aussicht gestellt. Die Gesundheitsstadträte der Grün-Alternativen Liste hatten mehrfach den personellen Notstand in den geriatrischen Abteilungen der Berliner Krankenhäuser öffentlich scharf kritisiert. „Gefährliche Pflege“ sei keine Ausnahme in Berliner Geriatrien.

AOK Hamburg: Pflegeheimstationen geplant

Die Allgemeine Ortskrankenkasse Hamburg will in Zukunft Kosten für „Pflegeheimstationen“ in Krankenhäusern übernehmen, in denen Patienten versorgt werden können, die als sogenannte „Fehlbeleger“ ins Krankenhaus überwiesen werden, weil es zu Hause für sie keine Hilfe oder Pflege gibt. Nach Aussagen von AOK-Direktor Behrend Behrends soll die Betreuung auf Krankenhausstationen maximal vier Wochen dauern, wobei die ärztliche Versorgung dem Hausarzt obliege. Die erste dieser Stationen will der Arbeiter-Samariter-Bund im Stadtteil Osdorf errichten. Behrend geht für Hamburg von einem Bedarf von 1000 Betten aus, für die er einen Pflegeplatz von 136 Mark veranschlagt.

Bremen: Keine AiPler auf Arztstellen

Die Personalräte der kommunalen Kliniken von Bremen haben in einer gemeinsamen Stellungnahme mitgeteilt, daß sie einer Einrichtung von AiP-Stellen nur unter bestimmten Bedingungen zustimmen würden. Es dürfe keine ärztliche Stelle dafür gestrichen werden, die Ausbildung müsse erkennbar organisiert und strukturiert und die Tätigkeit der AiPler juristisch eindeutig geregelt sein.

Der Tarifvertrag, der von der ÖTV für den Arzt im Praktikum abgeschlossen worden sei, gehe von einem Praktikumsstatus aus, definiere also, daß AiP-Stellen Ausbildungsstellen seien. Zusätzlich zu der Neueinrichtung von Ausbildungsstellen müßten dann auch Stellen für Ausbilderinnen und Ausbilder geschaffen werden. Die Personalräte kündigten an, ihre Zustimmung zu einer Umwandlung von ärztlichen Stellen für den AiP zu verweigern.

Bayern: Paragraph 218 verschärft

Bayerische Schwangerschaftsberatungsstellen dürfen ab sofort keine Hilfestellungen mehr geben, wenn sich Schwangere nach der Beratung für einen Abbruch entscheiden. Dies hat die Bayerische Landesregierung in einer Richtlinienveränderung für die Schwangerschaftsberatung in der diesjährigen Sommerpause auf dem Verwaltungsweg verfügt. Die Beratungsstellen dürfen nunmehr nur über die Rechtslage informieren, aber keine Adressen von Kliniken oder Ärzten, die den Abbruch durchführen, weitergeben. Im Gegensatz zu der alten Richtlinie sieht die Neufassung auch nicht mehr vor, daß die Frauen auf die Kostenübernahme durch die Krankenkassen hingewiesen werden müssen. Ebenso entfällt die Aufgabe der Verhütungsberatung durch die Stellen.

Keine Obst- kisten ver- brennen

Bei der Untersuchung von spanischen und französischen Obstkisten hat das Freiburger Institut für Umweltchemie teilweise hohe Verseuchung mit dem dioxinhaltigen Pentachlorophenol (PCP) festgestellt. Nach Angaben des Chemikers Hans-Dieter Stürmer sei bei einem Drittel der Kisten eine hohe Belastung und bei einem weiteren Drittel eine leichtere Belastung festgestellt worden. Stürmer, der die Untersuchung im Auftrag der Zeitschrift „öko-test“ und der Bundestagsfraktion der Grünen durchgeführt hatte, warnte davor, die Obstkisten zu verbrennen. Dioxin sei etwa 40mal giftiger als Zyankali und könne chronische Gesundheitsschäden hervorrufen.

Todesfälle durch Asbest gestiegen

Die Zahl der Todesfälle, die auf anerkannter Berufskrankheit durch Asbest beruhen, ist in den letzten elf Jahren alarmierend angestiegen. Wurden 1976 erst 46 Todesfälle anerkannt, waren es 1987 bereits 244, wobei die Voraussetzungen zur Anerkennung durch die Berufsgenossenschaft sich nicht änderten. Die Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) des DGB geht davon aus, daß sich die Steigerung bis zum Jahr 2000 fortsetzen wird. Das meisten asbestbedingten Berufskrankheiten brächen nämlich erst 15 bis 30 Jahre nach der Einwirkung aus. Das WSI betonte, daß die offiziellen Statistiken der Berufsgenossenschaften nur einen Bruchteil aller asbestbedingten Todesfälle vermerke. Die Dunkelziffer liege um ein Vielfaches höher.

Anzeige:

Cuba

Weihnachten und Neujahr in der Karibik

24.12.88 - 7.1.89 (15 Tage) am Strand in El Salado
Ü/HP ab/an Luxemburg 2250.- DM
ODER

27.12.88 - 3.1.89 (8 Tage) Ü/F ab/an
Berlin - Schönefeld 1650.- DM

Einhorn-Reisen 8520 Erlangen Postfach 1469 Telefon 09131-20 74 15



Tiefenbrunn: Keine Privati- sierung?

Das Landeskrankenhaus Tiefenbrunn wird entgegen früheren Plänen der niedersächsischen Landesregierung (dg berichtete) voraussichtlich nicht an einen privaten Träger verkauft werden, nachdem sich der Ärztliche Direktor, der Personalrat der Klinik, die Gewerkschaft ÖTV, Ärzteorganisationen, Grüne und SPD gegen die Privatisierung ausgesprochen hatten. Zuletzt war auch die CDU-Fraktion im Landtag für eine Beibehaltung der Trägerschaft durch das Land eingetreten.

Dokumentation zum GRG

Die Informationsstelle für Gesundheitsfragen in Eimbüttel hat in einer Broschüre die wichtigsten Abschnitte des Entwurfs zum Gesundheitsreformgesetz, seiner Begründung und des alten Referentenentwurfs zusammengestellt. Die Dokumentation kann gegen zehn Mark bei der Informationsstelle, Münggenkampstr. 77, 2000 Hamburg 19 bezogen werden.

Schadenersatz für Überstunden

Krankenhausärzte, die für unbezahlte Überstunden keinen Freizeitausgleich erhalten, haben ein Anrecht auf Schadenersatz. Dies hat im August der Bayerische Verwaltungsgerichtshof in München entschieden. Im konkreten Fall hatten zwei ehemalige Assistenzärzte des Klinikums Großhadern in München ihren Arbeitgeber, den Freistaat Bayern, verklagt, da er ihnen 3000 Überstunden nicht vergüten wollte. In erster Instanz war die Klage abgewie-

sen worden, da nach Auffassung des Verwaltungsgerichts München entgangene Freizeit nur ein immaterieller Schaden sei. In zweiter Instanz wurde das Land nun verurteilt, den beiden Ärzten insgesamt 59 758 Mark als Entschädigung zu zahlen. Der Anwalt der Ärzte, Dr. Kurt Ossoinig, rechnet jedoch damit, daß Bayern wegen der zu erwartenden Prozeßlawine Revision beim Bundesverwaltungsgericht in Berlin beantragen wird.

Keine Satire

Arbeitsloser (38 J.) tauscht gesunde Niere gegen sicheren Arbeitsplatz (Arbeitsstelle im R. Du.), 15 J. Berufserfahrung und vielseitig begabt. Zuschr. unter DUL A 0476 an uns. GST

Aus dem „Duisburger Wochenanzeiger“, zit. nach „Spiegel“ Nr. 36



Foto: Döhren

Neuer Boykott gegen Nestlé?

Das Internationale Babynahrung Aktionsnetzwerk (IBFAN) plant für Oktober einen erneuten weltweiten Verbraucherboykott gegen die Firma Nestlé, einen der größten Hersteller von Babynahrung. Nestlé hat nach Aussagen von IBFAN die 1984 geschlossene Vereinbarung gebrochen, mit der Nestlé sich verpflichtete, den Kodex der Weltgesundheitsorganisation zur Vermarktung von Babynahrung einzuhalten.

Die Kampagnen für das Bruststillen in den USA und Europa hatten mit einer siebenjährigen Boykottaktion, die zu teilweise

enormen Absatzrückgängen führte, gegen die Vermarktungsstrategien vor allem in der Dritten Welt protestiert, wo mit aggressiven Methoden für die Flaschnahrung geworben wurde. Die Praxis von Nestlé, etwa Gratismuster an Krankenhäuser oder Hebammen abzugeben, werde trotz des Abkommens weiter fortgeführt, erklärten Vertreter von IBFAN.

3. – 8. 10.

Rehburg-Loccum

Angehörigenarbeit
Kontakt: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Heinrich-Hoffmann-Straße 3, 6000 Frankfurt/M., Tel. (069) 6 70 61.

4. 10.

Basel

EDV in der Pflege
Kontakt: Rita Krummenacher, Postfach 488, CH-4005 Basel, Tel. (00 41 61) 41 34 23.

4. – 7. 10.

Gütersloh

40. Gütersloher Fortbildungswoche. Thema: Ethische Probleme der Psychiatrie – in der Diagnostik und der Therapie, im Umgang mit Langzeitpatienten, Sterilisierung, Euthanasie, Suizid und Gen-Technologie
Kontakt: Prof. Dr. Dr. K. Dörner, Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie, Hermann-Simon-Straße 7, 4830 Gütersloh 1, Tel. (0 52 41) 5 02 01 oder 50 22 10/11.

5. – 7. 10.

Frankfurt

Seminar: Psychosoziale Versorgung von Ausländern
Kontakt: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Am Stockbom 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. (0 22 41) 5 00 88/89.

7. – 9. 10.

Berlin

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

14. – 16. 10.

Bielefeld

Wochenendtagung: „Konzepte und Erfahrungen lokaler Gesundheitsprojekte – Eine Bestandsaufnahme als Grundlage für neue Initiativen“
Kontakt: Gesundheitsladen Bielefeld, Meller Straße 46, 4800 Bielefeld, Tel. (05 21) 13 35 61.

17. – 21. 10.

Hamburg

Bildungsurlaubs-Seminar: Krankenpflege im Nationalsozialismus
Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Bezirksgeschäftsstelle Hamburg, Billhorner Deich 94, 2000 Hamburg 28, Tel. (0 40) 78 85 20.

19. – 21. 10.

Frankfurt

Seminar: Helfen als Beruf. Dem Frust vorbeugen – aber wie?
Kontakt: Berufsbildungswerk FZBA, Gutleutstraße 169–171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (0 69) 23 50 91/92.

20. 10.

Münster

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

20. – 22. 10.

Köln

Tagung: Drogen – Selbsthilfe für Angehörige: „Mein Kind ist drogenabhängig – die Situation der Eltern“
Kontakt: Fritz Perls Institut, Welfen 5, 5609 Hückeswagen, Tel. (0 21 92) 20 98.

22. 10.

Gelsenkirchen

Veranstaltung des Marxistisch-leninistischen Bundes Intellektueller: „Dialektischer Materialismus und bürgerliche Medizin am Beispiel Herzinfarkt“
Kontakt: Dr. Willi Mast, Schulz-Driesen-Straße 3, 4650 Gelsenkirchen, Tel. (02 09) 13 42 28.

22. – 23. 10.

Hannover

Treffen zum Thema „Leben und Überleben als Ärztin im Krankenhaus“
Kontakt: Netzwerk feministische Medizin, Tel. (05 11) 59 12 73.

24. – 28. 10.

Charlottenberg/Westerwald

Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Beratung und Therapie bei Eßstörungen“
Kontakt: Frauenberatungsstelle, Hansemannstraße 43, 5000 Köln 30, Tel. (02 21) 52 15 79.

28. – 30. 10.

Frankfurt

2. Bundesweiter Kongreß „Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologie“
Kontakt: Feministisches Frauengesundheitszentrum, Hamburger Allee 45, 6000 Frankfurt/M. 90, Tel. (0 69) 70 12 18 (Di 13–16 Uhr).

31. 10. – 2. 11.

Berlin

Aids: Auswirkungen auf die Familie und Partnerschaft
Kontakt: Evangelisches Zentralinstitut für Familienberatung Berlin, Matternstraße 82, 1000 Berlin 38, Tel. (0 30) 803 80 97.

2. 11.

Frankfurt

Seminar: Geschichte der Pflege – Beruf oder Berufung
Kontakt: Fortbildungswerk FZBA, Gutleutstraße 169–171, 6000 Frankfurt/M., Tel. (0 69) 23 50 91/92.

3. – 5. 11.

Essen

Seminar: Ambulante und stationäre Betreuung von HIV-positiven Kindern
Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBFK, Königsgrätzstraße 12, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 28 55 99 oder 27 48 29.

4. 11.

Hamburg

Fortbildungstag zum Thema Gesundheitsreformgesetz
Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Bezirksgeschäftsstelle Hamburg, Billhorner Deich 94, 2000 Hamburg 28, Tel. (0 40) 78 85 20.

4. – 5. 11.

Hamburg

24. Hamburger psychiatrisch-medizinische Gespräche. Thema: „Psychiatrie und Abhängigkeit – Suchtkranke in der Psychiatrie“
Kontakt: Universitätsklinikhaus Eppendorf, Edgards Jäkel, Martinistraße 52, 2000 Hamburg 20, Tel. (0 40) 468 22 01.

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. (0 57 66) 8 10.

7. – 10. 11.

Darmstadt

Psychisch krank im Alter: Wie begegne ich „verwirrten“ Menschen?
Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel. (0 61 51) 40 38 48.

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. (0 23 81) 2 58 55.

12. – 13. 11.

Bonn

22. Tagung des Arbeitskreises Medizin-Psychologie von amnesty international
Kontakt: Dr. Johannes Bastian, Meisenweg 8, 7130 Mühlacker, Tel. (0 70 41) 4 31 55.

12. – 13. 11.

Düsseldorf

Gemeinsame Fachtagung von Medizinern und Umweltorganisationen zum Thema „Krebs und Umwelt“
Kontakt: Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland e.V. (BUND), Im Rheingarten 7, 5300 Bonn 3, Tel. (02 28) 46 20 84.

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.

16.-19.11.

Osnabrück

Seminar: Krankheit und Gesellschaft

Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle des Studiengangs LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück, Tel. (0541) 6084243-45.

17.-20.11.

Herborn

DGSP-Jahrestagung: „Unverblümt: 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.

18.-20.11.

Iserlohn

Tagung: Aids und Frauen

Kontakt: Evangelische Akademie Iserlohn, Berliner Platz 12, 5860 Iserlohn, Tel. (02371) 35240-47.

19.11.

Bayreuth

Interdisziplinäres Symposium: „Magnesiummangel – Auswirkungen auf Mensch und Natur“
Kontakt: Dr. med. Rudolf Sies, Häuselohweg 25, 8672 Selb, Tel. (09287) 60311.

24.-26.11.

Osnabrück

Seminar: Zur Situation alter Frauen in der Bundesrepublik
Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle des Studiengangs LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück, Tel. (0541) 6084243-45.

Johanna-Kirchner-Stiftung August-Stunz-Altenpflegezentrum

Röderbergweg 82
6000 Frankfurt/M. 1
Telefon (069) 40 50 40

Wir suchen ab sofort zur individuellen Betreuung einer querschnittgelähmten jungen Frau

eine/n examinierte/n Krankenschwester/-pfleger

Außer Pflege auch Arbeits-, Freizeit- und Urlaubsbegleitung.

Erforderlich ist der Führerschein Klasse 3.

Die Stelle wird mit K. r. 4 vergütet.

Bewerbungen bitte schriftlich/telefonisch an Herrn Weber, kommissarischer Heimleiter.

Achtung: An alle Türkei-Interessierten und -Urlauber

Das Sonnenland Türkei hat auch noch eine andere Seite: Es ist ein Land mit massiven Menschenrechtsverletzungen. Folter wird systematisch betrieben, um oppositionelle Meinungen und Bewegungen zu knebeln. Besonders betroffen von Verfolgung sind die Kurden, aber auch Gewerkschafter, Journalisten und die Angehörigen politischer Gefangener.

Unser Verein und unsere Solidaritätskomitees mit den politischen Gefangenen in der Türkei und Türkei-Kurdistan stehen in Briefkontakt mit Gefangenen unterschiedlichster politischer Herkunft, und wir bieten den Gefangenen bzw. deren Familien regelmäßige finanzielle Unterstützung.

Bitte unterstützen auch Sie uns durch Ihre Spende!

Solidaritätskomitees mit den politischen Gefangenen in der Türkei und Türkei-Kurdistan, c/o Bildungswerk für Friedensarbeit, Alfred-Bozi-Straße 10, 4800 Bielefeld. Sonderkonto Stichwort: Türkeihilfe, Kto.-Nr.- 6716066, Sparkasse Bielefeld, BLZ 480 501 61.

Unser Verein ist beim Finanzamt Bielefeld als gemeinnützig und spendenabzugsfähig anerkannt. Spendenbescheinigung folgt umgehend.

28.11.-2.12.

Rolandseck

„Da bleibt mir glatt die Luft weg“ – Anregungen für pflegende Angehörige, Freunde und Mitarbeiter, im Alltag Ruhe und Kraft zu bewahren
Kontakt: Arbeiterwohlfaht, Zentrale Fortbildung, Postfach 1149, 5300 Bonn 1

30.11.-7.12.

Offenbach

„Deutschland-Frankreich – Unterschiedliche Kulturen – unterschiedliche sozialpsychologische Strukturen“
Kontakt: Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP), Stuppstraße 14, 5000 Köln 30, Tel. (0221) 511002.

Der AK Geschichte der Krankenpflege bietet eine **Materialsammlung zur Geschichte der Krankenpflege im Nationalsozialismus** an, ca. 100 S. DIN A4-Fotokopien. Abzugeben gegen Selbstkostenpreis von 15 Pfennigen pro Kopie plus Porto. Gut geeignet auch für Unterrichtskräfte.
Anfragen an: Ernst Albers, Tarpenbekstraße 66, 2000 Hamburg 20, Tel. (040) 473969.

Gynäkologin, 37 J., vielfältige Erfahrungen (Krankenhaus, Familienplanungszentrum, Praxisvertretung, über 10 J. Arbeit in Erwachs. Bildung und Krankenpflegeunterricht, mehr. Auslandsaufenth., sehr gute Spanischkenntn.) **sucht interessante Arbeit** z.B. Öff.Ges.wesen, Forschungsprojekt o.ä., evtl. auch Gemeinschaftspraxisprojekt. Angebote bitte unter Chiffre 021088 an: dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1

Psychiatrische Klinik in einem Allg. KH in NRW sucht **Zivildienstleist.** Ärzte, Pflegekräfte und Handwerker (f. Arbeitstherapie)
Zuschriften unter Chiffre 011088 an: dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1.

Fachärzte gesucht

Allgemeinärzte suchen im selben Praxisgebäude FA (bisher nicht am Ort) – Haut, Augen, HNO, Neurologie/ Psychiatrie – für 150 qm, 1.Stock in 10000-Einw.-Gemeinde zw. Hildesheim und Goslar. Private und berufliche Kooperation möglich. Tel. (05067) 1006 oder 5660 oder 2200. Ingeborg Kothe-Richter, Michael Richter, Knud Staar.

Sonderschullehrerin

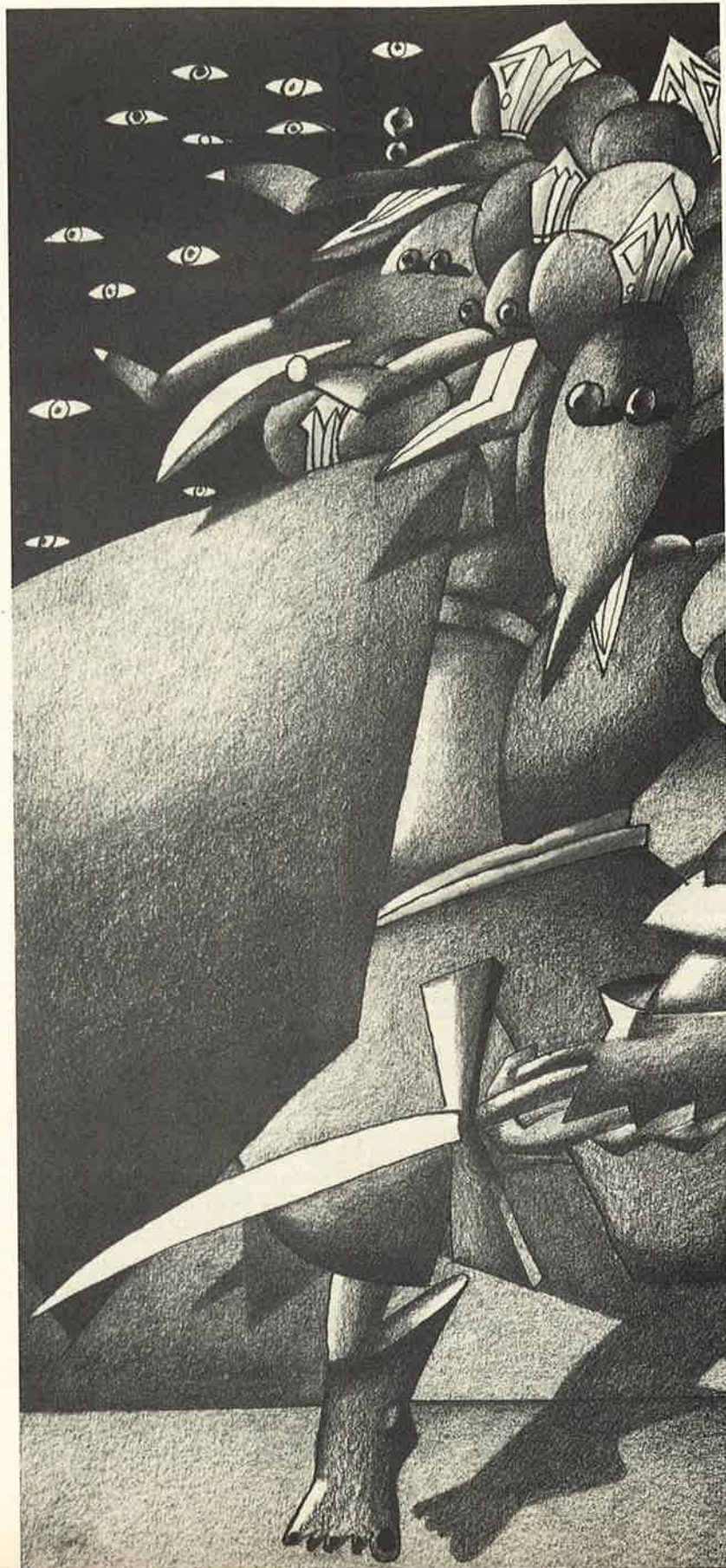
(48 J.) mit Ausbildung in klientenzentrierter Gesprächsführung nach Rogers (GWG) **sucht Möglichkeit zu freier Mitarbeit** bei interessiertem/r Arzt/Ärztin im Raum Frankfurt.
Tel. (069) 762852.

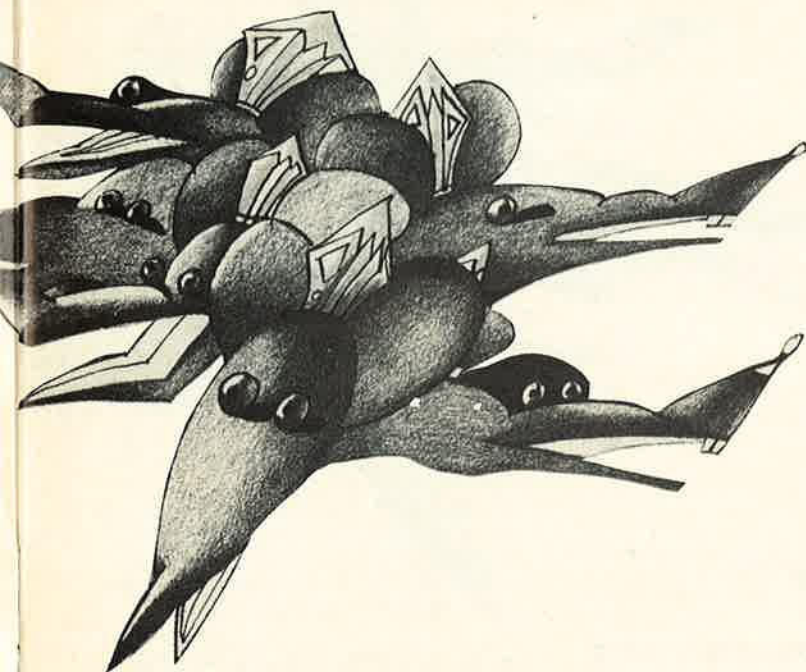
Initiative zur Aufstellung einer Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte für die Ärztekammerwahlen in Niedersachsen im Dezember 1989.

Die Initiative trifft sich Sa 22.10., 11.00 Uhr, in Raum 1 Freizeithaus Lister-turm Walderseeallee/Ecke Bernadotteallee in Hannover.
Kontakt: Detlef Wüstemann, Tel. (05032) 1332.

„Ein Opfer ist nicht nur ein Opfer. Es ist ein Mensch mit vielen Fähigkeiten und Schwierigkeiten wie alle anderen Menschen auch. Zudem wehren sich viele Betroffene gegen ihre Opferrolle. Wenn wir die Begriffe Täter und Opfer trotzdem verwenden, dann deshalb, weil sie die Verantwortlichkeit für die sexuelle Ausbeutung klar festlegen.“

CH. Beglinger





Messer im Kopf

Sexueller Kindesmißbrauch

Der finstere Fremde als Sexualtäter par excellence, kurz: die Bestie. Ein Horrorgemälde, das im gesunden Volksempfinden nach wie vor seinen Platz behauptet. Und hinter dem die wahren Täter und der Tatort verborgen bleiben.

Daß der sexuelle Mißbrauch von Mädchen über Jahre ein Tabuthema war, daran haben Ermittlungsbehörden und Gerichte, haben Ärztinnen und Ärzte fleißig mitgewirkt, haben vertuscht und verschwiegen.

Um sexuellen Kindesmißbrauch verhindern zu können, muß er überhaupt zur Kenntnis genommen werden. Ulli Raupp fordert ein Ende der Denkverbote

Als ich Claudia begegne, ist sie gerade zwölf Jahre alt. Seit drei Monaten sei sie hier im Heim, erklärt mir die begleitende Betreuerin. Claudia habe ausgesehen wie achtzehn, geschminkt, auf Anmache gestylt. Nach vierzehn Tagen habe sie langsam wieder Kind sein können und wieder gelernt, richtig zu spielen.

Claudia vergräbt sich im Sessel, riskiert zwischen den vors Gesicht gezogenen Unterarmen hindurch einen Blick. Ich habe Spielzeug mitgebracht, stelle den Kasten geöffnet vor sie auf den Tisch. Es dauert lange wortlose Minuten, immer öfters Blicke, unendlich langsame Annäherung. Dann greift sie fast hektisch nach der Prinzessinpuppe, setzt sie mit einem Baby auf dem Arm in einen Lehnstuhl. Drumherum baut sie die Familie auf, breitet einen Teppich darunter, stellt einen reich gedeckten Tisch dazu. „Taufe“, erklärt sie kurz. Alle Erwachsenen in der Szene wollen jetzt mit dem Baby fotografiert werden, spielt sie.

Urplötzlich aber beginnen die Erwachsenen, die Kinder zu töten. Die Mädchen, die nicht getötet werden, werden groß, zu Frauen, die versorgt werden wollen, aber dann ebenfalls ihre Kinder töten. Schließlich bringen die Kinder auch die Erwachsenen um. Dann werden alle Gemordeten zu Zombies, stehen wieder auf, und das Gemetzel setzt sich fort, immer wieder.

Zuletzt bleiben ein kleiner wuscheliger Hund und die Prinzessin übrig. Sie kämpfen. Der Hund frißt der Prinzessin das Herz aus dem Leib. Beide sterben, denn das Herz der Prinzessin ist vergiftet, sie ist der „böse Fluch“, so Claudia, der an allem Schuld sei. Und als ob es damit nicht genug wäre, räumt sie die Spielfläche ab, sagt: „Jetzt ist niemand mehr da, kein Mensch, kein Tier, nur noch Leere.“

Neun Jahre war Claudia alt, als der Freund der Mutter sie zum erstenmal vergewaltigte. Während der folgenden zweieinhalb Jahre schlief er viele Nächte im Zimmer der Tochter und die Mutter nebenan.

Über 10000 Mal jährlich wird in der Bundesrepublik ein sexueller Mißbrauch von Kindern angezeigt, so die Statistik des Bundeskriminalamts. Michael Baumann, der dort darüber wissenschaftlich forscht, schätzt die Dunkelziffer um das Zwanzigfache höher. Zahlen, die von allen ▶

Experten anerkannt werden. Im Klartext heißt das: Jedes Jahr werden in der Bundesrepublik 200 000 bis 300 000 Kinder unter 14 Jahren sexuell ausgenutzt, mißbraucht, vergewaltigt. Nicht erst seit gestern.

Bis in die siebziger Jahre gab es bei uns nur Beruhigendes zu vermelden. Etwa einen Fall auf eine Million Einwohner pro Jahr konnten die wenigen Autoren feststellen, die sich überhaupt mit sexuellem Kindesmißbrauch oder gar Inzest befaßten. Im „gesunden Volksempfinden“ war der Sexualtäter – gestützt durch die psychiatrische Fachliteratur – eine Horrorphantasie. „Besonders Alkoholismus, Kriminalität und vorgeschrittenes Lebensalter ... bilden entscheidende Voraussetzungen, aber auch Schwachsinn und psychische Erkrankungen“, schrieb Gerhard Nissen, Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie, noch im 1976 erschienenen „Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie“. Erst die großen Untersuchungen von Finkelhor, Russell, Mrazek, Kinsey, Baker und Duncan, die Ende der siebziger und in den achtziger Jahren in den USA und England veröffentlicht wurden, konnten den Vorurteilen und Mythen, die sich seit Jahrzehnten um dieses Tabuthema gerankt hatten, etwas entgegensetzen.

Es blieb nicht zufällig der feministischen Frauenbewegung vorbehalten, den sexuellen Kindesmißbrauch zum Thema einer gesellschaftlich relevanten Diskussion zu machen. Ihr gelang es, die Legende vom abartigen, fremden Triebtäter zu entschleiern und die patriarchalischen Machtverhältnisse als Ursache dieser Legendenbildung auszumachen.

Sexueller Kindesmißbrauch, das belegen alle wissenschaftlichen Untersuchungen der letzten zehn Jahre, wird fast ausschließlich von Männern begangen. Die BKA-Statistik gibt den Anteil mit 98 Prozent in strafrechtsrelevanten Fällen an. Daß auch Frauen Kinder sexuell ausbeuten, will Ursula Enders von der Selbsthilfegruppe „Zartbitter“ nicht ausschließen: „Wenn wir die sogenannten sexuellen Übergriffe einrechnen, zum Beispiel sich in eindeutiger Absicht vor Kindern auszuziehen oder sie gegen ihren Willen abzuknutschen, auch in massiveren Formen, dann ist der Anteil der Frauen doch größer.“ Doch selbst bei einer weiten Auslegung, was unter sexuellem Kindesmißbrauch zu verstehen ist, liegt in allen Untersuchungen der Anteil der Männer über 90 Prozent.

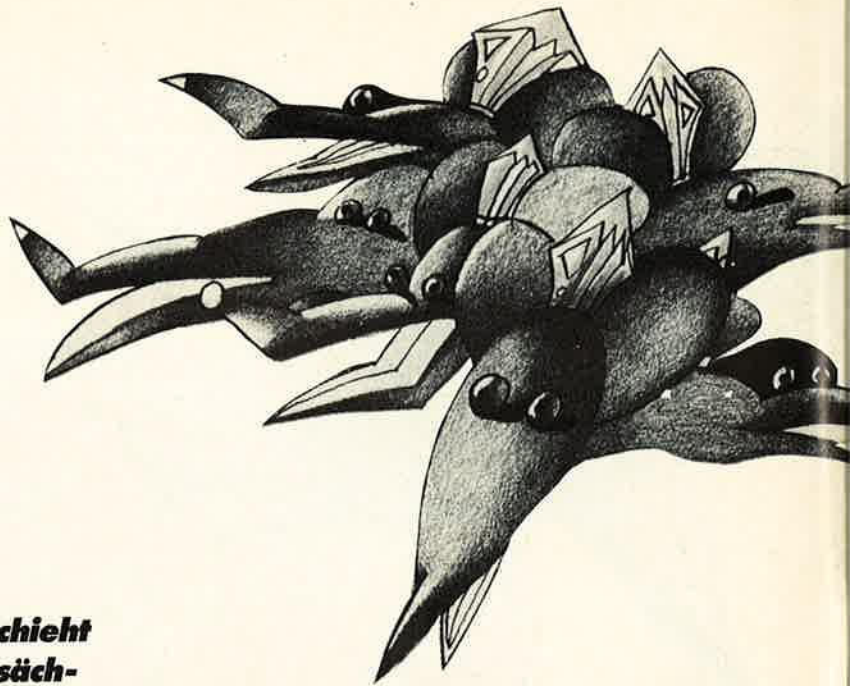
Es geschieht hauptsächlich in den Familien, auch den „besten“. Täter sind Hochschulprofessoren, Moralthologen und arbeitslose Ungelernte

In den meisten Fällen – ebenfalls über 90 Prozent – waren die Mißbraucher den Kindern vor der Tat bekannt, zu etwa einem Drittel waren es sogar die eigenen Väter, zu einem hohen Prozentsatz Stiefväter, Partner der Mütter, Großväter, Onkel, Brüder. Außerhalb der Familie waren es besonders Bekannte, die eine Autoritätsstellung gegenüber dem Kind hatten und Nachbarn.

Weshalb sich dennoch das Bild vom fremden, bösen Mann als Sexualtäter solange halten konnte, liegt auf der Hand. Zweifelsohne wird ein fremder Täter, der zudem noch der Unterschicht angehört, eher angezeigt. Und so verschleierten die Statistiken, die nur die angezeigten Fälle oder gar nur solche, bei denen es zu einer Verurteilung kam, aufzählten, das Hauptfeld des sexuellen Kindesmißbrauchs. Er geschieht hauptsächlich in den Familien, auch in den „besten“. Erwiesenermaßen kommen Mißbraucher aus allen sozialen Schichten, der Hochschulprofessor und der Moralthologe gehören genauso dazu wie der arbeitslose Ungelernte.

Und die Mißbrauchshandlungen geschehen in aller Regel nicht einmalig, noch aus einem spontanen Affekt oder einer „Alkohollaune“ heraus. Insbesondere im innerfamiliären Bereich steigern sie sich meist über Monate und Jahre hinaus.

In einer Gesellschaft, die sich das Ideal verklemmter, christ-katholischer Moral auf die Fahnen geschrieben hat, fallen Familien, in denen sexueller Mißbrauch stattfindet, nicht



auf. Im Gegenteil. Der „Freiraum Familie“ ist durch die herrschende konservativ-bürgerliche Ideologie unantastbar, wie noch 1982 die Aktion Kinderschutz erfahren mußte: Deren Eingabe, Gewalt gegen Kinder gesetzlich zu verbieten, wurde vom Petitionsausschuß des Bundestags abgelehnt. Mit der Begründung, „daß die herrschende Meinung in Rechtsprechung und Schrifttum ein Recht der Eltern zur körperlichen Züchtigung des Kindes kraft Gewohnheitsrecht anerkennt.“ Gerade die fast uneingeschränkte Verfügungsgewalt der Eltern und vor allem der Väter über ihre Kinder eröffnet die Möglichkeiten des sexuellen Mißbrauchs. Bereits 1981 hatte J. Peters in einer rechtsmedizinischen Beurteilung dieses Delikts festgestellt: Ein blutschänderischer Vater sei im übrigen nicht selten überrascht, wenn er erfahre, daß sein Verhalten strafbar sei, denn er glaube, sexueller Zugang zu seinen Kindern sei sein gutes Recht.

Der „Freiraum Familie“ ermöglicht dem Mißbraucher, seine besondere Vertrauens- und Autoritätsstellung gegenüber dem Kind, aber auch dessen berechtigtes Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Zuwendung grenzenlos auszunutzen, um es in die Rolle des Sexualobjekts zu zwingen. Gerade wo Sexualität tabuisiert, Selbstbefriedigung verboten ist, wo die Eltern streng religiös und autoritär auftreten und ein rigides Moral- und Wertesystem verfechten, ist das Risiko der sexuellen Ausbeutung des Kindes besonders hoch. Nur scheinbar ein Widerspruch, denn das aufgebaute rigide Wertesystem schottet die Familie nach außen ab, bildet für das Kind eine kaum zu überwindende Mauer, zumal dem Erwachsenen oft alle Mittel – von der Schuldzuweisung bis zur massiven körperlichen Gewaltanwendung – recht sind, um das Abhängigkeitsverhältnis zu erhalten.

„Viele, die sich bei uns anmelden, tragen es schon jahrelang mit sich rum, aber einige fangen gerade erst an zu



Emotionale und Verhaltensreaktionen auf sexuellen Mißbrauch

(Zusammenstellung der Beratungsstelle für sexuell mißbrauchte Kinder [PAAR] in Pittsburgh, PA, USA 1984)

ahnen, daß sie früher einmal Mißbrauch am eigenen Körper erlitten haben“, berichtet Stefanie Huneke, die sich in der Essener Beratungsstelle der Arbeiterwohlfahrt um die Frauen-Selbsthilfegruppen kümmert. „Ungeheure Angst- und Schuldgefühle, tiefes Mißtrauen gegenüber allem und jeden, verbunden mit dem Gefühl, völlig wertlos zu sein, bleiben zurück, auch nach vorangegangenen Therapien.“ beschreibt Huneke die Folgen des sexuellen Mißbrauchs für die Betroffenen. Und der in der Familie hinterläßt die tiefsten Narben.

Die Folgen des Mißbrauchs in der Familie sind nicht nur deshalb so schwerwiegend, weil der Mißbraucher zugleich – oftmals immer noch geliebte – Bezugsperson des Opfers ist. Man darf die Augen nicht davor verschließen, daß immer beide Elternteile, wenn auch sehr verschieden, ihre Verantwortung gegenüber dem Kind verletzt haben: Keiner hat es vor dem Mißbrauch geschützt. In den Augen des Kindes ist es beispielsweise egal, ob die Mutter von dem Mißbrauch durch den Vater wirklich gewußt hat oder nicht. Daß es Müttern schwerfällt, sich auf die Seite ihres Kindes zu stellen, wundert kaum. Ursula Enders von der Selbsthilfegruppe „Zartbitter“: Meist haben die Frauen viel zuviel Angst vor dem eigenen Mann und stehen in einem sehr großen sozialen Abhängigkeitsverhältnis.“

Für die Schwere der Folgen des sexuellen Mißbrauchs hat Tilman Furniss von der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik in London einen Kriterienkatalog erarbeitet. Die schwersten psychischen Störungen zeigen danach kleine Mädchen, die schon im frühen Alter von ihrem Vater unter Androhung von Gewalt mißbraucht werden und die niemanden haben, bei dem sie Schutz und Vertrauen finden können. Kurz: Je steiler das Machtgefälle, desto schwerwiegender die Folgen.

Auch wenn Mißbrauchshandlungen in der Regel nicht durch körperliche Spuren auffallen, weil „nur“ 20 bis 40 Prozent der Fälle mit körperlicher Gewalt einhergehen, ist eine Unterscheidung zwischen gewaltsamen und nicht-gewaltsamen Mißbrauchsdelikten akademisch. Eine Trennung, die im öffentlichen Urteil jedoch häufig genug vor-

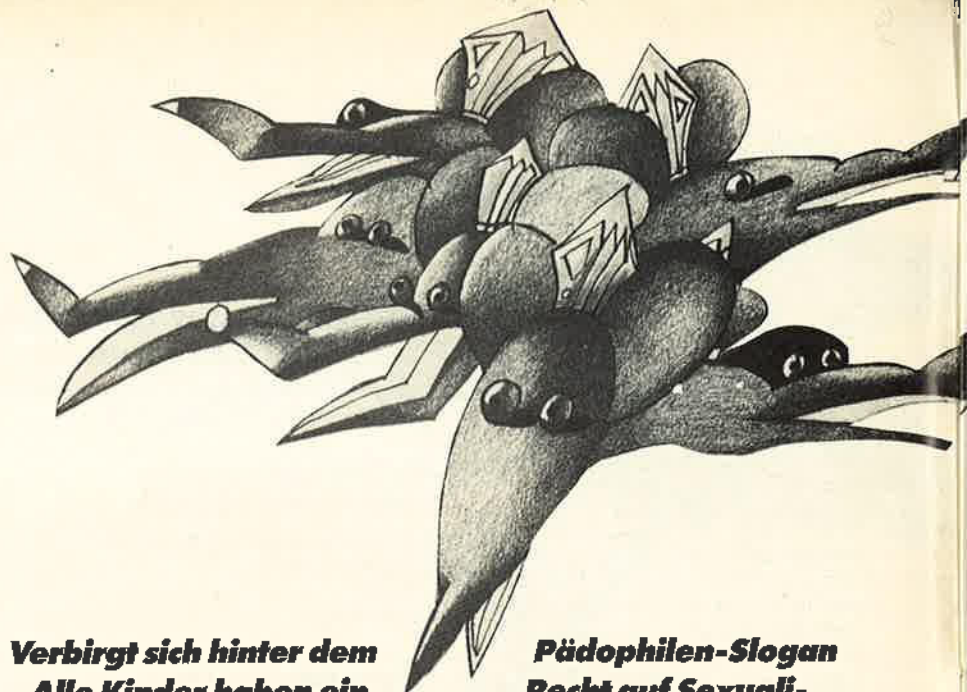
Gefühlsebene	Verhaltensebene
Frühe Kindheit (bis 3 Jahre)	
Angenehme und unangenehme Empfindungen	Schlaf-, Essensstörungen, Tendenz zu Verhaltensextremen
Angst	Angst vor Fremden, Rückzug
Verwirrung	Altersunangemessenes, sexuelles Spielen
Vorschulalter (3–6 Jahre)	
Angenehme und unangenehme Empfindungen	Regressives Verhalten: Babysprache, Einnässen
Verwirrung	Daumenlutschen, Festklammern
Angst	Rückzug
Scham	Schlafstörungen (Alpträume)
Schuldgefühle	Aggressives Verhalten
Wut	Willfähiges Verhalten
Gefühl der Schutz- und Hilflosigkeit	Häufiges und andauerndes sexuelles Spielen
Angst, beschädigt und verdorben zu sein	Öffentliches und andauerndes Masturbieren
Schulalter (6–9 Jahre)	
Ambivalente Gefühle Erwachsenen gegenüber	Sozialer Rückzug
Verwirrung über die Geschlechterrollenverteilung und Rollenverteilung innerhalb der Familie	Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schlaf- und Essensstörungen, Aggressives Verhalten
Angst, Scham	Plötzliches unerklärliches Schulversagen
Schuldgefühle	Probleme, Grenzen einzuhalten
Unruhe und Unsicherheit	Willfährigkeit
Wut	Zwangshandlungen wie exzessives Baden, Waschen
Angst, beschmutzt und beschädigt zu sein	Sexuelles Ausagieren mit Gleichaltrigen und jüngeren Kindern
Mißtrauen	Sexuell provozierendes Verhalten
	Keine adäquaten sozialen Beziehungen mit Gleichaltrigen
Schulalter (9–13 Jahre)	
Ambivalente Gefühle Erwachsenen gegenüber	Sozialer Rückzug, Keine adäquaten sozialen Beziehungen mit Gleichaltrigen
Wut, Angst, Scham	Schuleschwänzen
Schuldgefühle	Manipulatives Verhalten anderen gegenüber
Depression	Sexueller Mißbrauch von jüngeren Kindern
Angst, beschädigt zu sein	Promiskuitäres Verhalten
Gefühl der Inkompetenz	
Mißtrauen, Selbstmordgedanken	
Adoleszenz (13–18 Jahre)	
Wut, Scham	Selbstdestruktives Verhalten, Drogenkonsum
Schuldgefühle	Von zu Hause weglaufen
Sich betrogen fühlen, Mißtrauen	Aggressives Verhalten, Ausbeuten anderer
Ambivalente Gefühle Erwachsenen gegenüber	Übernehmen der Rolle als Opfer
Konflikte bezüglich Sexualität, Geschlechterrolle und Rollenverteilung innerhalb der Familie	Vermeiden von körperlicher und emotionaler Intimität
Gefühle, beschädigt und schmutzig und verdorben zu sein, Selbstmordgedanken	Promiskuitäres Verhalten
	Selbstmordversuche

handen ist. „In manchen Fällen ist das Kind aber sogar mit dem sexuellen Kontakt einverstanden... erleben Kinder Sexualstraftaten, die ohne Gewalt einwirkung oder Drohung verlaufen, oft als nicht wesentlich“, so eine erst im November 1987 herausgekommene Aufklärungsschrift der Polizei.

Solche und ähnliche Aussagen sprechen den Tatsachen Hohn, öffnen den Schuldzuweisungen Tür und Tor und reichen einer Pädophilen-Bewegung die Hand, die unter dem Slogan „Alle Kinder haben ein Recht auf Sexualität“ nichts anderes verbirgt als den Machtanspruch „Jeder Erwachsene hat das Recht auf Sexualität mit Kindern.“ Im Sexualbereich kann es beim Machtgefälle zwischen Erwachsenen und Kindern, das zwischen Vater und kleinem Mädchen am größten ist, keine Freiwilligkeit geben. Denn wo strukturbedingte, gar familiäre Abhängigkeit und ein nicht einmal annähernd ähnlicher Informationsstand bezüglich der emotionalen und sozialen Tragweite einer sexuellen Beziehung besteht, wird der Begriff „Entscheidungsfreiheit“ zur Farce.

Daß ein Machtgefälle zwischen Erwachsenen und Kindern besteht, weiß auch Martin Dannecker. Was den fortschrittlichen Sexualwissenschaftler nicht daran hindert, den Mißbrauch zu bagatellisieren, um seine Zweifel am Sinn einer Strafbewehrung der Pädosexualität zu untermauern. Strukturelle Gewalt und Verletzung des sexuellen Selbstbestimmungsrechts des Kindes werden von ihm zur bloßen Möglichkeit reduziert und als ohnehin unbedeutend hingestellt: „Gemessen an der Wirklichkeit anderer Sexualitäten sind das jedoch nur quantitative Differenzen.“ Auch in der Ehe werde das sexuelle Selbstbestimmungsrecht der Frau nicht selten in rüder Weise verletzt, so Dannecker. So endet falsch verstandener Liberalismus, der sich den Minderheitenschutz auf seine Fahnen geschrieben hat: Die Opfer und ihre Leiden werden gegeneinander ausgespielt. Daß sowohl Kindesmißbrauch und Mißachtung des sexuellen Selbstbestimmungsrechts der Frau zwei Seiten einer Medaille, kurz, die Folge einer patriarchalisch strukturierten Gesellschaft sind, ist wohl eine zu unbequeme Erkenntnis für den männlichen Wissenschaftler.

80 Prozent der mißbrauchten Kinder sind Mädchen, zumeist im Alter zwischen sechs und zwölf Jahren. Allerdings weist der Amerikanische Psychologe Carl Marquit darauf hin, daß Jungen in größerem Ausmaß als bisher vermutet zu Mißbrauchsoptionen werden, meist von Männern. Helga Saller, die im Deutschen Kinderschutzbund bei Beratung und Therapie sexuell ausgebeuteter Kinder und deren Familien



Verbirgt sich hinter dem „Alle Kinder haben ein Recht auf Sexualität“ nicht vielmehr der Machtanspruch auf Kinder?

**Pädophilen-Slogan
Recht auf Sexualität**

mitarbeitet, sieht dies ähnlich. „Betroffene Jungen haben noch größere Schwierigkeiten, sich Hilfe zu holen als Mädchen“, so Saller, da die Opferrolle nicht den gesellschaftlichen Ansprüchen an das Männlichkeitsideal entspricht. Und Carl Marquit geht noch weiter: „Werden sie später nicht selbst zu Tätern, werden sie mit ihren Erfahrungen nicht zur Kenntnis genommen.“

Tatsächlich stimmen Erfahrungsberichte und die gezielte wissenschaftliche Forschung der letzten Jahre darin überein, daß ein enormer Prozentsatz der Täter in ihrer Kindheit sexuellen Angriffen ausgesetzt war. Die Schweizer Psychotherapeutin Alice Miller vertritt sogar die Auffassung, daß ohne Ausnahme jeder Mensch, der seine Kinder mißhandle, als Kind selber mißhandelt worden sei. „Denn ein Mensch, der als Kind in der Zeit seiner Wehrlosigkeit respektiert, geschützt und aufrichtig behandelt wurde, wird diese Erfahrung gespeichert haben und niemals unter dem Zwang stehen, Schwächere zu verletzen.“

Täterarbeit also der beste Weg zur Vermeidung des Mißbrauchs? Der Verein zur Prävention von sexuellem Mißbrauch an Mädchen und Jungen in Bielefeld hält die Therapie von Tätern zwar für notwendig, aber nicht für sein zentrales Anliegen. Machtstrukturen seien kaum zu verändern, so der Verein, indem man diejenigen, die am längeren Hebel saßen, nämlich die Männer, durch Aufklärung bäte, ihre Machtpositionen aufzugeben. Im Mittelpunkt der Arbeit stehen in Bielefeld die potentiellen Opfer, Mädchen und Jungen, letztere auch unter dem Aspekt, eine Entwicklung zum Mißbraucher zu verhindern. In den Kursen sollen die Kinder lernen, sich gegen Mißbrauch zur Wehr zu setzen, und, falls das nichts nützt, sich anderen Menschen anzuvertrauen. Außerdem will der Verein die Öffentlichkeit sensibler für die Probleme des sexuellen

Kindesmißbrauchs machen, damit sie die Betroffenen besser schützen kann.

Das tut bitter not, denn gerade diejenigen, die von der Gesellschaft den Auftrag haben, die Opfer von Gewaltdelikten zu unterstützen, versagen zumeist jämmerlich, wie die Rechtsmedizinerin Elisabeth Trube-Becker konstatiert: „Es ist eigentümlich, mit welcher Diskretion Ermittlungsbehörden und sogar die Gerichte gerade den Inzest behandeln. Entweder man glaubt dem Mädchen nicht, stellt es als Lügnerin dar, oder mißt dem Geschehen keine Bedeutung bei.“ So schlimm es ist, eigentümlich ist ein solches Verhalten kaum. Die Verteidigungsstrategien bei Vergewaltigungsprozessen folgen dem gleichen Strickmuster. Und sollte es bei Mädchen anders sein, nur weil Forschungsergebnisse aus der Gerichtspsychologie belegen, daß Kinder nur äußerst selten lügen? Schließlich kratzen beide Fälle an der männlichen Vormachtstellung. Nur daß das Machtgefälle zwischen Mißbraucher und mißbrauchtem Kind noch krasser ist, als das zwischen Vergewaltiger und mißbrauchter Frau.

Es sind nicht nur Ermittlungsbehörden und Gerichte, die die nötige Unterstützung für Mißbrauchsoptionen vermissen lassen. Auch die Ärzteschaft kommt bei Trube-Becker schlecht weg: „Ärzte glauben kaum an solche Möglichkeiten.“ Da der sexuelle Mißbrauch nur selten eindeutige körperliche Symptome hinterläßt, wäre eine aufwendige Diagnostik psychosomatischer und psychischer Probleme gefordert. Doch darin sind die Gralhüter der Gesundheit nicht nur ungeübt, es gilt auch als dem Geschäft abträglich. Entsprechend kommt eine 1985 durchgeführte Untersuchung aus den USA zu dem Ergebnis, daß aus Sicht der Opfer die Ärzte mit Abstand als einzige Berufsgruppe nicht hilfreich erlebt wurde.

„Leider ist mein Vater einer von den Perversen gewesen und hat die Hyste-

rie meines Bruders (dessen Zustände sämtlich Identifizierung sind) und einiger jüngerer Schwestern verschuldet. Die Häufigkeit dieses Verhältnisses macht mich oft bedenklich.“ Kaum jemand hat so entscheidenden Einfluß auf die Entwicklung der Psychiatrie gehabt wie Sigmund Freud, der diese Zeilen im Februar 1897, kurz vor dem Tode seines Vaters, an seinen Freund Ludwig Fließ schrieb. Zuvor hatte er in seiner Schrift zur „Ätiologie der Hysterie“ aufgezeichnet, daß alle seine Patientinnen und Patienten berichten, als Kind sexuell mißbraucht worden zu sein. Noch im gleichen Jahr, aber nach des Vaters Tod, verleugnete Freud in einem weiteren Brief an Fließ sein Wissen über die Rolle von Mißbrauch und Mißhandlung an der Entstehung von Neurosen. Es liegt nahe, wie es Freud-Experten deuten, daß seine Familiengeschichte ihn zur Abkehr von der Wahrheit bewegte. Darüber hinaus, so die Psychotherapeutin Alice Miller, wäre es „Freud trotz der persönlichen Lebensgeschichte möglich gewesen, seiner Entdeckung treu zu bleiben, wenn die Gesellschaft als Ganzes nicht so kinderfeindlich gewesen wäre.“

Verständnis für Freud? Aber wir sind fast ein Jahrhundert weiter. Müssen wir heute noch akzeptieren, daß ganze Heerscharen von Psychiatern und psychologisch verbildeten Helfern die Vertuschung fortsetzen und den Mißbrauchsoffern, die sich hilfsuchend an sie wenden, unterstellen, sie hätten die Geschichten nur erfunden, um ihre inzestuösen Wunschphantasien zu verdecken?

„Die wichtigste Voraussetzung für den Umgang mit der Problematik ist das Erkennenwollen“, meint Helga Saller, und warnt gerade die engagierten Helfer vor Denkverboten vor dem „Messer im Kopf“. Gefordert ist hier die Aufmerksamkeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Schulen, Kindergärten und Tagesstätten. Haben sie doch oft als einzige die Möglichkeit, außerhalb der Familie auf Kinder einzugehen und sie ernst zu nehmen. Gefordert sind auch die Ärztinnen und Ärzte: Ob es Mädchen oder Jungen sind, oder Säuglinge und Kleinkinder, die nicht selten mit Verletzungen, starken Dehnungen, Blutungen, Ausfluß oder wiederholten Infektionen im Genital- oder Analbereich, begleitet mit den abenteuerlichsten Begründungen, dem Arzt vorgestellt werden, hier sollten wirklich alle Warnlampen aufleuchten. Auch dann, wenn „unerklärliche Probleme“ im Verhalten der Kinder auffallen (siehe Tabelle auf Seite 13).

„Glauben, trösten und schützen sind die Formeln für den Notfall“, sagt Ursula Enders. Aufklären, stärken, verhindern ist angesagt, um den Teufelskreis zu durchbrechen. □

Keine zu frühe Konfrontation

Ursula Enders hat die Expertise zum Thema ‚sexueller Kindesmißbrauch‘ für den Jugendbericht 1988 des Landes Nordrhein-Westfalen erarbeitet, der im Herbst erscheinen soll. Sie arbeitet in Köln für die Selbsthilfeorganisation „Zartbitter“, die gegründet wurde von Mitarbeiterinnen aus unterschiedlichen Institutionen. Seit Jahren erarbeiten sie gemeinsam Konzepte für die Arbeit mit sexuell mißbrauchten Mädchen und Jungen, Frauen und Männern, ihren Kontakt und Vertrauenspersonen.



dg: Wie gehen Sie konkret vor, wenn ein Mißbrauchsfall gemeldet wird?

Enders: Vor einigen Wochen meldete sich beispielsweise ein Erzieher aus einer Kindertagesstätte. Er berichtete uns, daß er kürzlich mit einer Fünfjährigen nach der Mittagspause Decken zusammengeklappt hätte. Dabei erzählte das Kind, daß sie mit ihrem Vater immer unter die Decke müsse, dieser aber vorher immer die Gardinen zuzöge, damit die Nachbarn nichts merken. Er käme sonst in den Knast, habe er gesagt. Eigentlich habe sie auch ihm das Geheimnis nicht erzählen dürfen. Der Erzieher hatte einen sehr guten Kontakt zu dem Kind, hat weiter mit ihr darüber gesprochen, und schließlich hat das Kind sogar die Vergewaltigungsszenen nachgespielt, hat erzählt: „Der ist dann so groß, das tut so weh“ oder: „Manchmal lacht der Pimmel von Papa, manchmal weint er“ und: „Papa hat gesagt, wenn es weh tut, hört er auf, aber er hat nicht aufgehört.“ Das Mädchen war nach den eigenen Erzählungen sehr erschrocken, da sie ja sein ‚Geheimnis‘ gebrochen hatte. Der Erzieher konnte das Kind beruhigen, indem er erklärte, daß sie nun beide ein Geheimnis hätten. Er kam dann zu uns mit der Frage, was er tun solle. Er hatte schon beim Jugendamt angerufen, die sofort den Namen der Familie wissen wollten, was ihm Angst machte, so daß er erst mal keine Meldung machte.

dg: Im Kindergarten waren alle wahrscheinlich sehr unsicher.

Enders: Genau, in langen Gesprächen haben wir zunächst die Ängste der Mitarbeiterinnen besprochen. Sie hatten Sorge, zu aktiv zu werden, sahen den Vater schon im Knast, hatten aber auch Angst, nichts zu tun und den Mißbrauch unter den Teppich zu kehren. Mit den Erziehern haben wir dann Einheiten erarbeitet, wie sie mit der ganzen Kindergruppe über bestimmte Themen reden könnten: ‚angenehme und unangenehme Berührungen‘, ‚gute und schlechte Geheimnisse‘ oder Lernziele wie ‚Mein Körper gehört mir‘. Das betroffene Kind bekam so in der Gruppe die Botschaft vermittelt, daß es darüber sprechen und sich wehren darf. Sie hat dann auch immer mehr erzählt, so daß wir letztendlich eindeutige Aussagen und Beweise hatten. Wir sind zwischendurch immer wieder in die Tagesstätte gefahren, haben die Betreuer beraten, versucht, die nötige Ruhe in die Arbeit zu bringen, denn wenn überstürzt gehandelt wird und die Vertrauenspersonen des Kindes zuletzt doch nicht bei ihrer Aussage bleiben können, wird die ganze Familie den Mißbrauch abstreiten, und das Kind bleibt in der Isolation.

dg: Haben denn im Kindergarten alle sofort dem Kind geglaubt und hinter ihm gestanden?

„Leider mußten wir mehrfach bei einer zu frühen Konfrontation des Täters und der Mutter böse Erfahrungen machen.“

Enders: Das war die anstrengendste Arbeit. Im Erzieherteam gab es sehr unterschiedliche Einschätzungen. Einige glaubten, daß man in die Intimsphäre der Eltern nicht eingreifen dürfe. Es gab Unsicherheiten, ob man den Mann anzeigen dürfe, wo doch das Kind den Vater so offensichtlich lieb hatte. Das Mädchen hatte sich aber in dem Erzieher eine gute Vertrauensperson gewählt. Der stand von Anfang an felsenfest hinter ihr, ließ keinen Zweifel an der Glaubwürdigkeit des Mädchens zu. Es war phantastisch, wie er mit der Fünfjährigen umging, ihr klarmachen konnte, daß so ein Geheimnis Bauchschmerzen macht, und sie überzeugen konnte, ihr Geheimnis einer weiteren Erzieherin anzuvertrauen. Gerade diese Mitarbeiterin hatte noch Zweifel, war dann aber auch überzeugt, daß dem Mädchen geholfen werden mußte.

dg: Jetzt mußte das aber doch offiziell werden.

Enders: Ich bin dann mit der Leiterin der Kindertagesstätte zum Jugendamt gegangen, und wir haben den Fall anonym vorgetragen. Der Abteilungsleiter hat sich darauf eingelassen, daß wir diese Anonymität längstens drei Monate aufrechterhalten. Die Mitarbeiter dieses Jugendamts hatten schon einmal an einer unserer Fortbildungen teilgenommen und kannten unsere Arbeitsweise.

dg: Warum anonym?

Enders: Wenn das Jugendamt „pflichtgemäß“ sofort in die Familie ginge und die Eltern mit dem Delikt konfrontieren würde, wäre das der größte Fehler. Der Vater würde den Mißbrauch abstreiten und vermutlich seine Tochter durch Drohungen doppelt zum Schweigen verpflichten. Leider mußten wir in mehreren Fällen bei einer zu frühen Konfrontation des Täters und der Mutter böse Erfahrungen machen. Eine Familie insgesamt oder auch den Täter zu konfrontieren, ehe die räumliche Trennung von Opfer und Täter und damit der Schutz des Opfers sichergestellt ist, ist der größte Fehler, den man in der Arbeit mit sexuellem Mißbrauch machen kann.

dg: Was waren denn Ihre nächsten Schritte?

Enders: Der Kindergarten hat mit einer Kollegin von mir einen Elternabend zum Thema „sexueller Mißbrauch“ veranstaltet, zu dem auch die Mutter des Mädchens kam. Gesprächsschwerpunkt des Abends war die Situation der Mütter – wie schwer es beispielsweise Müttern mißbrauchter Kinder fällt, zu glauben, daß so was der eigene Mann tut. Im Gespräch wurde deutlich, daß die Mütter in einem solchen Fall keinerlei Schuld trifft, und die Kollegin hat „Zartbitter“ als eine Kontaktstelle bekannt gemacht, die die Mütter auch vorbehaltlos unterstützt. Dem Vater ist es nach diesem Abend zu heiß unter den Füßen geworden. Er hat sich an seine Frau gewandt und sie um Rat gefragt, wie er sich gegenüber den sexuellen Attacken seiner Tochter zur Wehr setzen solle. Das fünfjährige Mädchen würde immer an ihm rumspielen, und er sei ganz erschrocken gewesen, weil er schon einmal einen Orgasmus dabei bekommen habe.

dg: Die typische Schuldzuweisung an das Kind.

Enders: Genau. Im Kindergarten beschwerte sich der Vater dann noch, daß sie zu Hause Krach wegen der Sexualaufklärung der Kinder bekommen hätten. Die Mutter ahnte aber etwas, hat sich einerseits an uns zur Beratung gewandt, hat andererseits ihrem Mann klar gesagt, daß sie sich sofort von ihm trennen würde, wenn er jemals das Kind mißbrauchen würde. Sie konnte sich zu diesem Zeitpunkt schon ganz parteiisch hinter die Tochter stellen. Gemeinsam mit dem Kindergarten haben wir dann im nächsten Schritt den Fall dem Jugendamt offen gemacht, dann auch die Eltern gemeinsam mit den Tatsachen konfrontiert. Jetzt konnte sich die Mutter klar für die Tochter entscheiden. Dennoch – erst im nachhinein spürte sie ihre eigenen Verletzungen. Sie braucht zur Zeit noch viel Unterstützung. Auch in diesem Fall arbeiten wir nach dem Grundsatz: Mutter und Tochter brauchen jeweils eine eigene Beraterin.

dg: Mußte das Mädchen therapeutisch nachbetreut werden?

Enders: Sie zeigt einiges an Folgeverhalten, sexualisiert beispielsweise ihre Beziehungen zu Männern. Dennoch wird sie wahrscheinlich keine gesonderte Therapie brauchen, weil der Kindergarten für die Problematik sehr sensibel ist, das mit dem Kind im Spiel verarbeitet. Wir werden die Mutter stützen müssen, damit sie dem Mädchen die Geborgenheit und Erziehung geben kann, die für die Normalisierung der Beziehung notwendig ist. Wir haben schon wiederholt die Erfahrung gemacht, daß die Kinder keine Therapie brauchen. Sie benötigen zu allererst, daß man ihnen glaubt und sie schützt. Sie brauchen Erwachsene, die sie ernst nehmen, die ihnen klare Grenzen zeigen, die ihnen aber auch ein Recht auf Selbstbestimmung geben. □

ud – Der Anspruch ist hoch, das Kleinunternehmertum schwierig. In der Fraktion Gesundheit ist der Anspruch besonders hoch und das Kleinunternehmertum besonders schwierig. Da müssen alle „gute Freunde“ sein, besonders aber die Helferinnen

Beate Müller ist Arzthelferin, beschäftigt bei einem Arzt aus der Fraktion Gesundheit, und sie ist stocksauer. „Da ist nichts als verlogenes Getue.“ Zusammen mit anderen Kolleginnen, die wie sie in der Gewerkschaft ÖTV organisiert sind, hat sie sich überlegt, was es ihnen nützt, bei einem sogenannten fortschrittlichen Arzt beschäftigt zu sein. „Es ist nicht anders. Die nennen sich bloß anders“, sagt eine von ihnen über diese Sorte von Arbeitgeber, die sich so alternativ dünkt.

Punkt eins: das Geld. Das Durchschnittsgehalt einer Arzthelferin im zehnten Berufsjahr liegt bei 2255 Mark. Einer Unverheirateten ohne Kinder bleiben nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung davon sage und schreibe 1451 Mark übrig. Kein Wunder, daß nach einer Umfrage des Berufsverbands für Arzthelferinnen 55 Prozent der Befragten angaben, mit ihrem Gehalt sei keine selbständige Lebensführung möglich. Kein Wunder, daß kaum eine überhaupt im zehnten Berufsjahr ankommt, sondern lieber aussteigt oder umschult. Auch die fortschrittlichen Berliner Ärzte müßten wissen, daß solch eine Bezahlung ein Skandal ist, aber ändern tut sich deshalb nichts. „In der Regel bekommen wir Tarif, aber einige Kolleginnen, die bei Mitgliedern der Fraktion Gesundheit sind, haben abgeänderte Verträge bekommen, die noch schlechter sind“, sagt Beate Müller.

Punkt zwei: die Arbeitszeit. Die Deutsche Angestellten Gewerkschaft in Nordrhein-Westfalen bezeichnete Arzthelferinnen kürzlich als „Mägde des Herrn“, die „unter katastrophalen Arbeitsbedingungen“ antreten müßten. Da ginge es oft „bis spät in die Nacht und an Wochenenden unbezahlt“. 30 bis 50 Stunden pro Woche, so ergab die Umfrage des Berufsverbands, müssen 29 Prozent der befragten Helferinnen im Schnitt arbeiten.

„Verlogenes Getue“

Wie linke Ärzte mit Arzthelferinnen umgehen

Was da gesondert anfällt, sind die Abrechnungen zum Quartalsende, aber auch der „Kleinkram“: Hemden bügeln, Parties arrangieren, Laufmädchen in der Pause spielen.

Anders bei den „Alternativen“? I wo: „Ach, das kannst du doch so gut; ach, mach doch noch eben schnell; ach, kannst du nicht heute mal?“ – gang und gäbe auch bei den Kollegen, mit denen die Arzthelferinnen vor der Niederlassung noch in einer Gewerkschaftsgruppe zusammensaßen.

Punkt drei: das Arbeitsklima. „Am Anfang ist das noch ganz nett, wenn man sich gegenseitig duzt, wenn der Umgangston lockerer ist und ein Vertrauensverhältnis herrscht“, gesteht Beate Müller ein, „aber es ist gar nicht so gut, weil man nämlich die Bitten nach diesem und jenem noch schlechter ablehnen kann.“ Öfter scheint da wohl das Stichwort von der „großen Familie“ zu fallen, die die Praxis sei. Es paßt tatsächlich: In den meisten Familien fährt den Mercedes ja auch der Vater, und der Rest kommt mit dem Fahrrad. Einige aus der Arbeitsgruppe der ÖTV ärgern sich, daß sie die Duzerei angefangen haben. „Das Vertrauensverhältnis wird einfach ausgebeutet.“

Punkt vier: die Kontrolle. Es ist in Berlin üblich, daß sich die Ärzte bei dem ehemaligen Arbeitgeber darüber informieren, was sie von einer Arzthel-

ferin halten, wenn sie sich um eine neue Stelle bewirbt. Das sei auch bei den Linken nicht anders, weiß Beate Müller aus eigener Erfahrung zu berichten. „Zwar ist die Mitgliedschaft in der ÖTV kein Hinderungsgrund, ganz im Gegenteil, damit schmückt man sich sogar gerne, aber nach Schwangerschaft wird auch gefragt, und der Telefonanruf beim alten Arbeitgeber ist eben ganz normal.“

Die Berliner Arzthelferinnen sind vergleichsweise gut organisiert, und deshalb machen sie auch etwas: eine Zeitung, Öffentlichkeitsaktionen, Veranstaltungen. Und von der Gewerkschaft bekommen sie sogar – ja, das muß man hier leider betonen – Unterstützung: Zusammen mit der ÖTV-Funktionärin für Gesundheitsversorgung versuchte man ein Jahr lang, ein Treffen mit Ärzten der Fraktion Gesundheit zu arrangieren. „Die sehen die Probleme überhaupt nicht, die lügen sich vor, daß bei ihnen alles gaaanz anders wäre“, schätzt Beate Müller das Gespräch im nachhinein ein. Mit den Fakten konfrontiert, hätten sich die Herren dann gewunden: Man habe ja so viel zu tun, man müsse erst einmal die Altlasten aufarbeiten, die der alte

Kammervorstand zurückgelassen habe, und so weiter und so fort.

Druck könne man wenig machen, befürchtet sie, und das bestätigt sich an ihrem Fall. Denn Beate Müller ist nicht Beate Müller, sondern Arzthelferin XX, XY und YZ. „Wir können unsere Namen nicht nennen, denn wir sind auf die angewiesen. Die telefonieren ja untereinander, da bekommt man ein Kreuz auf die Stirn, aber keinen Job mehr. Es wäre für uns existenzbedrohend.“

„Ich bin der Auffassung, daß wir es uns als Demokraten einfach nicht leisten können, die Mit- und Zuarbeit anderer Berufsgruppen so gering zu werten, wie es in dem für mich über-schaubaren Bereich täglich passiert“, hat die Vorsitzende der Abteilung Gesundheitsversorgung in der Berliner ÖTV, Ingeborg Simon, es in einem Schreiben an den Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte formuliert, in dem sie das Verhalten der werteten Kollegen als „mieses Unternehmerrge-baren“ beschrieb. Dem ist nichts hinzuzufügen. □

Kannst Du nicht heute abend noch ein Stündchen länger?



Nicht nur zur Urlaubszeit werfen frankophile Deutsche einen Blick über die Grenze: Gibt es da noch real existierende Alternativmedizin? Deutlicher als in der Bundesrepublik markiert die Veränderung der politischen Landschaft in Frankreich auch eine Umorientierung der Intellektuellen: Sartre, Beauvoir und Foucault sind „aus der Mode“, rechtes Leistungsbewußtsein hat Aufwind. Im Gesundheitswesen aber hält sich noch eine kleine einfallsreiche Gruppe von Sozialarbeitern, Ärzten und Psychologen, die sich das kritische Denken nicht abgewöhnt haben: die École Dispersé de Santé (siehe auch dg 9/87).

Vom 21. bis 23. Mai fand das zweite internationale Treffen der École auf der Insel Frioul bei Marseille statt. 78 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Frankreich, Belgien, Italien, der Bundesrepublik, Griechenland, Israel und der Schweiz diskutierten in der angenehmen Atmosphäre des Zentrums Leo Lagrange theoretische Vorstellungen und praktische Erfahrungen der (Alternativ-)Medizin. Jean Carpentiers Thesenpapier trug den Titel „Die Instrumente der Medizin – die Medizin als Instrument“. Es ging darin um die Fragen: Wozu wird Medizin im Umgang mit der Problematik Krankheit instrumentalisiert? Enthält die Anwendung von Instrumenten (Technik) in der Medizin eine (verborgene, abzulehnende) Hierarchie? Welche Rolle kommt dem Instrument Therapeut oder Therapeutin zu? Wie wollen wir diese Rolle verändern?

In der lebhaften Diskussion zum Thema „Medizin und Wissenschaft“ standen sich eine Mehrheit vor allem von jüngeren Teilnehmern und eine Minderheit der „alten 68er“ gegenüber. Die „Nach-68er“ vertraten eine vehement antiwissenschaftliche Linie und propagierten teilweise anthroposophische und andere nicht-schulmedizinische Heilmethoden. Die ältere Minderheit wandte ein, daß an dieser Unwissenschaftlichkeit das medizinische System krankte. Fortschritt sei in erster Linie durch objektivierende Forschung zu erlangen. Wie schnell sich die Auffassungen ändern können, wurde an dem Beispiel der alten Forderung nach mehr Ärzten gezeigt, die sich innerhalb

Beate Schücking ist Allgemeinärztin und lebt in Marburg

Klein, aber fein

Tagung der École Dispersé de Santé

**Rechtes Leistungs-
bewußtsein hat in
Frankreich Konjunktur.
Doch im Gesundheits-
wesen trotz eine
kleine Sonderblüte
dem Zeitgeist**

**Ein Tagungsbericht von
Beate Schücking**

von 20 Jahren in die – weniger laut ausgesprochene – Erkenntnis gewandelt hat, daß nur eine sinkende Zahl von Spezialisten der Medikalisation der Gesellschaft Einhalt gebieten kann.

Als lebendig und spannend empfanden die Teilnehmer auch die Diskussion über Perspektiven der Allgemeinmedizin, in der unterschiedliche Arbeitserfahrungen zusammengetragen wurden. Das Team des „Medizinischen Hauses“ aus Tournai in Belgien, das 15 Mitarbeiter, Ärzte und andere Therapeuten umfaßt, berichtete von den Bemühungen, den Abstand zwischen Patienten und „Gesundheitsprofis“ möglichst klein zu halten. Zum Beispiel führt die Praxis nur in Ausnahmefällen eigene Akten. In der Regel erhalten die Patienten alle ihre Unterlagen und Befunde und verwahren sie zu Hause. Ein ungewöhnliches und von seiner Absicht her einleuchtendes Vorgehen, das sich in Tournai seit 15 Jahren bewährt.

Andere Erfahrungen aus der französischen Szene: Gesundheitszentren – staatliche Einrichtungen, die die medizinische Versorgung vor allem der sozial Schwächeren sicherstellen sollen – sind vielerorts in den Händen von Alternativmedizinern, da sich hier eine Möglichkeit zu kollektivem Arbeiten bietet. Aus Clichy und aus La Ciotat wurde berichtet, daß die dortigen Gesundheitszentren günstige Voraussetzungen bieten, Basismedizin und Prävention miteinander zu verbinden – was in der freien Praxis meist scheitert.

Ziel des nicht nur ärztlichen Handelns soll sein, Krankheit nicht auszurotten, sondern zu verstehen, Verständnis herzustellen über die Zusammenhänge eines individuellen Lebens, der Krankheit und der Gesellschaft, und im Einzelfall so eine Heilung zu ermöglichen. Oder aber den Patienten in seiner Krankheit zu begleiten. Auch wenn dieses Ziel, von der École Dispersé de Santé eingestanden, nicht vollständig zu erreichen sein wird, für Jean Carpentier verdeutlicht es seine Methode, die Gesellschaft zu verändern.

Kontaktadresse in der Bundesrepublik: Beate Schücking, Schückingstr. 4, 3550 Marburg



Ziele der „Gesundheit für alle“: Implikationen für das Pflege-/Hebammenwesen

Im letzten Heft brachte dg einen Bericht über den ersten „paneuropäischen Pflege-Kongreß“ der Weltgesundheitsorganisation WHO, der im Juni diesen Jahres in Wien stattfand. Grundlage der Diskussion war unter anderem ein Papier des Regionalbüros für Europa der WHO, das wir gekürzt dokumentieren.

Einführung

Warum sollten Sie sich für das Ziel der „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ interessieren, das von der Weltgesundheitsorganisation aufgestellt worden ist? Was haben die 38 Regionalziele der „Gesundheit für alle“ Krankenschwestern und Hebammen zu sagen? Die Ziele bieten Ihnen die Chance, Ihre althergebrachten Ziele auf neue, unabhängige Weise zu erreichen, und zwar in enger Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen und den mit der Gesundheit beschäftigten Gruppen. Durch Ihre Arbeit für die „Gesundheit für alle“ können Sie aber auch gleichzeitig Ihre eigene Zukunft gestalten. Ihr Berufsleben wird sich in jeder Beziehung ändern, was schon bei der Definition von Gesundheit anfängt.

In der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WGO) wird Gesundheit definiert als „ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“, und dabei handelt es sich um „eines der Grundrechte jedes Menschen“. Die WGO hat sich das Ziel gesetzt, daß „alle Menschen der Welt bis zum Jahr 2000 ein Gesundheitsniveau erreichen, das es ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen.“ Die primäre Gesundheitsversorgung unter Einbeziehung der Öffentlichkeit stellt den Schlüssel zu diesem Ziel dar.

Auf den Sitzungen des Regionalkomitees für Europa billigten die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WGO die „Gesundheit für alle“ als ihre erste gemeinsame Gesundheitspolitik und verabschiedeten 38 Regionalziele, in denen beschrieben wird, welche Schritte zur Verbesserung der Gesundheit und zur Lösung von gesundheitsbezogenen Problemen sie als Minimum unternehmen müssen. Die Mitgliedstaaten einigten sich auch darauf, ihre Fortschritte zu überwachen und dem Regionalkomitee regelmäßig darüber zu berichten.

Die „Gesundheit für alle“ stützt sich auf verschiedene Grundvoraussetzungen. Ohne Frieden und soziale Gerechtigkeit, ohne genug Nahrung und sauberes Wasser, ohne vernünftige Erziehung, anständige Wohnverhältnisse und eine nützliche Rolle in der Gesellschaft sowie ein angemessenes Einkommen für jeden Menschen, kann es für die Völker keine Gesundheit, kein wirkliches Wachstum und keine gesellschaftliche Entwicklung geben. Die Ziele beschäftigen sich fast mit allen diesen Grunderfordernissen. Sie wurden gebilligt, weil die Menschen trotz des vielen dafür ausgegebenen Geldes und der erreichten gesundheitlichen Fortschritte nicht so gesund sind, wie sie es sein könnten. Trotz des ganz allgemein recht hohen Entwicklungsstands der Region existiert also noch immer ein besorgniserregendes gesundheitliches Gefälle. Beispielsweise klagt in der Lebens-

erwartung in den extremsten Fällen ein Unterschied von 20 Jahren, und die Kindersterblichkeit der Region reicht von weniger als 7 bis zu mehr als 100 pro 1000 Lebendgeburten.

Die Ziele zeigen, welche Verbesserungen zu erwarten wären, wenn aller bereits vorhandener Wille, alles Wissen, alle Ressourcen und technologischen Möglichkeiten vereint für dieses gemeinsame Ziel eingesetzt würden. Die Regionalziele sollten den Mitgliedstaaten helfen, ihre eigenen Prioritäten und Ziele festzulegen.

Sechs Themenkreise der Ziele

Die Ziele durchziehen sechs Grundthemen. Erstens impliziert die „Gesundheit für alle“ die Gleichheit, so daß das gegenwärtige gesundheitliche Gefälle zwischen den Ländern und innerhalb der einzelnen Länder so weit wie möglich abgebaut werden könnte.

Wenn die Menschen gesund sind, dann können sie auch ihre psychischen, geistigen und emotionalen Fähigkeiten mobilisieren und in diesem Sinne dann ihre eigene Gesundheit fördern. Das Schwergewicht der Gesundheitsversorgung muß auf der Förderung der Gesundheit und auf der Prävention von Krankheit liegen.

Die „Gesundheit für alle“ wird durch die Menschen selbst geschaffen. Eine gut informierte, gut motivierte und aktiv mitarbeitende Öffentlichkeit ist unabdingbar für die Erreichung des gemeinsamen Zieles.

I. Bis zum Jahr 2000 „Gesundheit für alle“ in Europa

Ziel 1–12

Die ersten 12 Ziele beschreiben die grundlegenden gesundheitlichen Erfordernisse, zu deren Erfüllung die Arbeit der Krankenschwestern und Hebammen beitragen kann. Erreicht sein sollen diese Ziele im Jahr 2000. Als erstes muß die gesundheitliche Chancengleichheit gesichert werden, indem das Gesundheitsgefälle zwischen den Geschlechtern, den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Gruppierungen und den einzelnen Ländern verringert wird (Ziel 1). Erforderlich ist außerdem die Stärkung der Gesundheit. Diese Ziele lassen sich auf dreierlei Weise verwirklichen.

Die Ziele 2 und 3 haben den Inhalt *Das Leben lebenswerter machen* durch Gewährleistung der vollen Entfaltung und Nutzung der physischen und geistigen Fähigkeiten zur gesundheitlich positiven Bewältigung von Lebenssituationen. Wichtig ist hier vor allem, daß den älteren Menschen, den sozial Benachteiligten sowie den physisch und geistig Behinderten die Chance eines sozial und wirtschaftlich erfüllten Lebens geboten wird.

Die Ziele 4 und 5 stehen unter dem Motto *Gesünder leben* durch die Verminderung von Krankheiten und Behinderungen und die Beseitigung bestimmter Krankheiten (autochthone Form der Malaria, Poliomyelitis, Tetanus neonatorum, kongenitale Röteln, Diphtherie, konnatale Syphilis und autochthone Malaria).

Die letzten sieben Ziele dieser Gruppe machen unter dem Motto *Älter werden* Maßnahmen notwendig, die die Lebenserwartung erhöhen. Die Lebenserwartung bei der Geburt sollte auf 75 Jahre ansteigen (Ziel 6). Die Säuglingssterblichkeit in der Region sollte weniger als 20 pro 1000 Lebendgeburten betragen, und die Müttersterblichkeit sollte unter 15 pro 100 000 Lebendgeburten liegen (Ziel 7 und 8). Die Zahl der Todesfälle aufgrund von Kreislauferkrankungen, Krebs und Unfällen sollte verringert werden (Ziele 9–11), und bei der gegenwärtig zu beobachtenden steigenden Zahl von Suiziden und Suizidversuchen sollte eine Tendenzwende erreicht werden (Ziel 12).

II. Was für die „Gesundheit für alle“ getan werden muß

Ziel 13–31

Diese Ziele beschäftigen sich mit den Veränderungen der Lebensweisen, der Umwelt und der notwendigen Gesundheitsversorgung für die grundlegenden gesundheitlichen Erfordernisse. Fast alle diese Ziele sollen 1990 oder 1995 verwirklicht sein. Krankenschwestern und Hebammen werden zwar auch weiterhin vor allem im Rahmen der Ziele zur bedarfsgerechten Versorgung arbeiten, sollten aber auch zur Verbreitung einer gesunden Lebensweise und zu einer gesunden Umgebung beitragen und damit den Sinn ihrer Pflegerolle erweitern.

Gesunde Lebensweise

Ziel 13–17

Da die Lebensweise eng mit der Gesundheit verwoben ist, spielt im Konzept der „Gesundheit für alle“ die Förderung einer gesunden Lebensweise (Ziel 13–17) eine große Rolle. Zunächst einmal gilt es zu erkennen, daß die Gesundheit des Menschen weitgehend von seiner politischen, ökonomischen, sozialen und physischen Umgebung abhängt, die ihm die Wahl einer gesunden Lebensweise erschweren kann. Auch gesellschaftspolitische und unternehmenspolitische Maßnahmen beeinflussen die Lebensweise erheblich. Diese fünf Ziele bilden also den grundlegenden Teil einer Strategie zur Förderung gesunder Lebensweisen und sollen gleichzeitig Möglichkeiten aufzeigen, die es dem einzelnen leichter machen, ein gesundes Leben zu führen.

Die ersten drei Ziele dieser Gruppe sollen allgemeine Voraussetzungen schaffen und im einzelnen Menschen die Kapazität für eine gesunde Lebensführung stärken, und zwar durch politische Maßnahmen auf nationaler Ebene (Ziel 13), unterstützende Programme für Familien und gesellschaftliche Gruppierungen (Ziel 14) und durch Programme zur gesundheitlichen Erziehung (Ziel 15). Krankenschwestern und Hebammen können in beiden Programmformen wichtige Arbeit leisten und auf eine politische Unterstützung von Ziel 13 hinwirken.

Darüber hinaus können die Menschen ihre Gesundheit auch aktiv erhalten, weshalb die Mitgliedstaaten das positive Gesundheitsverhalten (Ziel 16) fördern und dem gesundheitsschädigenden Verhalten (Ziel 17) entgegenzutreten sollten. Aufgrund der gesellschaftlichen und Umweltbedingungen auf die Lebensweise machen die Vorgaben der Ziele 16 und 17 Schritte von seiten aller fünf für die „Gesundheit für alle“ verantwortlichen Gruppen notwendig. Diese Ziele sollen eine Verhaltensänderung bewirken; Verhalten aber ändert sich erst dann, wenn der Mensch anders denken lernt und sich ein positives Konzept der Gesundheit aneignet, wonach Gesundheit etwas ist, was man aufbauen und erhalten kann. Weder Krankenschwestern noch Hebammen können die Menschen zu Verhaltensänderungen zwingen, sie können jedoch Problemfragen mit ihnen erörtern und ihnen die nötigen Informationen liefern und so den Menschen zu einer eigenständigen Entscheidung für die Gesundheit verhelfen.

In den sechs Zielen zur bedarfsgerechten Versorgung werden die gesundheitspolitischen Maßnahmen, die Ressourcen und die wichtigsten Teile eines primären Gesundheitsversorgungssystems beschrieben. Betont wird außerdem, wie wichtig es ist, die Versorgungsqualität zu sichern. Alle diese Ziele sollten bis 1990 erreicht sein.

Maßnahmen und Mittel für die primäre Gesundheitsversorgung

Zunächst einmal sollten alle Mitgliedstaaten ihr Gesundheitsversorgungssystem auf der Grundlage der primären Gesundheitsversorgung aufbauen, die dann, falls notwendig, durch eine sekundäre und tertiäre Versorgung ergänzt werden kann (Ziel 26). Jedes Land sollte durch einen nationalen Plan mit Hilfe der einzelnen Gemeinden und der Gesundheitsberufe die primäre Gesundheitsversorgung in jeder Gemeinde zur Wirklichkeit machen. Damit würde die Primärversorgung statt der sekundären oder Krankenhausversorgung in den Mittelpunkt des Gesundheitsversorgungssystems rücken. Bei der Erarbeitung dieser Pläne sollten alle Gesundheitsberufe den Mitgliedstaaten mit Verständnis, Unterstützung, Rat und Tat zur Seite stehen. Wichtig ist zunächst einmal, daß die Behörden auf allen Ebenen diese Idee vorbehaltlos unterstützen und die Ausbildungsgänge der verschiedenen Gesundheitsberufe so abgeändert werden, daß sie den Absolventen die Arbeit in der primären Gesundheitsversorgung ermöglichen.

Wenn die primäre Gesundheitsversorgung mehr sein soll als nur ein gesundheitspolitisches Konzept, dann muß eine gut durchdachte Umverteilung der Ressourcen der Gesundheitsversorgung erfolgen, die allmählich vom Krankenhaus auf die primäre Gesundheitsversorgung zu verlagern sind. Ressourcen jeglicher Art (Geräte, Geld und Arbeitskraft) sollten bedarfsgerecht verteilt werden, um für alle zugängliche und auch akzeptable Dienstleistungen zu sichern (Ziel 27). Bestehende Ressourcen sollten anders und effizienter ausgenutzt werden, wodurch man in einem regionalisierten System primäre, sekundäre und tertiäre Dienste schaffen könnte, bei denen individuelle Einheiten mit deutlich festgelegten Funktionen fest umrissene Bevölkerungsgruppen versorgen. Beispielsweise sollte man bei Krankenschwestern und Hebammen eine gegenläufige Entwicklung zu der augenblicklich zu beobachtenden Tendenz einleiten. Sie sollten das Krankenhaus verlassen und in Gesundheitszentren der Gemeinde oder zu Hause bei den Patienten, in Schulen und an Arbeitsplätzen arbeiten. Außerdem sollten sie ihre Rollen und Funktionen überdenken, gleichgültig ob sie in Teams der primären Gesundheitsversorgung oder allein arbeiten.

Was beinhaltet die primäre Gesundheitsversorgung?

Die nächsten drei Ziele beschäftigen sich mit den grundlegenden Kennzeichen eines primären Gesundheitsversorgungssystems. Die meisten präventiven, aber auch viele diagnostische, therapeutische und unterstützenden Dienste können außerhalb der Krankenhäuser angeboten werden. Alle primären Gesundheitsversorgungssysteme sollten ein breitgefächertes Angebot an gesundheitsfördernden, kurativen, rehabilitativen und ergänzenden Versorgungsdiensten bereitstellen, damit die grundlegenden Bedürfnisse der Bevölkerung befriedigt und besonders gefährdete, anfällige und unterversorgte Einzelpersonen wie Gruppen besonders berücksichtigt werden können (Ziel 28). Für all diese Formen der Dienstleistung braucht man ausreichend viele Krankenschwestern und Hebammen: Demnach wird sich auch der Charakter der von Krankenschwestern und Hebammen geleisteten Arbeit ändern. Krankenschwestern werden vor allem bei der Heimpflege und der rehabilitativen Pflege gebraucht, die es den Menschen (insbesondere den Älteren und den Behinderten) erlauben würde, bei sich zu Hause zu bleiben oder dort wieder gesund zu werden. Hebammen sollten ihre Rolle weit über die herkömmlicherweise anerkannten Grenzen ausdehnen und sich auch um Familiengesundheit, Familienplanung, Beratung und Sexualgesundheit kümmern. Krankenschwestern und Hebammen sollten sich auch an der Diskussion über die Versorgungsqualität und den bedarfsgerechten Einsatz der Technologie beteiligen (s. Ziel 31 und 38).

Außerdem sollten die Krankenschwestern auch an multidisziplinären Forschungsvorhaben zur Bewertung der gesundheitlichen Versorgungsleistung teilnehmen. Bedarfsgerechte Versorgung heißt integrierte Dienste, und Krankenschwestern wie Hebammen sollten dazu beitragen, zwischen allen Ebenen der Versorgung und allen mit diesen Aufgaben Beschäftigten einen Zusammenhang herzustellen. Auch hier wären sie wieder ein Kommunikationsmedium, das die Informationen von den Nutzern der Gesundheitsdienste zusammen mit ihren eigenen Erfahrungen weitervermittelt, die Dienste mitplanen und Schwachstellen des Systems aufspüren könnte.

Wichtig ist, daß die Bevölkerung aktiv an ihrer Versorgung teilnimmt. Krankenschwestern und Hebammen könnten wesentlich dazu beitragen, daß die Bevölkerung bessere Möglichkeiten erhält, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Sie sollten nicht nur für die Menschen, sondern auch mit ihnen arbeiten, ihnen sozusagen Hilfe zur Selbsthilfe bieten.

In Ziel 32 geht es um die notwendige *Forschung* für die „Gesundheit für alle“. Krankenschwestern und Hebammen sollten Forschungsvorhaben durchführen, die eine solche Unterstützung bedeuten und ihren Berufen nützen würden. Die Forschung wurde bereits im Zusammenhang mit Ziel 24 und 25 als wichtiger Bestandteil angeführt (gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse), darüber hinaus auch in Ziel 28 (der Gehalt der primären Gesundheitsversorgung). Vor allem in sechs Bereichen brauchen wir Wissen für die „Gesundheit für alle“:

- Beschreibungen des Gesundheitszustands der Bevölkerung
- biologische Determinanten der Gesundheit
- Auswirkungen der Lebensweise auf die Gesundheit
- Auswirkungen der Umwelt (und der Voraussetzungen für die Gesundheit) auf die Gesundheit
- Möglichkeiten der bedarfsgerechten Versorgung und

– verbesserte gesundheitspolitische, planerische und organisatorische Methoden zur Unterstützung der „Gesundheit für alle“.

Da Krankenschwestern und Hebammen direkt in der Gemeinde arbeiten, könnte ein Großteil dieser Forschung sinnvollerweise über sie laufen. Außerdem können sie eine reichhaltige Berufserfahrung und großes berufliches Wissen einbringen. Forschungsvorhaben sind nicht nur vernünftig, sondern sogar unabdingbar, wenn die Krankenschwestern und Hebammen ihre eigenen beruflichen Identitäten aufbauen und ihren spezifischen Beitrag zur „Gesundheit für alle“ leisten sollen. Um ihnen das notwendige methodische Rüstzeug an die Hand zu geben, brauchen sie eine akademische Ausbildung. In dem Zusammenhang müssen zeitliche und finanzielle Probleme, aber auch Vorurteile überwunden werden.

In Ziel 33 wird darauf hingewiesen, daß jeder einzelne Mitgliedstaat seine nationalen Strategien zur Verwirklichung des Konzepts der „Gesundheit für alle“ durch gesetzgeberische Maßnahmen unterstützen muß. Jedes Land sollte außerdem organisatorische Prozesse zur Verwirklichung der „Gesundheit für alle“ entwerfen, in die Gemeinden und andere Sektoren einbezogen werden. Darüber hinaus müssen für die gesundheitliche Entwicklung ausreichende Mittel zur Verfügung gestellt werden (Ziel 34). Nicht zuletzt braucht man dann auch noch Gesundheitsinformationssysteme, die die nationalen Strategien zur „Gesundheit für alle“ unterstützen (Ziel 35). Krankenschwestern und Hebammen sollten diese Gesundheitsstrategien nicht nur in die Wirklichkeit umsetzen, sie sollten sie auch mit entwerfen. In einigen Ländern ist das bereits der Fall, dort hat man mit dem Referat für Pflegewesen des WHO-Regionalbüros für Europa Programme zur Zusammenarbeit vereinbart.

Die Tatsache, daß das Pflegepersonal bei der „Gesundheit für alle“ eine größere Rolle spielt, macht neue Perspektiven und neue Qualifikationen notwendig, gleichzeitig aber muß das alte Können in neue Rahmen eingesetzt werden. Ausbildung ist hier ein Schlüssel für die bedarfsgerechte Versorgung und für die Zukunft der Krankenschwestern und Hebammen. In Ziel 36 geht es um die Planung, Ausbildung und den Einsatz von Fachkräften der Gesundheitsberufe entsprechend den Grundsätzen der „Gesundheit für alle“. Das Schwergewicht sollte dabei auf der primären Gesundheitsversorgung liegen. Die Angehörigen aller Gesundheitsberufe sollten in Teamarbeit, Kommunikation und Techniken der primären Gesundheitsversorgung geschult werden. Krankenschwestern und Hebammen sollten darüber hinaus aber auch noch neue Qualifikationen in den Bereichen Bewertung, Planung, Entscheidungsfindung, Forschung und Epidemiologie erwerben.

Krankenschwestern und Hebammen sollten sich an eine breitere Definition der Gesundheit gewöhnen und erkennen, welche Vorteile und Möglichkeiten das Konzept der „Gesundheit für alle“ und die primäre Gesundheitsversorgung bieten. Dann müssen sie die Qualifikationen erwerben, die sie als Partner in der Arbeit an der „Gesundheit für alle“ brauchen. Krankenschwestern, die auf dem Gebiet des Pflegewesens eine akademische Ausbildung auf Universitätsniveau absolvieren möchten, muß diese Möglichkeit offenstehen. Jede Disziplin muß ihre eigenen Führungskräfte, Forscher, Verwalter und Praktiker hervorbringen. Das gilt auch für die Krankenpflege und das Hebammenwesen. Krankenschwestern und Hebammen kämpfen im Augenblick um die Erhaltung ihrer traditionellen Autonomie, deshalb sollte die richtige Ausbildung ihnen die notwendige Unabhängigkeit für die Zukunft sichern. Diese Ausbildung sollten gesetzgeberische Maßnahmen begleiten, damit sie das Gelernte auch umsetzen können.

Das Ziel 37 beschäftigt sich damit, wie man durch Schulung die Mitarbeiter in gesundheitsrelevanten Sektoren für das Konzept der „Gesundheit für alle“ und zur Mitarbeit an seiner Verwirklichung gewinnen kann. Es wurde bereits gesagt, daß die Pflegeberufe den Gedanken der Teamarbeit stärken können, wenn sie in die Planung der ärztlichen Ausbildung einbezogen werden, genau das gleiche aber könnten sie für die multisektorale Zusammenarbeit leisten, wenn sie in die Ausbildung der Mitarbeiter anderer Sektoren einbezogen würden.

Weiterführende Literatur

Das vorliegende Papier gewährt einen kurzen Einblick in die Regionalziele „Gesundheit für alle“ und zeigt in Umrissen, was diese für Krankenschwestern, Hebammen und Fachkräfte des medizinisch-sozialen Bereichs bedeuten. Wenn Sie mehr über die europäischen Ziele, die zu lösenden Probleme, die vorgeschlagenen Lösungen und die an der Verwirklichung der Ziele arbeitenden Mitarbeiter wissen möchten, dann sollten Sie bei Ihrem Buchhändler oder bei dem WGO-Verkaufsagenten Ihres Landes das vollständige Buch

Einzelziele für „Gesundheit 2000“ (Kopenhagen, WGO-Regionalbüro für Europa, 1985, Preis: Str 20) kaufen. Sollte es auf diesem Weg nicht erhältlich sein, dann schreiben Sie bitte direkt an den Distribution and Sales Service, World Health Organization, CH-1211 Genf 27, Schweiz. Dort ist auch die *Global strategy for health for all* (Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1981, „Health for All“ Series, Nr. 3), sfr 6) erhältlich sowie ein vollständiges Verzeichnis der WGO-Veröffentlichungen, das auch andere Werke über das Pflegewesen und die „Gesundheit für alle“ enthält.

Prävention von sexuellem Mißbrauch an Mädchen und Jungen

In Anlehnung an das CAPP-Programm „Child Assault Prevention Projekt“ aus den USA legt der Bielefelder „Verein zur Prävention von sexuellem Mißbrauch an Mädchen und Jungen“ den Schwerpunkt seiner Arbeit auf die mit den potentiellen Opfern. Wir dokumentieren die Selbstdarstellung des Vereins, in der seine Ziele und Vorgehensweisen erläutert werden.

Ziel und Zweck des Vereins ist es, dem sexuellen Mißbrauch an Mädchen und Jungen vorzubeugen und die psychische und soziale Situation von Mädchen und Jungen zu verbessern, die sexuell mißbraucht werden oder in ihrer Vergangenheit sexuell mißbraucht worden sind. Der Verein tritt für das Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit ein. Er setzt sich ein für die sexuelle Selbstbestimmung von Mädchen und Jungen und will zur Beendigung von sexuellem Mißbrauch in jeder Form beitragen. Hierzu wird der Verein auf der Basis feministischer Analysen und Strategien in vielfältiger Weise arbeiten.

Feministische Auffassungen besagen, daß sexueller Mißbrauch Machtmißbrauch ist. Mißbrauch von Macht, die Männer über Mädchen und Jungen, über Schwächere ausüben. So stellt Susan Brownmiller in ihrer Analyse über Vergewaltigung fest: „Men never rape equals in power“ (Männer vergewaltigen niemanden, der so stark und mächtig ist wie sie“). Will man sexuellen Mißbrauch verhindern, liegt also folgerichtig eine Möglichkeit darin, dieses Machtungleichgewicht aufzuheben, indem die Schwächeren, d. h. hier die Kinder gestärkt werden. Sie sollen Selbstbewußtsein, ein Gefühl von Stärke und Stolz auf ihren Körper entwickeln, sie sollen Informationen über ihre Rechte und Handlungsmöglichkeiten erhalten, so daß sie Unrecht erkennen und sich wehren können.

Die Arbeit des Vereins zielt auf Mädchen und Jungen: Jungen deshalb, weil sie ebenfalls Opfer sexuellen Mißbrauchs sind und weil durch frühe Präventionsmaßnahmen eine Entwicklung zum (potentiellen) Mißbraucher verhindert werden soll. Diese Arbeit soll auch von Männern geleistet werden, damit sie sichtbare Verantwortung für sexuelle Gewaltübergänge übernehmen und ihren „Tribut zur Veränderung leisten“ (H. Bendkowski). Der Verein geht davon aus, daß die Integrität und Würde aller Frauen und Männer in einem unabdingbaren Zusammenhang stehen.

Theoretisches über Prävention von sexuellem Mißbrauch.

Der Verein hält die herkömmlichen Methoden zur Vorbeugung vor sexuellem Mißbrauch für unzureichend. Der Effekt der Abschreckung von Tätern und möglichen Tätern durch die Strafverfolgung ist gering. Bewußtseinsbildende Prozesse, die bei erwachsenen Männern Respekt vor dem Recht auf sexuelle Selbstbestimmung von Frauen und Kindern erreichen sollen, um auf diese naheliegende Art sexuellen Mißbrauch zu verhindern, sind äußerst schwierig und langwierig. Auch heutzutage herrschen patriarchalische Strukturen, in denen vorrangig Männer, Väter sich immer wieder das Recht nehmen, über Frauen, Mädchen und Jungen zu bestimmen, in denen Vergewaltigung und sexueller Mißbrauch auch ein Unterwerfungsritual zur Aufrechterhaltung dieser Machtverhältnisse darstellen. Diese Machtstrukturen lassen sich kaum verändern, indem diejenigen, die am „längeren Hebel sitzen“, also Männer, in Aufklärung gebeten werden, freiwillig auf ihre Macht ausübung zu verzichten. Groth, „Leiter des Sexualstraftäterprogrammes einer sozialtherapeutischen Anstalt in den USA, meint, in seiner zwölfjährigen Praxis noch keinem Kinderschänder begegnet zu sein, der sich aus freien Stücken eingefunden habe“, „echte Reue und Scham sei uncharakteristisch unter denen...“, und Peters behauptet, „ein blutschänderischer Vater sei im übrigen nicht selten überrascht, wenn er erfahre, daß sein Verhalten strafbar sei, denn er glaube, sexueller Zugang zu seinen Kindern sei ein gutes Recht“.

Anstatt sich also auf die gewiß auch notwendige Arbeit mit dem erwachsenen potentiellen Täter zu konzentrieren, liegt es nahe, die potentiellen Opfer, die Mädchen und Jungen anzusprechen und darin zu unterstützen, sich zu wehren.

Feministische Prävention wendet sich in erster Linie an Mädchen und Jungen: nicht aber im herkömmlichen Stil. Eine traditionelle Art von

Prävention, die sich an Kinder wendet, liegt in der Empfehlung von Vermeidungsstrategien. Frauen und Kindern wurden oft Ratschläge erteilt, die auf Fehlinformationen beruhen, z. B. nicht mit Fremden zu gehen, sich abends nicht alleine auf die Straße zu begeben oder sich nicht aufreizend anzuziehen. Broschüren der Kriminalpolizei wie „Hab keine Angst“, „Vorbeugen“, „Hinweise für Eltern und Erzieher...“ arbeiten vorwiegend mit Klischees vom „Fremden Mann“, erteilen vorbeugende Ratschläge wie, das Kinde müsse den Eltern immer sagen, wohin es gehe und pünktlich nach Hause kommen, dürfe niemals ohne Erlaubnis der Eltern in ein fremdes Auto steigen etc. Diese Ratschläge bedeuten Einschränkung von Bewegungsfreiheit, geben keine Handlungsanweisung für den Fall von sexuellem Mißbrauch und führen in diesem Falle letztlich zu einer Beschuldigung des Opfers und können den sexuellen Mißbrauch nicht verhindern. Sie bedeuten „Angstmache“, sie erzeugen Abhängigkeiten und stellen eine Reduktion von Handlungsmöglichkeiten dar.

Sinnvolle Prävention kann nicht Vermeidungsverhalten und Angst erzeugen, sondern sollte:

- die Stärke von Kindern aufbauen
- die Unabhängigkeit der Kinder fördern
- die Mobilität der Kinder erweitern und
- die Freiheit von Kindern vergrößern. (Entnommen dem Programm des „Child Assault Prevention Project“ CAPP)

Konkrete Ziele

Die Formulierung konkreter Vereinsziele bezieht sich vor allem auf feministische Analysen z. B. von Brownmiller, die das Phänomen der Vergewaltigung von Frauen analysiert hat. Dabei stellten sich drei Bereiche besonderer Verletzbarkeit von Frauen gegenüber sexueller Gewalt dar: Machtlosigkeit, Informationsmangel und Isolation. Da das Machtungleichgewicht von Kindern zwar krasser, aber strukturell vergleichbar mit dem von Frauen ist, kann diese Analyse in Anlehnung an das CAP-Programm zur Aufstellung folgender konkreter Ziele für die Präventionsarbeit mit Kindern übernommen werden.

1. Veränderung der machtlosen sozialen Situation von Kindern

Kinder sollen ihre persönlichen Rechte auf körperliche und sexuelle Selbstbestimmung definieren können. Sie sollen Handlungen erkennen lernen, die ihre Rechte bedrohen oder verletzen, und Fähigkeiten erwerben, eine Verletzung ihrer Rechte zu verhindern. Falls dieses sich als unmöglich erweist, sollen sie lernen, mit der Verletzung umzugehen und den Mißbrauch zu beenden.

Das geschieht schwerpunktmäßig durch Hervorhebung (J. Fegert) folgender sechs zentraler Themenbereiche:

– „Mein Körper gehört mir“

Das Prinzip der Kontrolle des Zugangs zu eigenen Körper wird ausführlich erläutert.

– „Berührungen“

Kinder lernen, zwischen „guten“ und „schlechten“ sowie komischen Berührungen zu unterscheiden und letztere selbstbewußt anzuweisen.

– „Intuition“

Maßstab für Mädchen und Jungen sind ihre eigenen Gefühle.

– „Neinsagen“

Kinder dürfen und müssen in bestimmten Situationen Grenzen ziehen und „Nein“ zu den Anforderungen Erwachsener sagen. Sie haben die Erlaubnis, sich zu wehren, nicht zu gehorchen.

– „Geheimnisse“

Kinder lernen, adäquate Geheimnisse wie Überraschungen von schlechten, beängstigenden Geheimnissen zu unterscheiden. Wenn Heimlichkeiten unheimlich werden, ist es besser, sich Freunden und/oder zuverlässigen Erwachsenen mitzuteilen.

– „Hilfe“

Kinder sollen lernen, sich bei Kindern und Erwachsenen Hilfe zu suchen, als ersten Schritt hierzu, sich mitzuteilen.

2. Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung und Information über sexuellen Mißbrauch

Die allgemeine Öffentlichkeit soll sensibilisiert werden, um die Mädchen und Jungen aufgrund eines erhöhten Informationsstandes besser schützen zu können.

Der Verein möchte derart arbeiten, daß ein Bewußtsein für die alltägliche Gewalt gegen Frauen, Mädchen und Jungen geschaffen wird, ursächliche Bedingungen hierfür deutlicher werden und langfristig das Verhalten der Bevölkerung in der Erziehung, im Familienalltag, Konsumverhalten etc. sich verändert.

Aufklärung und Information sind Grundlage jedes angemessenen vorbeugenden Verhaltens.

Das Schweigen über sexuellen Mißbrauch wird aufgehoben, Bewußtsein und Sprache geschaffen, ein Tabu wird zum öffentlichen Diskussionsgegenstand erhoben. Gerade für Kinder ist ein sexualfeindliches Klima, in dem man nicht über den Körper und Sexualität sprechen darf, ein großes Risiko, da ihnen die Worte und die Grundlagen fehlen, Gefahren zu erkennen, sich rechtzeitig zu wehren und Hilfe zu suchen.

Kindern und Erwachsenen werden Informationen gegeben, die sie befähigen, das Problem sexuellen Mißbrauchs zu identifizieren; vor allem die

Information, daß in 90 % der Fälle ein Mann, den sie kennen oder gar lieben, der Mißbraucher ist.

3. Reduktion der sozialen Isolation von Mädchen und Jungen

Ziel ist es, eine bessere soziale Vernetzung auf lokalpolitischer und interindividueller Ebene herzustellen. Mädchen und Jungen lernen, einander zu unterstützen und sich innerhalb ihrer Schule und/oder Gemeinde Hilfe zu suchen. Das Bewußtsein der Kinder und Erwachsenen für bestehende kommunale Hilfseinrichtungen soll erhöht werden. Grundlegend hierfür ist natürlich der Aufbau und Ausbau von Interventionskapazitäten zum Problem sexuellen Mißbrauchs. Mädchen und Jungen Ratschläge zu geben, über ihre Erfahrungen sexueller Gewalt zu sprechen, ohne entsprechende Hilfsangebote aufweisen zu können, wäre unverantwortlich.

Die Forderung nach Auf- und Ausbau von Interventionseinrichtungen ist aber auch deshalb zentral, weil die Bezugspersonen von Kindern dadurch erst die Angst vor der Diagnose sexuellen Mißbrauchs verlieren; die Angst vor der eigenen Hilflosigkeit und dem Alleinsein mit dem Wissen um die Wahrheit.

Anzeige:

Klinikeigene Kinderbetreuung

Fragebogen der Uniklinik Ulm

In dem Informationsblatt der Personalvertretung der Kliniken an der Universität Ulm fanden wir folgenden Fragebogen, der dem dortigen Personal vorgelegt wurde. Mit ihm soll eine Initiative der Personalvertretung gestützt werden, die einen klinikeigenen Kindergarten fordert. Ein nachahmenswertes Beispiel, wie dg meint.

Ich bin zur Zeit

- ☐ vollbeschäftigt
- ☐ im Schichtdienst
- ☐ Nachtdienst (Überwgd.)
- ☐ 8-Std.-Tag
- ☐ halbtagsbeschäftigt
- ☐ im Mutterschutz/Erziehungsurlaub/ Sonderurlaub bis ca.
- ☐ schwanger und erwarte mein Kind
- ca. am _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen/unterstreichen)

Ich habe _____ Kinde(r) im Alter von

- _____ Jahren
- _____ Jahren
- _____ Jahren

Interesse an Betreuung?

Bitte auch jüngere Schulkinder berücksichtigen!

Welche Öffnungszeiten müßte ein Kindergarten/-hort haben, um die von Ihnen erwünschte Berufstätigkeit zu ermöglichen? _____

Wenn Sie berufstätig sind und Kinder haben: Ist die derzeitige Unterbringung Ihrer Kinder

- ☐ optimal
- ☐ zufriedenstellend
- ☐ mit Anstrengung noch zu bewerkstelligen
- ☐ sehr problematisch

Wenn Sie (Ihre Partnerin) zur Zeit im Mutterschutz/Erziehungs- oder Sonderurlaub sind (ist): Wären Sie (Ihre Partnerin) an einer Wiederaufnahme der Berufstätigkeit interessiert, wenn eine Betreuungsmöglichkeit für Ihr Kind am Klinikum bestünde?

- ☐ dringend interessiert
- ☐ interessiert
- ☐ noch unentschieden im Hinblick auf die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit
- ☐ nicht interessiert

Bitte helfen Sie mit

– bei der Weiterverbreitung dieses Fragebogens im Kreis der Kolleginnen

– senden Sie den ausgefüllten Fragebogen zurück an die

Personalvertretung, Universität Ulm – Klinikum, Steinhövelstr. 9, 7900 Ulm.

KINDER DER APARTHEID The Open School Children's art KALENDER 1989



Die Zeichnungen für den Kalender sind von den Kindern der »OPEN SCHOOL«, einer unabhängigen Stiftung im Bildungsbereich, gemacht worden. Sie spiegeln ihre eigenen gesellschaftlichen Wahrnehmungen der gegenwärtigen Ereignisse wider.

Vierfarbdruck, DIN A 3, DM 14.80
ISBN 3-9228 45-04-5

Subskriptionspreis bis zum 1.9.88
DM 12.80

Bezug: medico international,
Obermainanlage 7,
6000 Frankfurt / M. 1,
Telefon 0 69 / 4 99 00 41.



Aktionsmaterialien zu Südafrika kostenlos erhältlich.

Vom „Allein machen sie dich ein“ in die Gruppenpraxis – für viele aus der Gesundheitsbewegung ein naheliegender Schritt. Aber wollte man nicht auch noch etwas anderes?

Zehn Jahre Gesundheitsladen Berlin

„Allein machen sie dich ein!“ lautete das Motto einer Veranstaltung im Mai 1978 im Audimax der Technischen Universität, zu der die Zeitschrift „eingriffe“ (1976–1982) aufgerufen hatte. Mehr als 1000 gesundheitsbewegte Menschen waren dort zusammengekommen, um über Alternativen zur ambulanten Gesundheitsversorgung zu diskutieren und erste Erfahrungen in und mit alternativen Projekten auszutauschen. Im Juli 1978 wurde als konkretes Ergebnis dieses Treffens der Verein „Medizinisches Informations- und Kommunikationszentrum – Gesundheitsladen Berlin e. V.“ gegründet. Mit der kleinbürgerlichen Rechtsform des Vereins hatten die Gründerinnen und Gründer zwar anfangs ihre Probleme. Ein elfköpfiger Vorstand und räte demokratische Binnenstrukturen hatten ihre Bedenken jedoch schließlich ausgeräumt.

Da viele Gründungsmitglieder und Aktivisten bereits in der Studentenbewegung politisch aktiv gewesen und entsprechend gefrustet waren, bestand anfangs bei vielen das Bedürfnis nach Selbsterfahrungsgruppen und konkret gelebten Utopien. Eine kleine Aktivistengruppe allerdings wollte nach wie vor „Politik machen“. Die spontane Idee einer alternativen Gegenveranstaltung zum „83. Deutschen Ärztetag“ beflügelte ihre Energien dermaßen, daß sie – allen Widerständen und Einwänden der übrigen Gruppe zum Trotz – den „1. Gesundheitstag“ auf die Beine stellten. Der wurde zu einem überwältigenden Erfolg, wenngleich die Macher dieser gesundheitsbewegten Großveranstaltung anschließend „reif für die Kur“ waren.

Nach dem erfolgreichen Berliner Gesundheitstag 1980 wurde der Gesundheitsladen zum Kristallisations- und Ausgangspunkt vieler gesundheitspolitischer Initiativen und Selbsthilfegruppen. Binnen kürzester Zeit entstand eine breite Palette neuer Selbsthilfe-, Weiterbildungs- und Beratungsprojekte im Gesundheitsladen, der seine Räumlichkeiten und Infrastruktur zur Verfügung stellte. Viele Projekte und Gruppen haben sich inzwischen längst selbstständig gemacht, eigene Vereine

gegründet oder anderes. Einige haben sich kommerziell etabliert oder Genossenschaften aufgemacht, und andere sind nach einiger Zeit wieder verschwunden – glücklicherweise jedoch zumeist nicht spurlos: Viele haben ihre Erkenntnisse und Erfahrungen der Nachwelt in Form von Broschüren und Büchern hinterlassen.

Was 1980 noch neu und einzigartig schien, ist heute längst „kalter Kaffee“, denn in den letzten Jahren sind viele Dinge im Gesundheits- und Sozialwesen in Bewegung geraten. Waren die Selbsthilfeprojekte ursprünglich als trotzig-selbstbewußte Alternative zum staatlichen System der Gesundheitsversorgung gedacht, so werden sie heute – zumindest in Berlin – von den Konservativen als willkommen, weil gewissermaßen zum Selbstkostenpreis erhältliche Ergänzung ihrer Sozial- und Gesundheitspolitik gesehen und entsprechend großzügig mit ABM-Stellen bedacht. – Hatten die Gründer des Berliner Gesundheitsladens vor zehn Jahren noch die Ärztekammern als Standesorgane für ärztliche Sonderinteressen abschaffen wollen, so stellen sie heute – in Gestalt der „Fraktion Gesundheit“ den „Ersten Vorsitzenden“ der Berliner Ärztekammer. Fast alle Ärzte, die vor zehn Jahren noch das Ziel vor Augen hatten, durch ihre eigene Tätigkeit und Engagement im Krankenhaus diese Institution grundlegend zu verändern, sind heute „niedergelassen“, bestenfalls noch in einer Gruppenpraxis.

Viele solcher Veränderungen haben sich gewissermaßen hinter dem Rücken der Beteiligten, aber dennoch durch viele ebenso stillschweigende wie bewußte Einzelentscheidungen hindurch vollzogen.

Zehn Jahre nach dem Aufbruch zu den neuen Ufern einer anderen Gesundheitsversorgung ist der Geburtstag des Gesundheitsladens Anlaß und Chance, eine öffentliche Diskussion über alternative Inhalte vom Zaun zu brechen und eine Bilanz und Standortbestimmung alternativer Gesundheitspolitik zu versuchen.

Beate Guthke/Eberhard Göbel

Was 1980 noch neu und einzigartig schien, ist heute längst „kalter Kaffee“

Bereits Ende Oktober 1987 hatte der Vorstand der Abteilung „Allgemeine Gesundheitsversorgung“ der ÖTV-Berlin in einem Brief an den sozialpolitischen Ausschuß des DGB vor den Folgen des Blümschen Sparprogramms im Gesundheitswesen gewarnt. Der DGB wurde aufgefordert, wegen des Versuchs, „die Strukturreform über die scheibchenweise Aushöhlung des Solidarprinzips der Gesetzlichen Krankenversicherung durchzusetzen, mit dem Widerstand gegen den geplanten Sozialabbau zu beginnen. Nachdem Anfang Dezember das Koalitionskonzept zur Strukturreform der Öffentlichkeit vorgestellt worden war, wurden die Kolleginnen und Kollegen im Gesundheitswesen hellhörig.

Auf der Bezirkskonferenz noch im selben Monat brachte die Abteilung „Kirchen und Gesundheitswesen“ einen Initiativantrag ein, der von der Berliner ÖTV die Vorbereitung und Durchführung von Protestaktionen zur Verhinderung der sogenannten Strukturreform verlangte. Der DGB und die Einzelgewerkschaften sollten in die Aktionen einbezogen werden. Der Antrag wurde angenommen und fand seine erste praktische Umsetzung in der Verteilung von Flugblättern auf Straßen, vor Kaufhäusern und Betrieben. Für die Bezirksvorstandssitzung im Februar 1988 entwarf die Abteilung „Allgemeine Gesundheitsversorgung“ einen Aktionsplan, der vorsah, alle Funktionsträger in der ÖTV – darunter auch die Vertreter in der Selbstverwaltung der Krankenkassen – und danach die des DGB zu informieren, um gemeinsam und gut vorbereitet an die Öffentlichkeit gehen zu können.

Inzwischen lag der Referentenentwurf der Regierung vor, auf den DGB und ÖTV in den Anhörungen Ende Februar – vornehm ausgedrückt – moderat reagierten. Sie entschieden sich gegen eine grundsätzliche Ablehnung und äußerten ein „Ja, wenn“, mit dem Hinweis auf sich andeutende Reformansätze im Arzneimittel- und Vorsorgebereich. Dieser Strategie, getreu dem Sprichwort vom Spatzen in der Hand, für die Bundespräsident von Weizsäcker bereits als Festredner auf dem DGB-Bundeskongreß 1986 lobende Worte gefunden hatte, saß auch eine

**Fällt das Wort
Strukturreform, beginnt
das große Wehklagen:
„Der böse Blüm“, die
„schlafmützigen
Gewerkschaftsspitzen“.
Gejammert ist genug,
meint Ingeborg Simon**

Fotos: Menzen (2)



Mehrheit des Berliner ÖTV-Bezirksvorstands auf. Er korrigierte seine bisher strikt ablehnende Haltung.

Dessen ungeachtet verteilte die Fachgruppe „Apotheken in der ÖTV“ im März Flugblätter gegen das Gesetzesvorhaben. Im selben Monat wurde auf einer Protestversammlung der ÖTV-Senioren, an der circa 200 Kolleginnen und Kollegen und die örtliche Presse teilnahmen, einstimmig eine Resolution verabschiedet, in der die ÖTV und alle Einzelgewerkschaften im DGB aufgefordert wurden, „alle ihnen zur Verfügung stehenden Kampfmittel einzusetzen, um dieses Gesetz zu Fall zu bringen.“ Die Resonanz war groß. Im Bereich der ÖTV folgten weitere Veranstaltungen bei den Bezirksämtern, in den Krankenhäusern, beim Roten Kreuz, in Abteilungen, Ausschüssen und Arbeitskreisen der Gewerkschaft. Die Aktionen blieben nicht auf die ÖTV beschränkt, es beteiligten sich die IG Druck und Papier, die Gewerkschaft Handel, Banken und Versicherungen und die IG Bau-Steine-Erden. Die Referenten, die anhand einer Liste des ÖTV-Arbeitskreises „Selbstverwaltung in der Sozialversicherung“ angefordert werden konnten, waren gefragt und hatten alle Hände voll zu tun. Das Interesse der Kolleginnen und Kollegen wuchs, und mit der Aufklärung wuchs auch der Zorn und die Forderung an die Gewerkschaften, endlich zu handeln.

Nachdem Ende April 1988 der überarbeitete Gesetzentwurf auf dem Tisch lag, erklärten DGB und ÖTV endlich ihre Ablehnung. Der Bezirksvorstand der ÖTV-Berlin setzte das Thema Strukturreform erneut auf die Tagesordnung. Das zögerliche Verhalten der Gewerkschaften hatte bis dahin kostbare Zeit zur Vorbereitung der möglichen Proteste gestohlen. Auf betrieblichen Mitgliederversammlungen fand sich Unterstützung für die Idee, auf dem Gewerkschaftstag einen Initiativantrag zu Aktionen gegen das Gesundheitsreformgesetz einzubringen.

In der Mai- und Juniausgabe der „ÖTV-Argumente“ wurde sich intensiv mit dem Gesetzesvorhaben auseinandergesetzt. Das ganze Ausmaß der drohenden Verschlechterungen durch das Gesetz wurde dargestellt. Die gewerk-



**Konkrete Aktionen gegen das
Gesundheitsreformgesetz
forderten die Delegierten des
ÖTV-Gewerkschaftstages.
Aus heftigerem Himmel werden
sie nicht kommen**

schaftlichen Forderungen wurden erläutert. Was aber fehlte, war eine klare Kampfansage. Die fehlte dann auch im Entschließungsantrag des Hauptvorstands auf dem Gewerkschaftstag. Im Antrag 503a wurden lediglich Gespräche mit Abgeordneten und eine Informationskampagne für die Arbeitnehmer gefordert. Zuwenig, angesichts der gewaltigen Einbrüche in das Solidarsystem der Krankenversicherung, die der Hauptvorstand in seinem Referat zuvor deutlich gemacht hatte.

Spontan trafen sich Delegierte – nicht nur aus dem Gesundheitswesen –, um über einen gemeinsamen Initiativantrag zu beraten. Nicht nur in Berlin, sondern auch in Frankfurt, Dortmund und in Bayern hatte es bereits gewerkschaftliche Protestaktionen gegeben. Dort hatte man schon hinter sich, was der Antrag des Hauptvorstands erst noch vorsah: reden, informieren, aufklären. Die Kolleginnen und Kollegen erwarteten klare Kampfmaßnahmen. Wie hieß es im Geschäftsbericht des Hauptvorstands? „Manche Konflikte werden immer noch durch Macht entschieden. Ihrem Auftrag gemäß ist die Gewerkschaft ÖTV zuallererst Kampforganisation“. Aus Anträgen der Be-

zirke Hessen, Nordrhein-Westfalen II und Berlin entstand schließlich der Initiativantrag 503b. Darin wurden konkrete Aktionen gefordert, zum Beispiel eine Großkundgebung in Bonn anlässlich der zweiten und dritten Lesung des Gesetzes im November diesen Jahres. Nach kurzer Diskussion nahmen die Delegierten den Antrag mit überwältigender Mehrheit an – gegen die Empfehlung der Antragskommission.

Ein Erfolg? Sicher, aber damit er auch zu Ergebnissen führt, gibt es noch viel von „unten“ zu tun. Denn besonders begeistert schien der Hauptvorstand von dem Handlungsauftrag nicht zu sein. Ulrike Peretzki-Leid jedenfalls äußerte sich weder auf einer Veranstaltung der Berliner ÖTV mit Gesundheitssenator Ulf Fink (CDU), noch auf dem „Werkstattgespräch“ der SPD zur Strukturreform im August zu konkreten Widerstandsmaßnahmen. Sie sprach nur allgemein von „sich zur Wehr setzen wollen“.

„Die Organisierung des Protestes und Widerstandes unter Ausschöpfung aller uns zur Verfügung stehenden Möglichkeiten muß unverzüglich verstärkt werden“, hatte es in dem verabschiedeten Antrag geheißen. Dazu zählt auch das Mittel des Streiks. Warum auch nicht, geht es hier doch um mehr Geld als bei den bescheidenen Forderungen der letzten Tarifaussensatzung, die immerhin Warnstreiks wert waren. Darüber hinaus geht es um einen Generalangriff auf die soziale Sicherheit im Gesundheitsbereich.

Neue wirksame Formen des Protests sind dringend nötig. Die IG Druck und Papier hat sie mit ihrem „Tribunal gegen Flexibilisierung und ungeschützte Arbeitsverhältnisse“ im März 1988 bereits gefunden, ebenso die IG Metall mit den geplanten 5000 „alternativen Anhörungen“ zum Betriebsverfassungsgesetz und die Deutsche Postgewerkschaft mit ihrer Mitgliederabstimmung gegen die Neustrukturierung der Post. Bei den Protesten gegen das geplante Gesundheitsreformgesetz kann und muß die ÖTV eine Kampftruppe vorgeben unter Einbeziehung des DGB und der Einzelgewerkschaften, denn betroffen sind von dem Gesetzesvorhaben über 90 Prozent der Bevölkerung. □

Wir haben bereits sehr viele derjenigen Münchner Kolleginnen und Kollegen gefunden, die nach 1933 zu Opfern gemacht worden sind (zugängliche Statistiken über die Zahl der jüdischen Ärztinnen und Ärzte, die 1933 in München lebten, liegen wesentlich niedriger als die Zahlen, die wir jetzt veröffentlichen), und die Bilanz ist bedrückend: In München waren es mindestens 270 Ärztinnen und Ärzte. Elf dieser 270 Kolleginnen und Kollegen begingen Selbstmord; zwei davon im Exil; bei mindestens vier weiteren ist Selbstmord wahrscheinlich. Mindestens 30 kamen in der Haft, in Dachau, Piaski, Riga, Theresienstadt oder Auschwitz gewaltsam ums Leben. 16 überlebten wahrscheinlich Haft, KZ oder Deportation.

en Zeit“ so gründlich hinweggefegt, „ausgemerzt“, daß uns nur Fragezeichen bleiben.

Unter den Opfern finden sich Angehörige alteingesessener Münchner Traditionsfamilien, die das Bild der Stadt vor 1933 entscheidend mitgeprägt hatten, wie beispielsweise die Feuchtwangers. Die Dokumentation beinhaltet hochangesehene Universitätslehrer und Chefärzte wie Erich Benjamin, Max Isserlin, Felix Plaut, der sich am 27. Juni 1940 in Epsom, Surrey, in Großbritannien das Leben nahm. Daneben stehen junge Ärzte, die, als der Terror losging, gerade eben ihre Kassenzulassung erhalten hatten, wie der am 21. Juni 1900 in München geborene Erich Braude.

Patienten halfen und schließlich deportiert wurden wie Dr. Karl Kupfer, der zum 31. Dezember 1943 „für tot erklärt“ wurde. Todesort: Auschwitz. Weitere Todesorte, die ein Lebensende, geprägt von Demütigungen, Schrecken, Entsetzen und Verzweiflung bedeuteten, sind: Dachau, Riga, Piaski, Theresienstadt.

Unser Arbeitskreis „Faschismus in München – aufgezeigt am Schicksal der aus rassischen und/oder politischen Gründen verfolgten Opfer in der Münchner Ärzteschaft“ wollte zeigen, daß der Entzug der Kassenzulassung, die Berufsverbote, die immer bedrohlicher werdenden Schikanen, schließlich der Approbationsentzug, Inhaftierungen und zum Schluß die Deportation ideologisch und propagandistisch in aller Öffentlichkeit vor 1933 vorbereitete Verbrechen waren. Vor allem aber wollten wir zeigen, daß so gut wie alles, was geschehen ist, offiziell nachlesbar war; und daß ärztliche Standesorganisationen – wenigstens zu Beginn – aktiv daran beteiligt waren.

Wir haben im Frühjahr 1987, nach längeren theoretischen Vorarbeiten, das Suchen begonnen. Ein erster, wichtiger Ansatzpunkt war das Buch von Stephan Leibfried und Florian Tennstedt: „Berufsverbote und Sozialpolitik 1933. Die Auswirkungen der nationalsozialistischen Machtergreifung auf die Krankenkassenverwaltung und die Kassenärzte“. Hier haben wir eine Liste der Krankenkasse Deutscher Ring vom Februar 1943 gefunden, die in München namentlich 23 Ärztinnen und Ärzte „aus nichtarischen Gründen“ und einen Arzt „aus politischen Gründen“ ausschloß.

Eine nächste entscheidende Fundstelle, die uns Michael Hubenstorf aus dem Institut für Geschichte der Medizin in Berlin zugeschickt hat, war der Reichsmedizinalkalender von 1937 (58. Jahrgang). Dieser enthält – nach dem Ärzteverzeichnis des Hartmannbundes – alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Und die 1937 noch im Nazi-Deutschland lebenden jüdischen Ärztinnen und Ärzte sind fein säuberlich mit zwei kleinen Pünktchen vor dem Namen versehen. In München 120 Namen.

Wir haben in der in New York erscheinenden deutschsprachigen Emigrantenzeitung „Aufbau“ und in der „Jüdischen Allgemeinen Zeitung“ anonciert: „Jüdische Ärztinnen und Ärzte in München. 1933–1945. Ärztlicher Arbeitskreis Medizin und Faschismus in München erbittet Auskünfte über das Schicksal jüdischer Ärztinnen und Ärzte in den Jahren von 1933 bis 1945 (ärztliche Tätigkeit vor und nach 1933 in Praxis und/oder Klinik; Zwangsmaßnahmen, Berufsverbot, Approbationsentzug, Deportation,

Mit zwei Pünktchen versehen

Schicksale Münchner Ärzte

„Schicksale jüdischer und ‚staatsfeindlicher‘ Ärztinnen und Ärzte nach 1933 in München“ heißt eine 140seitige Dokumentation, die von der Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte in München zum 30. September 1988 vorgelegt wird. An diesem Tag jährt sich zum fünfzigsten Mal der Approbationsentzug für die damals noch im „Dritten Reich“ lebenden Kolleginnen und Kollegen

Mindestens 135 der 270 Münchner Ärztinnen und Ärzte emigrierten, oft buchstäblich in letzter Minute. Dabei wurden Familien und engste Freunde auseinandergerissen und über die ganze Welt zerstreut. Mindestens 40 der Ärztinnen und Ärzte starben zwischen 1933 und 1945 unter kaum noch rekonstruierbaren Bedingungen in München; ein Kollege am Tag seiner Verhaftung; drei Kollegen wenige Tage nach der „Reichskristallnacht“.

Der teils bürokratisch perfekt organisierte, teils vollkommen beliebig anmutende und dennoch systematisch unbarmherzige und schließlich barbarisch werdende Terror traf die Menschen, ihre nächsten Angehörigen, Ehepartner, Eltern, Kinder, Freunde. Die 270 Namen beinhalten ebenso viele Einzelschicksale. Viele wurden von der „neu-

Die alphabetische Namensliste würfelt durcheinander: Glaubensjuden; zu „Nicht-Ariern“ oder „Rassisch-Fremden“ gemachte Kolleginnen und Kollegen, darunter Menschen, deren Eltern oder Großeltern vielleicht Glaubensjuden gewesen, die selbst aber getauft – also christlich erzogen waren – und wenig oder nichts von jüdischer Geschichte und Gebräuchen wußten; Zionisten; Mitglieder des Vereins sozialistischer Ärzte, wie den am 2. Dezember 1942 im Konzentrationslager Theresienstadt ums Leben gekommenen Julian Marcuse; „gute“ – bis fast zum Schluß national denkende – Deutsche wie den Sanitätsrat Dr. Theodor Guttman, der 73jährig im Juni 1939 einen zweifelten Brief an den „Herrn Oberbürgermeister der Hauptstadt der Bewegung“ schrieb; wahrscheinlich „unpolitische“ Ärzte, die, so lange es eben ging, ihren

Renate Jäckle
ist Ärztin und
Medizinjournalistin in
München

Emigration)? Wir wollen das Ergebnis in einer Dokumentation festhalten, um Menschen, die das Leben vor 1933 in München mitgeprägt haben, hier in der bayerischen Landeshauptstadt vor dem endgültigen Vergessen zu bewahren. Wer kennt Adressen evtl. noch lebender Personen oder kann Informationsquellen angeben?"

Auf die Anzeigen hin bekamen wir Briefe aus den USA, England, Israel. Ich habe so im September 1987 den beinahe 90jährigen Richard P. Schermann in Bad Aibling kennengelernt – zwei Monate vor seinem Tod. Der Kollege war Tuberkulosefürsorgearzt bei der LVA-Oberbayern gewesen, bis er aufgrund des „Berufsbeamtengesetzes“ vom April 1933 entlassen wurde.

Wir haben in München, oft zufällig und im „Schneeballprinzip“, alte Münchnerinnen und Münchner, Zeitzeugen, „Betroffene“, Angehörige kennengelernt und dabei gemerkt, daß jeder, der diese Zeit miterlebt hat, wichtige Erinnerungen und Informationen beitragen kann – sofern er möchte. Wir haben im Frühjahr 1988 mit Brigitte Schmidt, einer Mitarbeiterin des Münchner Stadtarchivs, eine große Unterstützung unserer Arbeit bekommen. Brigitte Schmidt war im Staatsarchiv und ich wiederholt im Institut für Zeitgeschichte.

Ich habe im Keller der medizinischen Lesehalle – noch längst nicht ausführlich genug – alte Ständesblätter (Deutsches Ärzteblatt, Ärztliche Mitteilungen, Bayerisches Ärzteblatt, Münchner Ärztliche Anzeigen – Fundgruben, kann ich nur sagen!) durchstöbert.

Auf diese Weise legen wir nun eine Dokumentation vor, die bisher, ich denke, das können wir behaupten, einmalig in der Bundesrepublik ist. Einmalig, weil sie sowohl Dokumente (148 Abbildungen) als auch sehr persönliche biographische Daten enthält. Zeugnisse, Unterlagen, Briefe, Fotos, private Nachrufe; zusammengetragen aus Israel, den USA, Großbritannien, der Bundesrepublik... Wer in dieser Namensliste blättert, die so viele Einzelschicksale – und doch nur einen winzigen Bruchteil der Millionen Nazi-Opfer – enthält, der stößt immer wieder, neben all dem Grauen und letztlich nicht „Begreifbaren“, auf stadthistorisch und medizingeschichtlich hochinteressante Aspekte, die sehr viel gründlicher erforscht oder, besser, endlich wieder ausgegraben werden sollten!

Wir wissen, und das läßt sich fünf- und fünfzig bis fünfzig Jahre später nicht vermeiden, daß die Dokumentation, neben ihren vielen Fragezeichen und Lücken, Widersprüchliches und wohl auch Fehler enthält. Wer heute versucht, mehr über Einzelschicksale der Opfer der Nazidiktatur, in unserem

Fall Ärztinnen und Ärzte, zu erfahren, sucht in Arztverzeichnissen, Polizeimeldebögen, Einwohner- und Emigrantenkarteien. Er muß tausendseitige Gedenkbücher, die 128 091 Opfer enthalten, durchgehen. Er liest medizinische Ständesblätter und Tageszeitungen; wandert über langsam zerfallende Friedhöfe. Manchmal bleibt nur Bitterkeit – vor allem dann, wenn so verdammt deutlich wird, daß im Prinzip wirklich alles, was nach 1933 geschehen ist, für den, der wollte, nachlesbar war.

Wir wollen mit dieser Dokumentation Kolleginnen und Kollegen in anderen Städten anregen, ähnliches zu versuchen. Bevor es endgültig zu spät ist. Wir sind gerne bereit, die Erfahrungen, die wir bisher gesammelt haben, in Form von Tips, Informationen, Hilfestellungen etc. weiterzugeben. Und wir hoffen selber auf Ergänzungen, Korrekturen, weitere Hinweise. Wir werden in München an diesem so bedrückenden und doch so spannenden Thema weitermachen. Vielleicht können wir in ein bis zwei Jahren eine umfangreichere biographische Darstellung vorlegen. Mal sehen, wie es mit den Kräften, den Finanzen, der Organisation weitergeht.

Renate Jäckle



SDAP, ~2 NW, Lin-
runstr. 64
nz O, Ritter Titus 22, ao
Prof, Anat., Ass a. Anat.
UnvInst, ~2 SW, Schiller-
str. 26
ser 9, Wilhelmine 14, ~8,
Josephsbergstr. 25
ubinger, Heinrich 96, ~P,
~2 SW, Lindwurmstr. 71
Lauck, Albert 29, ~13,
Kurfürstenplatz 2
: Laudenheimer, Rudolf 94, ~P,
~13, Heßstr. 10
Lauden, Bruno 33, ~2 NO,
Zweibrückenstr. 8
Laue O, Hermann 88, ~P, ~9,
Frühlingstr. 88
Laux, Wilhelm 32, VolA a. d.
Klin, ~2 NW, Lotz-
backstr. 3

te 435)

§ 809

Lebsanft, Alfred 09, ~P, ~19,
Volkartstr. 28
Lebsche O, Max 11, ~P, aoProf,
~P d. UnvPoliklin,
~2 SW, Bavariaring 48
ederer, Eugen 26, ~P, RegR i.
Bayr. Inst f. Arbeitsmed.,
~2 NW, Richard-Wagner-
Str. 18
ehle O, Anselm 04, GenStA
ad, ~P, ~2 NO, Prinz-
regentenstr. 5
elchs, Albert 32, AssA a. d.
UnvPoliklin, ~9, Al-
banistr. 6
Leist 9, Eva, geb. Schwind 27,
~P, VolA, ~9, Grünwalder
Str. 181
Leitermann, Franz 34, AssA a. d.
UnvKlin, ~12, Gang-
hoferstr. 46
Leitner, August 35, VolA a. Kh
d. 3. Ordens, ~88, Maria-
Ward-Str. 24
Lemberg O, Carl 96, ÖMR i.R.,
~2 SO, Erhardstr. 31
Lempe, Walter 07, ~2 SO, Rei-
chenbachstr. 17
Lennertz, Albert 14, ~P,
~12, Ganghoferstr. 2
Leonhard, Heinrich 20, ~P,
~2 NW, Dachauer Str. 10
Lepel, Gerhard 28, ~P, MarStA,
~25, Lipowskystr. 12
Leuze, Erich 35, AssA a. d.
UnvKlin, ~2 NO,
Ludwigstr. 17½
: Levi, Max 22, ~P, ~2 SW,
Herzog-Heinrich-Str. 9
: Levi, Raphael 98, ~P, ~2 SO,
Fraunhoferstr. 2
: Levin, Ernst 13, ~P, ~23,
Leopoldstr. 87
: Levinger, Max 20, ~2 M,
Rosental 6
Levinger O, Siegfried 94, ~P
~23, Clemensstr. 40
: Levy, Ernst 97, SR, Sprach-
k., ~P, ~8, Auß. Prinz-
regentenstr. 5
Lichtenauer, Ludwig 36, AssA
a. Anat. UnvInst, ~2 SW,
Pettenkoferstr. 11
Lieb, Anton 36, VolA a. d. ~P,
UnvPoliklin, ~2 NO, Ge-
würzmühlstr. 10
Liebich, Hans-Albrecht 35, AssA
a. Städt. Kh Schwabing,
~23, Hörwarthstr. 36
Liebrich, Peter 38, HilfsA b. d.
SS-VT
Lieser, Heinrich 21, ~8, Melu-
sinenstr. 2
: Lilienfeld, Alfred 28, ~P, ~2
M, Theatinerstr. 16
Limmer O, Joseph 16, ~P, Amts-
A, ~42, Zündter Str. 28
Lind, Karl 27, ~P, AssA a. d.
UnvKlin, ~13, Franz-
Joseph-Str. 37
Linde, Waldemar 20, ~2 NW,
Marsstr. 28/o
: Lindner, Richard 04, ~2 NW,
Jutastr. 18
Lindpaintner, Otto 21, ~2 M,
Pfandhausstr. 7
Lingenfelder, Oskar 23, ~19,
Rotkreuzplatz 2

. Allgemeine Gebrauchs-Anleitung: hinter dem Vorwort



Fotos: Beschäftigte des Reha-Zentrums (2), yn (2)

Betreuung: Vielfache Freizeitbeschäftigungen wurden von den Streikenden für die Bewohner des Reha-Zentrums organisiert. Damit dies auch weiter laufen kann, will die Belegschaft Sponsoren gewinnen, die sich an der Finanzierung von Freizeitmaßnahmen beteiligen



Nichts mehr Der Streik in

Etwas verloren sitzen Karl-Heinz Rauch, Geschäftsführer der ÖTV-Siegburg, und Martin Laubach, Betriebsratsvorsitzender des Reha-Zentrums Hohenhonnet, in der Ecke eines schmucklosen Aufenthaltsraums der Behinderteneinrichtung. Auf ihrem Tisch eine Urne, die Liste der ÖTV-Mitglieder unter den Beschäftigten, Stimmzettel. Nur wenige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommen an diesem Nachmittag zur Urabstimmung, „die meisten kommen morgen früh“, erklärt Karl-Heinz Rauch, „da hat sich das Fernsehen angesagt.“

Nach fast drei Monaten Streik, dg berichtete im letzten Heft, gab die Helferrich-Stiftung Ende August ihre sture Haltung auf und erklärte sich bereit, in Tarifverhandlungen einzutreten. In der Nacht vom 1. zum 2. September schließlich wurde ein Tarifvertrag vereinbart. Zur Unterschrift fehlt nur noch die Zustimmung der Kolleginnen und Kollegen aus dem Reha-Zentrum.

Am Ausgang der Urabstimmung hat Martin Laubach keinen Zweifel: „Wir haben in den Verhandlungen Dinge festschreiben können, die zum Teil über den Bundesangestelltentarif hinausgehen“, und er zählt die wichtigsten Punkte der Vereinbarung auf: Die Arbeitszeitverkürzung des Öffentlichen Dienstes werde übernommen, die Abgeltung von Überstunden sei ebenso geregelt wie der Zusatzurlaub für Schicht- und Nachtdienste: generell vier Tage, im BAT gilt eine Staffelung von einem bis zu vier Tagen. Besonders stolz ist der Betriebsratsvorsitzende, daß nach dem Vertrag geteilte Dienste nicht zulässig sind und ein gesonderter Tarifvertrag zum Rationalisierungsschutz vereinbart wurde. Ein Wer-muthstropfen sei sicher das Fehlen der Unkündbarkeitsregelung, aber, so Laubach, „mehr als 15 Jahre hat es hier ohnehin kaum einer ausgehalten.“

Von euphorischer Stimmung und Siegesfreude ist am Reha-Zentrum wenig zu merken. Nur noch vereinzelte Plakate erinnern an den längsten Streik, den die ÖTV bisher geführt hat. Unter einem Wohnwagen, in dem während des Arbeitskampfes die Streikposten übernachtet haben, liegen zusammengepackte Transparente. „Streikkater“, beschreibt Karl-Heinz Rauch die Stimmung bei den Beschäftigten.

Schlechtes Gewissen: Der Konflikt zwischen eigenen Ansprüchen und dem Arbeitsalltag ist nicht bloßes Theaterspiel. Der Streik hat den Kolleginnen und Kollegen gezeigt, daß bei der Betreuung der Behinderten mehr möglich ist als das bis dahin Machbare

wie vorher

Hohenhonnet

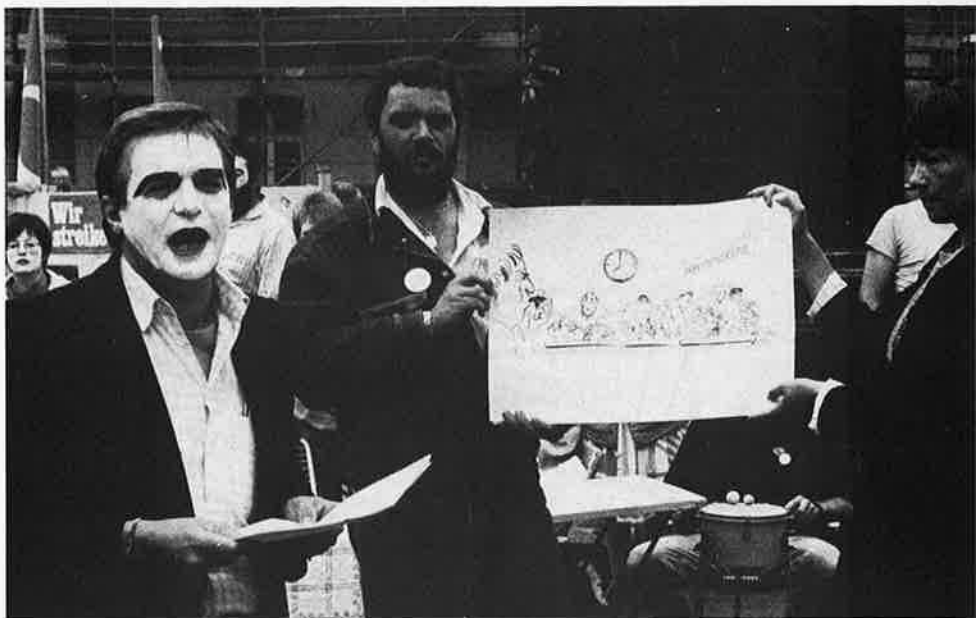
Der Katzenjammer ist verständlich: Während des Streiks hätten sich alternative Lebensformen entwickelt, so Laubach, schon dadurch, daß die Streikposten, zum Teil mit ihren ganzen Familien bei Kolleginnen und Kollegen im Haus wohnten. Auch seien die ganzen Hierarchien, die im Reha-Zentrum bestanden, durch den Streik weggeschwemmt worden. Weil Arbeits- und Beschäftigungstherapie bestreikt wurden, hätten die Betreuer gelernt, wie eine sinnvolle Arbeit mit Behinderten aussehen kann. Kurz: Während des Streiks war alles besser, und nun, wo das Ziel erreicht ist, soll das alles gewesen sein.

„Wir müssen jetzt möglichst schnell wieder auf den Boden der Tatsachen zurückkommen“, gibt der Betriebsratsvorsitzende die Marschroute vor, „und die Erfahrungen der letzten Monate für die täglichen Auseinandersetzungen im Haus nutzen.“

Die stehen der Belegschaft ohnehin ins Haus. Heimleiter Martin wolle nur die im Tarifvertrag festgeschriebenen Änderungen für die umstrittene Arbeitstherapie umsetzen, erklärt Martin Laubach. Das heißt, es ändern sich bloß die Arbeitszeiten, nicht aber die Inhalte. Karl-Heinz Rauch ist allerdings optimistisch, daß es nicht dabei bleibt. „Durch den Streik ist die Öffentlichkeit sehr sensibel geworden, und das werden wir natürlich nutzen.“ Darüber hinaus hat die Belegschaft bereits Kontakte zu Firmen aufgenommen, um neue, bessere Aufträge für die Arbeitstherapie einzuholen. Viele Beschäftigte sind Mitglied des Fördervereins geworden, um auch von dieser Seite Druck auszuüben. Ausgebaut werden sollen die Freizeitmaßnahmen. „Die kosten natürlich viel Geld, da brauchen wir Sponsoren“, sagt Laubach und hat auch eine Idee, wie man die gewinnen kann. Es bestünden bereits Kontakte zu großen Industriefirmen, und man wolle jetzt an verschiedene Betriebsräte von Unternehmen schreiben, damit die auf die Geschäftsleitung Einfluß nehmen.

„Nach dem Streik kann nichts mehr wie vorher sein“, hatte ein Arbeitstherapeut noch während des Arbeitskampfes festgestellt. Der Streik ist zu Ende. Die neuen Erfahrungen aber müssen noch umgesetzt werden.

Streikkater: Der Arbeitskampf ist zu Ende, das Ziel, ein Tarifvertrag, erreicht. Es wird die Beschäftigten einige Mühe kosten, daß die im Streik gewonnenen Erfahrungen in der täglichen Routinearbeit nicht untergehen

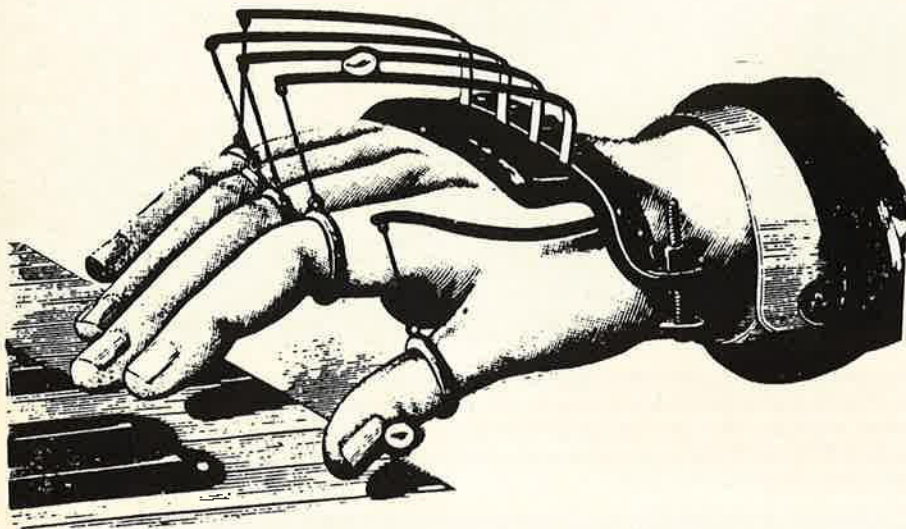


Arbeitstherapie: 41-Stunden-Woche, industrielle Akkordarbeit und dafür ein Taschengeld von 20 bis 80 Mark. Die Beschäftigten des Reha-Zentrums haben bei ihren Aktionen deutlich gemacht, daß dies mit Therapie nichts zu tun hat. Öffentlicher Druck soll weiter dafür sorgen, daß nach dem Streik nicht alles beim alten bleibt



Apparat gut

Die Entwicklung der Lithotrypsie



gw – Der Boom bei Stoßwellen-Lithotryptern hält ungebrochen an – trotz Großgerätebedarfsplanung. Manchmal zum Vorteil der Patienten

Als die Firma Dornier Anfang der achtziger Jahre ein Gerät entwickelte, mit dem durch Stoßwellen Nierensteine zertrümmert werden konnten, wurde das als entscheidender Durchbruch der medizinisch-technischen Forschung bei der Behandlung gefeiert. Inzwischen ist diese Behandlungsform auch fest etabliert. Operationen von Nieren- und Harnleitersteinen sind zum Nutzen der Patienten nur noch in den seltensten Fällen notwendig.

Die Hoffnung der Krankenkassen sowie der Gesundheitsministerien, daß mit der Stoßwellen-Lithotrypsie immense Geldsummen eingespart werden könnten, hat sich jedoch nicht bewahrheitet. Zwar sind die Kosten der einzelnen Behandlung von 3950 Mark in 1982 auf 1200 Mark in diesem Jahr gesunken. Trotzdem seien den Krankenkassen allein in diesem Jahr zusätzliche Ausgaben von rund 42 Millionen Mark entstanden, behauptet Ernst Brukenberg, Krankenhausreferent im Niedersächsischen Sozialministerium. Der Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen widerspricht dem heftig: Man habe vielmehr seit 1982 insgesamt 120 Millionen Mark eingespart.

In die Zahl der Ausgaben, die die Lithotrypsie für die Kassen verursacht, geht nämlich zum Beispiel nicht ein, was der Verlust von Lebensqualität und der Arbeitsfähigkeit durch eine Operation für die Patienten kostet. Hier einmal abgesehen davon, daß sich das in Geld nicht aufwiegen läßt. Besseren Aufschluß soll eine Untersuchung über die medizinischen und wirtschaftlichen Konsequenzen des Ansatzes der extrakorporalen Stoßwellen in der Bundesrepublik geben.

Zu vermuten ist jedoch, daß Brukenberg nicht so ganz falsch liegt mit seiner Annahme, daß die Lithotrypsie teuer ist. Ein Problem bei der extrakorporalen Stoßwellen-Lithotrypsie ist nämlich die Entfernung des Steinmaterials, wofür zusätzliche Behandlungsverfahren notwendig sind. Dem Rückgang der offenen Steinoperationen steht deshalb ein überproportionaler Anstieg an zusätzlichen Behandlungsformen und damit an Krankenhausverweildauer und Personal- und Sachaufwendungen gegenüber. Da außerdem manch ein Lithotrypter auf einer kleineren urologischen Abteilung steht, gab es auch nicht die erwartete Personal- und Bettenreduktion.

Für die Annahme einer Kostensteigerung sprechen noch eine Reihe anderer Gründe. Im Gegensatz zum üblichen Verfahren wurde Aufstellung, Verteilung und Finanzierung von 21 Nieren-Lithotryptern durch Verträge des Kuratoriums für Heimdialyse mit den Bundesverbänden der Krankenkassen geregelt. Dank dieser Treuhandverträge kam es nach 1982 zu einer rasanten Verbreitung der Technik. Die Leistungsdichte der Lithotrypter wurde zwischen 1983 und 1986 zwischen 30 und 40 Prozent erhöht, und bis Ende nächsten Jahres gehen Experten von einer Zahl von 60 Lithotryptern aus: Damit allerdings hätte man dann tatsächlich eine Überversorgung.

Teilweise wurden diese zusätzlichen Lithotrypter unter Umgehung der Großgeräteverordnung installiert, zum Teil wegen lokaler Eitelkeiten, zum Teil, weil andere Firmen versuchten, ihre Entwicklungen auf den Markt zu bringen. Zum Beispiel installierte Siemens in Völklingen an der Saar eine „Versuchsanlage“, ohne daß die Folgekosten berechnet wurden.

Gezündet wurde die Kontroverse um die Kostenentwicklung durch die oben zitierte Veröffentlichung aus dem niedersächsischen Sozialministerium. Ernst Brukenberger, der Autor, hält die Treuhandverträge für rechtswidrig, da sie zu einer quasi Monopolstellung für Dornier geführt hätten. Außerdem sei es durch den Verstoß gegen die Großgerätebedarfsplanung zu einer „unwirtschaftlichen Angebotsstruktur“ gekommen. Nun ist dieser Vorwurf sicher überzogen, wenn man sich die Entwicklung genauer anschaut, und zudem: In diesem Fall ist eben einmal alles ganz anders: Es nutzt der Apparatindustrie, es ist wahrscheinlich richtig teuer, es unterstützt die Chérfärzte in ihren Eitelkeiten – und es nützt den Patienten.

Ein neues Anwendungsgebiet, das derzeit klinisch erprobt wird, ist die Stoßwellen-Behandlung von Gallensteinen, mit der in der Bundesrepublik bisher rund 500 Patienten behandelt wurden. Etwa 10 bis 30 Prozent aller Gallensteine kommen nach derzeitigen

Schätzungen für eine solche Behandlung in Frage. Bislang sind in den Pilotstudien dabei keine Komplikationen aufgetreten. Im Klinikum Großhadern konnten 98 Prozent aller Gallenblasensteine zertrümmert werden. Ein Jahr später waren 90 Prozent der Patienten steinfrei – die Reststeine werden medikamentös entfernt –, allerdings hatten ein Drittel der Patienten bis zur Steinfreiheit Koliken. Ermutigend sind die Ergebnisse bei Gallengangssteinen. 84 Prozent konnten zertrümmert werden, so daß man sie endoskopisch entfernen konnte oder sie spontan abgingen.

Die Zahl der notwendigen Gallenoperationen wird sich jedoch dadurch nicht verringern lassen, darüber sind sich die Experten einig. Stefan Kirchberger, Medizinsoziologe aus Münster, stellte in einem Gutachten für das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium fest, daß es sich um ein zusätzliches Behandlungsangebot für Patienten handelt, bei denen bisher nur die Symptome kuriert wurden. Es wird sich daher voll als Ausgabe in der Gesundheitsversorgung niederschlagen. In welchem Umfang das geschieht, hängt von der Zahl und Auslastung der Geräte ab. Vor allzu großer Euphorie kann man daher bei der jetzigen Politik der Kostendämpfung nur warnen, zumal Ergebnisse über Spätfolgen dieser neuen Behandlungsmethode noch nicht vorliegen. □

FRAUEN GEGEN GEN- UND REPRODUKTIONSTECHNOLOGIE

2. Bundesweiter Kongress Frankfurt/M. (Uni) 28. – 30.10.1988

VERANSTALTERINNEN: Autonomes Lesben- und Frauenreferat, Uni Frankfurt/ ASIA-Referat „Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien“, Marburg/ beiträge zur feministischen theorie und praxis, Köln/ Fem. Frauengesundheitszentrum, Frankfurt/ FINRRAGE Koordination BRD, Frankfurt/ Frauenzentrum, Bochum/ Frauen des Genarchivs, Essen/ Verein Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen, Köln

ANMELDUNG: Fem. Frauengesundheitszentrum
Hamburger Allee 45
6000 Frankfurt/M. 90
Telefon 069/70 12 18 (Di 13–16 Uhr)

FINANZIELLES: Die Teilnehmerinnengebühr beträgt 20.-DM – 50.-DM (Preis nach Selbsteinschätzung, Spenden sind erwünscht!!!) zu überweisen auf das **SPENDENKONTO:** Postgiroamt Köln (BLZ 370 100 50) Kto.-Nr. 268 246 - 502, Kto.-Inh.: Sozialwissenschaftl. Forschung und Praxis e.V., Sonderkonto „Kongress88“



Sie leben mit Euch – vielleicht sogar an Eurer Seite.

Mädchen und Frauen, die sexuell mißbraucht wurden. Für sie ist schon Hilfe, daß dieses Thema nicht tabuisiert bleibt.

Karin Gutjahr, Anke Schrader
**SEXUELLER
MÄDCHENMIßBRAUCH**
Ursachen, Erscheinungen,
Folgewirkungen und
Interventionsmöglichkeiten
Hochschulschriften, Band 256
Frauenstudien 10
200 Seiten, DM 30,-

Das Thema wird von den Autorinnen in seiner Gesamtheit angemessen distanziert erfaßt und dargelegt. Mit Hilfe des Isolationskonzeptes – das sie auch

gegenüber anderen theoretischen Ansätzen abgrenzen, wobei sie diese kritisch würdigen – zeigen sie die Auswirkungen des sexuellen Mißbrauchs an Mädchen: Selbsthaß, Selbstverachtung, Angst in allen Formen, Selbstzweifel und das Gefühl von Minderwertigkeit kennt jedes mißbrauchte Mädchen. Die erlebte Demütigung kann das ganze Leben bestimmen, bis hin zur Erziehung ihrer Kinder. Denn Neues kann nur auf der Grundlage von Altem erworben werden. Wenn aber das „Alte“ bei jährlich etwa 300.000 Frauen und Mädchen der sexuelle Mißbrauch ist, was kann dann das „Neue“ sein?

Die Untersuchung von Heidi Thiemann ist in diesem Zusammenhang ebenso zu beachten:

Heidi Thiemann
**FRAUENROLLE
UND PROSTITUTION
IN THAILAND**
Hochschulschriften 237
Frauenstudien 7
160 Seiten, DM 18,-

Unsere Bücher
sind Lebens-Mittel

PAHL-RUGENSTEIN

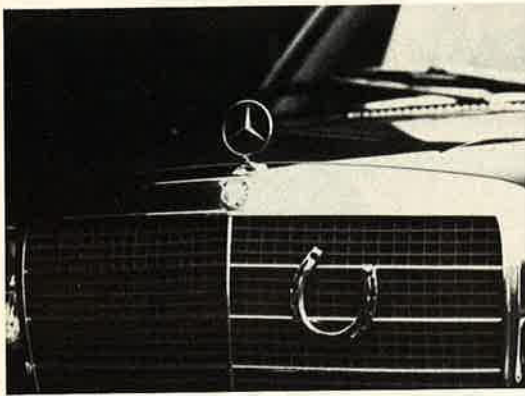


Foto: Linie 4

**WER MACHT HAT, HAT
AUCH STIL, UND DEN
MUSS MAN VORZEIGEN,
UND DOCH LUGT AUS
J E D E R R E D E
INTELLEKTUELLE
VERLOGENHEIT UND
STAMMTISCHNIVEAU.**

Ungehobelte Kritiker gehören nicht auf noble Feiern. Doch naßforschendes Auftreten und der Pressausweis öffnen einem manchmal ungeahnte Möglichkeiten. Zum Beispiel die, für einen Vormittag staatstragende Persönlichkeiten aus nächster Nähe begucken zu dürfen. Erster Eindruck im Foyer der Kölner Messehalle acht: Wer von Bayer zur offiziellen 125-Jahr-Feier eingeladen wird, ist männlichen Geschlechts und trägt schwarzes und blaues Tuch zu mindestens 700 Mark der Meter. Er trägt außerdem den geballten Charme der Macht zur Schau, auch wenn bisweilen jugendliches Aussehen dies lächerlich erscheinen läßt.

Mit einem dezenten Gong geht es los. Man setzt sich hin, und kurz drauf rauscht der Mensch ein, über den man keine Witze mehr machen mag. King Kohl hält mit eifertigem Gefolge durch den für ihn reservierten Mittelgang Einzug und schreitet durch die dezent klatschende Menge der 3000 geladenen Gäste nach vorne wie zum Altar. Doch der Peinlichkeiten noch kein Ende: Dort öffnet sich ein elektrischer Schrein und offenbart dem Blick – das Amateuorchester der Bayer AG, das die Gäste nun mit der Ouvertüre der Zauberflöte in festliche Stimmung versetzen soll. Der arme Hofkompositeur Mozart, wenn er gewußt hätte, wie schwunglos dort seine Musik heruntergenudelt wird. Mildtätig verschluckt die Akustik fast alles.

Dann der Vorstandsvorsitzende der Bayer AG, Hermann Strenger, der wenn schon ohne den Zierat des Dok-

tortitels, sich doch wenigstens mit der Abkürzung seines Zweitvornamens schmücken muß. Hermann J. also, ein leicht gebräunter Sechziger mit Silberhaar, begrüßt zunächst einmal die Gäste, den Herrn Bundeskanzler, den Herrn Ministerpräsidenten, Johannes Rau, den Bürgermeister von Leverkusen und den Bürgermeister von Köln. Strenger beschwört Gemeinsamkeit von Politik und Wirtschaft, von Wissenschaft und Wirtschaft – wohl wissend, daß die chemische Forschung fast ausschließlich konzern-eigen ist – und die Einheit von Gesellschaft und Unternehmen. „Wir denken und fühlen in den meisten Dingen nicht anders als unsere Mitmenschen“, betont er, als wollte er seine Distanz noch besonders herausstellen.

Strenger zeigt, daß er den Rhetorikkurs für Anfänger nur knapp bestanden hat: Die Vorwürfe, mit denen die Bayer AG von ihren Kritikern konfrontiert wird, erwähnt er, um sie peinlich schnell abzubiegen. Die IG Farben zum Beispiel tauchen in seiner Rede durchaus auf, wolkig natürlich umschrieben als „dunklere Kapitel in der Bayer-Geschichte“, bei deren Erinnerung man aber nicht stehenbleiben dürfe. Die Lektion, die man daraus lernen müsse, sei „ein entschiedenes Eintreten für die freiheitliche Demokratie, in der wir leben.“ Eine Lektion, die die 10000 KZ-Häftlinge, die für die IG Farben arbeiten mußten und von denen die allermeisten dies nicht überlebten, teuer bezahlt haben.

Worte der Trauer und des Bedauerns für sie findet Strenger nicht, wohl aber

**ud – Rund 3000 Herren waren
in die Kölner Messehallen
geladen, um das Jubiläum des
Chemie- und Pharmakonzerns
zu begehen. Kohl und Rau
waren auch dabei. Gefeiert
wurde die „Vermählung von
Ökologie und Ökonomie“ – im
Rahmen des Möglichen“**



für andere Verluste, die der Krieg den Chemieriesen gekostet hat: „Zweimal verloren wir fast unser gesamtes Auslandsvermögen. Nach dem Zweiten Weltkrieg kam der Verlust praktisch aller Erfindungen hinzu, die wir bis dahin gemacht hatten.“ Daß der Konzern sich gleichwohl in wenigen Jahren wieder in die Spitzengruppe der vier größten Chemieproduzenten heraufgewirtschaftet hatte, war nicht zuletzt der „Großzügigkeit“ der Siegermächte zu verdanken, die die Konzernspitzen vor Absitzen der Strafe, zu denen sie der Nürnberger Gerichtshof verurteilt hatte, wieder an ihre alten Positionen zurückversetzen ließen.

Strenger „sagt ja“ zu einer kritischen Auseinandersetzung mit der Öffentlichkeit, wenn sie fair ist. Er beteuert mit ernsthafter Geste, daß „es in der kommenden Zeit eine der wichtigsten unternehmerischen Aufgaben ist, für den dringend notwendigen gesellschaftlichen Konsens zu werben“. Ob die neue Botschaft jetzt auch in Leverkusen angekommen ist? Andere Konzerne werben bereits externe Kommunikationsexperten an, die ihnen beibringen sollen, wie man Protest integriert.

Oft reicht wohl schon ein kleines Feuchtbiotop vor den Giftgaslagern aus, um den Kritikern klarzumachen, daß alles zum besten bestellt ist. In der Redaktion der Zeitschrift „Natur“ jedenfalls glaubt man den Gesten der Aufrichtigkeit und Verantwortung bereits: In der deutschen Großindustrie werde in Sachen Umweltschutz „viel, viel mehr getan, als man von außen erwartet“. Flexibilität und Grundwerte

kommen heuer an. Als der distinguierte Herr vorne auf dem Podium diese beschwört, möchte man ihm auch fast Glauben schenken. Fiele einem da nicht sofort ein, wie der Konzern mit den kritischen Bayer-Aktionären, mit Axel-Köhler-Schnura und Pastorin Friedel Geisler umspringt. Wäre da nicht die Erinnerung an Bhopal, an Seveso, an Sandoz.

Kanzler Kohl schürft tiefer, schwärmt vom „Prinzip Verantwortung“ und mahnt, frei den wertkonservativen Philosophen Hans Jonas verwurstend, die Schöpfung zu bewahren. Nicht ohne dessen Mahnungen, nicht alles, was machbar erscheint, auch zu tun, gleich in den Wind zu schlagen und die gelungene „Vermählung von Ökonomie und Ökologie im Rahmen des Möglichen“ zu feiern.

Überhaupt war das Stichwort „Ökologie“ sehr beliebt, und die Bayer-Kritiker, obwohl in den heiligen Hallen nicht anwesend, geisterten durch alle Festreden dieses Tages. Sie hießen „Zeitgeist“, „pessimistischer Trend“ und „die Menschen“. Ein wenig plumper wurde da Paul Laux, Vorsitzender des Gesamtbetriebsrats der Bayer AG: Es gebe da ja „einige wenige“, die das Bayer-Jubiläum „alternativ“ feierten, und das Bild eines Molochs an die Wand malten. Zum Glück sei das nur „ein Grüppchen“, auf das die Zehntausende von Angestellten verzichten könnten. An dieser Stelle der Rede heftiges Klatschen der vornehmen Gäste. Ansonsten sang Laux das Lied vom Wohlergehen des Arbeitnehmers bei steigenden Profiten des Konzerns und von der harmonischen Partnerschaft mit dessen Leitung.

Professor Dr. Dr. Heinz A. Staab, Präsident der Max-Planck-Gesellschaft rechtfertigte durch die Differenziertheit seiner Rede die drei Titel und den Doppelnamen: Er konstatierte Fakten: Der Begriff „Chemie“

habe im Laufe zweier Jahrzehnte in weiten Kreisen eine Wandlung ins Abwertend-Negative erfahren, und der Nutzen der Chemie sei dabei völlig aus dem Gesichtsfeld verdrängt worden. Staab nannte auch die Ursachen beim Namen: Luftverschmutzung, Wasserverunreinigung, Contexan, die zahlreichen Stör- und Unfälle. Früher habe er es gar für sinnvoll gehalten, Umwelt- und Arbeitsschutzregelungen nicht als Behinderungen zu akzeptieren, sondern daran konstruktiv mitarbeiten.

Doch all dies habe sich als Schall und Rauch erwiesen, da die „politische Seite“ glaube, jeder Meinungsströmung nachgeben und alle Risiken durch gesetzliche Regelungen ausschalten zu müssen. Staab forderte statt dessen „mehr Vertrauen“. Aufpassen müsse man vor allem aber da, wo ökologische Probleme mit dem Kampf um politische Zielsetzungen, um Systemveränderung gehe, verflochten seien. Da waren sie wieder, jene bösen Kritiker, die es nun durch Integration der Unpolitischen auszuschalten gilt.

Aus dem Rahmen von artig gesetztem Lob und milder Mahnung fielen nur noch einige honorige Scherze. So der des Bürgermeisters von Leverkusen, der sich gönnerhaft am Neid des alten Stammsitzes von Bayer versuchte und das Sprüchlein „Kannst du einen nicht verknusen, schicke ihn nach Leverkusen“ zitierte. Worauf sich Johannes Rau, ehemals Oberbürgermeister von Wuppertal, nicht zu schade war, schüttelnd zurückzureimen: „Plagt ihn dann der Sehnsucht Qual, hol ihn zurück nach Wuppertal.“ Darüber können sich die mächtigen und möchtegern-mächtigen Gäste des Weltkonzerns, der ohne Federlesen ganze Länder zugrunde richten könnte, richtig freuen: „Ho, ho, ho.“

So sehr man sich bemüht hatte, Verantwortungsbewußtsein und Stil zu zeigen, am Ende wurde man doch wieder von der eigenen intellektuellen Provinzialität eingeholt. Die Verunsicherung angesichts des Imageverlusts der Bayer AG und des Ansehens der Bayer-Kritiker festzuhalten ist wichtig, doch die kleinen Scherze zeigen, daß sich die Herren noch nicht einmal ihrer Macht bewußt sind, die weiter reicht als von Leverkusen nach Wuppertal. Vielleicht macht gerade das sie so gefährlich.



Foto: dpa

Man zeigte ein gerüttelt Maß an Verunsicherung darüber, wie sehr die Umweltschützer und Systemveränderer einem das Image versaut haben

40 Prozent selbst der 24- bis 30jährigen sind schon jetzt hörgeschädigt. Krach macht krank. Und tagtäglich werden mehrere Tausend Fahrzeuge neu zugelassen.

Krach, laß nach!

Bereits sechs Millionen Hörgeschädigte gibt es in der Bundesrepublik, und nicht nur ältere Menschen sind betroffen. Von den 15- bis 25jährigen haben nur noch etwa 60 Prozent ein normales Gehör. Der Verband der Hörgeräte-Akustiker schätzt, daß bis zur Jahrhundertwende mindestens ebenso viele Menschen ein Hörgerät tragen werden wie heute eine Brille.

Lärmquelle Nummer eins ist der Verkehr. Mehr als 75 Prozent aller Bundesbürger fühlen sich durch Verkehrslärm belästigt. Dabei nimmt der Straßenverkehr eine Spitzenstellung ein: 60 Prozent empfinden ihn als störend. Dann folgt der militärische und zivile Flugverkehr (37 Prozent) und weitab davon der Schienenverkehr (17 Prozent). Und es sind längst nicht mehr nur die Hauptstraßen. Nahezu jede Nebenstraße liegt über dem noch zumutbaren Lärmpegel von tags 50 dB(A) und nachts 40 dB(A).

Mitunter wird davon ausgegangen, daß Hörgeschädigte von Lärm weniger betroffen sind, frei nach dem Motto „Die hören ja eh nichts mehr“. Aber das Gegenteil ist richtig. Gerade sie leiden ständig unter einem erhöhten Geräuschpegel, da die Hörgeräte auch die Störgeräusche verstärken.

Verärgerung, Gereiztheit, Aggressivität, Schlaf- und Konzentrationsstörungen sind noch die leichteren gesundheitlichen Störungen, die der Verkehr bewirkt. In verkehrsreichen Wohngebieten (66 bis 73 Dezibel) geben schon mehr als anderthalb mal so viele Bewohner an, wegen Bluthochdruck behandelt worden zu sein, als in verkehrsärmeren Gegenden mit 50 dB(A). Schon ab etwa 60 dB(A) Mittelungspegel (rechnerisch gebildeter Wert als Dauerschallpegel zur besseren Vergleichbarkeit) kann es zur Erhöhung der Herz- und Atemfrequenz, zu Ver-

änderungen der Hirnaktivitäten, der Durchblutung und Muskelspannung, zur Erweiterung der Pupillen und zum Ausscheiden von Stresshormonen kommen.

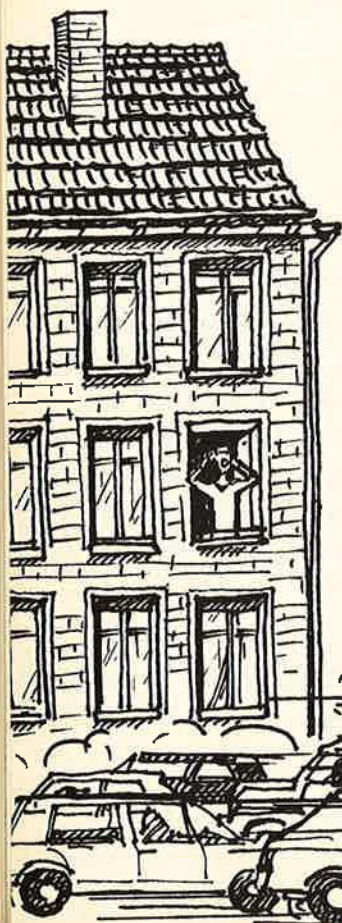
Die Sinneszellen des Ohres können durch eine kurze starke Belastung beeinträchtigt werden, so daß es zu einer vorübergehenden Vortäubung des Ohres kommt. Die gravierendste körperliche Schädigung, die ab 85 dB(A) in Dauerbelastung über Jahre hinweg eintritt, ist die Schwerhörigkeit oder gar Taubheit. Wenn die Geräuschbelastung zu stark und von längerer Dauer ist, sterben die Sinneszellen nach und nach ab, und sie können sich nicht regenerieren.

Im Vergleich zu anderen Lärmverursachern nimmt der Verkehrslärm noch ständig zu: Täglich werden 2000 bis 3000 neuer rollender Krachschläger (KFZ) neu zugelassen. Der militärische Tiefflug wird nur äußerst zurückhaltend reduziert, und der zivile Luftverkehr wird kräftig ausgebaut. Busse und Bahnen als leiseste aller motorisierten Verkehrsmittel werden dagegen immer weniger benutzt.

Von der offiziellen Lärmschutzpolitik hört man ziemlich wenig. Es ist ihr allerhöchstens gelungen, den Lärmanstieg nicht noch größer ausfallen zu lassen, als er jetzt schon ist. Weder haben Lärmschutzfenster noch Lärmverlagerungen durch neue Straßen oder die herkömmliche Verkehrsberuhigung helfen können. Dabei könnte jeder etwas tun: niedertourig fahren, zu Fuß gehen, Rad fahren, Busse und Bahnen benutzen, langsamer fahren. Die Forderungen an Politiker und Hersteller liegen auf der Hand.

Karl-Heinz Ludewig

Materialien zu „Verkehrslärm und Gegenmaßnahmen“ können gegen sechs Mark in Briefmarken oder gegen Rechnung beim AK Verkehr und Umwelt, Kirchstr. 4, 1000 Berlin 21 bestellt werden.



Harald Neumann, Alfred Döblin. Leben und Werk, Krankheit und Tod, Mainz 1987, 2. Auflage. Verlag Kirchheim, 112 Seiten, 18 Mark

Alfred Döblin wurde vom Autor des Buches, dem Nervenarzt Harald Neumann, im Landeskrankenhaus Emmendingen ärztlich versorgt. Dort starb Döblin Ende Juni 1957. Zwar prangert der Autor die „zunehmende Durchlöcherung der ärztlichen Schweigepflicht an“, was ihn jedoch nicht daran hindert, die Blasenbeschwerden – „der Kranke mußte wieder katheterisiert werden, zwar kam keine große Menge Urin, doch war er deutlich trübe“ – , die Hilflosigkeit des alten Mannes und die „Zeichen eines organischen Abbaus“ ausführlich darzustellen. Es ist die Vermarktung des berühmten Kollegen, bedingt durch die Zufälligkeit des Zusammentreffens – denn nichts sonst eint die beiden.

Daß Döblin unter dem Pseudonym Hans Fiedler über den Nürnberger Prozeß gegen die Hauptkriegsverbrecher schrieb („Der Nürnberger Lehrprozeß“, Baden-Baden 1946), davon erfährt man in Neumanns Schrift nichts. Der Ankläger in diesem Prozeß, so heißt es in Döblins Werk, „ist nicht der Amerikaner Jackson... Er war überhaupt kein einzelner... Die Zahl der nicht erschienenen Ankläger beläuft sich auf Millionen. Der Zustand, in dem sie sich befinden, macht ihren Transport unmöglich. Sie liegen waagrecht in ihren Gräbern.“

Statt dessen spricht Harald Neumann von Entschuldigung: „Heute, in der Zeit einer ungehemmten Schuldzuweisung, ist an den alten Satz zu erinnern, daß ein Mensch nur von seiner Person und den Gegebenheiten seiner Zeit verstanden werden kann.“ Das ist auf Alfred Hoche gemünzt, bei dem Döblin promovierte. Hoche, dem Neumann ein ganzes Kapitel einräumt, hatte in Zusammenarbeit mit dem Juristen Karl Binding 1920 die Schrift „Über die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens veröffentlicht“ und werde deshalb fast ausschließlich negativ eingestuft, so Neumann. Und er fährt fort: „Bei einer neuen Darstellung Hoches wäre seine Persönlichkeitsveränderung, hervorgerufen durch den verlo-



renen Krieg sowie den Tod seines Sohnes, genauer herauszuarbeiten, aber auch die Tatsache, daß der Nervenarzt Hoche den 'Kreis der Irren, denen die Euthanasie gewährt werden sollte, ebenso präzise wie eng' absteckte.

Von Schuld ist bei Neumann keine Rede. Statt dessen wird die Verbindung zu heute hergestellt und die „Euthanasie“ mit der Schwangerschaftsunterbrechung gleichgesetzt: „Dabei kommt gerade heute über die pränatale Diagnostik dieses alte Problem in verschleierte Form wieder zum Vorschein... Sollte also die pränatale Diagnostik ihre Aufgaben erfüllen, dann nur unter der Voraussetzung, daß ein Leben durch Abtreibung vernichtet wird.“ Und in einer Anmerkung kritisiert schließlich Neumann die Entscheidungen der Gerichte zum Paragraphen 218, da sie die Auffassung vertieften, „ein Recht zum Abbruch jeder Schwangerschaft zu haben, dies noch auf Kosten der Allgemeinheit.“

Mit Döblin hat das alles nichts zu tun. Der schrieb im März 1931 in der Zeitschrift „Der sozialistische Arzt“: „Der § 218 ist, von dem katholischen Protest abgesehen, nicht Ausdruck einer kulturellen Haltung gegen die Abtreibung, sondern meldet einen unerlaubten Herrschaftsanspruch an. Er wollte früher Soldaten züchten und war also Instrument des Militarismus und Imperialismus.“

1931 kandidierte Alfred Döblin auf der Liste des Vereins Sozialistischer Ärzte für die Berliner Ärztekammer. Von Harald Neumann erfahren wir nichts darüber. Er blendet alles aus, was Döblin über Politik dachte und schrieb, über die Novemberrevolution, die Sozialdemokratie,

die USPD, über Lenin und Rosa Luxemburgs Tod. Die Trilogie „November 1918“, die Döblin im Exil schrieb und in den Jahren 1948 bis 1950 veröffentlicht wurde, hat anderthalbtausend Seiten. Wer arbeitet sich da schon durch. Da ist es einfacher, sie einfach zu verschweigen.

Daß Döblin, nach dem Krieg gerade nach Deutschland zurückgekehrt, bald wieder nach Frankreich auswich – er besaß die französische Staatsangehörigkeit – erklärt Neumann mit einem Versagen Döblins. Nicht damit, daß er vielleicht eine andere politische Sicht der Dinge hatte. „Bei seinem mangelnden Geschichtsverständnis konnte Döblin mit der zunehmenden Polarisierung der Gegensätze

zwischen der westlichen und der östlichen Welt nicht Schritt halten... Zumal bei ihm das Groteske nicht fehlte: Der kleine Mann pflegte bei seinen Vorträgen in den verschiedenen Städten, auch in Berlin, die Uniform eines französischen Obersten zu tragen“, heißt es bei Neumann, und man möchte fast ergänzen, „dieser vaterlandslose Gesell“.

Döblin selbst schrieb 1949: „Kuriös, wie ich in der Ecke stehe, ich hätte mir das nicht träumen lassen. Es scheint mir, es ist die Zeit, abzudanken und in die Versenkung zu gehen“. Wer Döblin aus ihr herausholen will, dem ist mit der Veröffentlichung von Harald Neumann nicht gedient. Sie verfälscht.

Gine Eisner

Thomas Elkeles, Arbeitsorganisation in der Krankenpflege – Zur Kritik der Funktionspflege, Köln 1988.

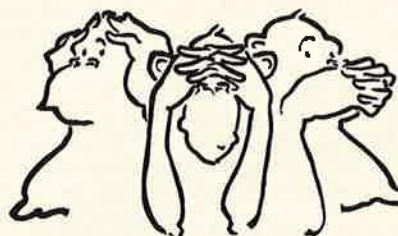
Pahl-Rugenstein Verlag, Hochschulschriften 258, 384 Seiten.

Auf einmal ist das Palaver wieder groß, und die Krankenpflege ist so plötzlich und unerwartet in die Krise gekommen wie

die Jungfrau zum Kinde. Auf einmal sind die gehetzten Krankenschwestern zwischen Konstanz und Flensburg in allen Zeitungen zu finden, und Heerscharen von blinden „Analytikern“ treten rührselige Krankenhausdramen so breit, daß der Blick auf die wirklichen Verhältnisse und Veränderungsmöglichkeiten verstellt bleibt.

Die Krise in der Krankenpflege – und nicht etwa nur der Perso-

Anzeige:



TROPENWALD-VERNICHUNG, WIESO? IST DOCH SO WEIT WEG.

Irrtum. Der tropische Regenwald reguliert auch unser Klima.

Der tropische Regenwald wird gnadenlos vernichtet. Jedes Jahr eine Fläche, die fast so groß wie die Bundesrepublik Deutschland ist. Mit katastrophalen Folgen für das Weltklima. Aber auch für die im Tropenwald lebenden Ureinwohner und Tier- und Pflanzenarten.

Wenn Sie wissen wollen, wie der tropische Regenwald gerettet werden kann, dann füllen Sie den Coupon aus. Wir beantworten Ihre Frage, sagen Ihnen, wo wir uns noch engagieren, warum Sie uns dabei helfen können.

Ja, ich will von ROBIN WOOD wissen, wie der tropische Regenwald gerettet werden kann.

Name, Vorname

Straße

Wohnort

PLZ

Will ich helfen will, füge ich 3 Mark in Briefmarken bei. Coupon einstecken an ROBIN WOOD, Postfach 10 21 22, 2800 Bremen 1

ROBIN WOOD

Gewaltfreie Aktionsgemeinschaft für Natur und Umwelt e.V.

nalmangel und die miserable Bezahlung – gibt es nicht erst seit gestern. Eine Reihe rechtzeitiger und kompetenter Kritiken sind in der Öffentlichkeit genauso mißachtet worden wie qualifizierte Untersuchungen über Probleme der Arbeitsorganisation in diesem Bereich.

Nützlich für die momentane Debatte, daß in der Reihe „Studien zur Theorie und Praxis der Medizin“ des Pahl-Rugenstein Verlages jetzt die 1986 in Hannover vorgelegte Dissertation von Thomas Elkeles zur Kritik der Funktionspflege erscheint. Die empirische Untersuchung bewegt sich nicht im luftleeren Raum, sondern hat den Mut,

Thomas Elkeles

Arbeitsorganisation in der Krankenpflege – Zur Kritik der Funktionspflege

Pahl-Rugenstein

Hochschulschriften 258

Konsequenzen und Perspektiven auch in bezug auf die politische Wirklichkeit in der Bun-

desrepublik zu benennen. In Elkeles Arbeit wird die auch jetzt wieder einsetzende Heuchelei widerlegt, daß den jungen Leuten die Motivation fehle, schwierige Berufe zu ergreifen. Der Autor zeigt, daß es vielmehr an der Arbeitsorganisation und Arbeitsplatzgestaltung liegt, daß jährlich tausende von hochqualifizierten und langjährig ausgebildeten Krankenschwestern nach nur kurzer Praxis den Beruf wieder verlassen. Daß hier Fragen des Personalmangels und des umfangreichen Einsatzes unqualifizierter Hilfskräfte ebenso negativ wirken wie die Tatsache der schlechten Bezahlung wird dabei nicht verschwiegen.

**Christiane Olivier, Joka-
stes Kinder – Die Psyche
der Frau im Schatten der
Mutter, Düsseldorf 1987.
Claassen Verlag,
240 Seiten, 38 Mark**

**Benoîte Groult, Ödipus'
Schwester, München
1985. Knaur, 203 Seiten,
8,80 Mark**

Zu meinen Entdeckungen dieses Sommers gehören zwei Französinnen, deren erst vor kurzem übersetzte, spannende Sachbücher schon vom Titel her zusammenpassen: Christiane Oliviers „Jokastes Kinder“ und Benoîte Groults „Ödipus' Schwester“. Feminismus – kennen wir das nicht alles? Die Psychoanalyse entdeckt erst jetzt die spezifisch weibliche Thematik (die der Frauen selbst, nicht die der Frau als Mutter) und hat Wesentliches dazu zu sagen.

Olivier zum Beispiel zeigt die Wurzeln der Beziehungsprobleme zwischen der Geborgenheit suchenden Frau und dem Geborgenheit meidenden Mann – eines der spannendsten Kapitel des sich übrigens nicht als feministisch verstehenden Buches. Beide Geschlechter hätten mit den Schwierigkeiten ihrer ersten Liebesbeziehung, der zur Mutter, zu kämpfen. Oliviers Ansatz beruht nun darauf, daß Mütter zu einem gegenseitlich schlechten Kind eine andere, intensivere Beziehung aufnahmen als zu einem gleichgeschlechtlichen. Während die Jungen eher zu viel Zuwendung erfahren, dieser also in späteren Beziehungen zu entkommen suchten, würden Mädchen

im Vergleich dazu weniger aufmerksam behandelt und suchten folgerichtig später mehr Zärtlichkeit, mehr Geborgenheit, als sie in der Kindheit erfahren.

Anders und doch ähnlich – Benoîte Groult. „Ich hatte die Wahl, ein feministisches Buch zu schreiben oder einen Hautausschlag zu bekommen. Ich habe mich gegen den Hautausschlag entschieden.“ Ödipus' Schwester ist ein Klassiker des französischen Feminismus. Die Autorin versteckt ihre Gefühle nicht, während sie teils humorvoll, teils sarkastisch die Lage der Frauen in Vergangenheit und Gegenwart analysiert. Besondere Aufmerksamkeit erhält bei ihr der weibliche Körper, Körpererfahrung, Sexualität, auch auf medizingeschichtlichem Hintergrund. Auf die Idee etwa, daß Väter bei der Geburt anwesend sein sollten, sei man erst so spät gekommen, weil es eine weit verbreitete Annahme sei, daß die weiblichen Geschlechtsorgane für Männer abstoßend seien. Auch die Angst vor dem weiblichen Körper und die Angst vor der Lust der Frau analysiert Groult sehr konkret an Beispielen aus der Literatur.

Was mir an beiden Büchern so gut gefallen hat, ist die heitere, ausdrucksstarke Sprache. Die kesse Tonart, in der Olivier und Groult schreiben, vermittelt über die Information hinaus Vergnügen. Sie schafft Lust am Lesen. Wer dieses Vergnügen auf anderer Ebene fortsetzen möchte, dem sei auch Groults Roman „Leben will ich“ empfohlen.

Beate Schücking

Die Funktionspflege, das noch durchweg in der Bundesrepublik propagierte Pflegemodell mit hochgradig arbeitsteiliger Zerlegung von Arbeits- aber auch Beziehungsprozessen hat sich, wie Elkeles nachweist, nicht nur auf die Qualität der Pflege negativ ausgewirkt. Sie demotiviert darüberhinaus das Pflegepersonal und wirkt selbst aus der Sicht einer vernünftig denkenden Krankenhausverwaltung unzweckmäßig.

Die vorliegende Arbeit liefert einen umfangreichen Einblick in die derzeitige Arbeitsorganisation der Krankenpflege und bietet vielfältige Ansätze, die über technokratische Verbesserungsvorschläge hinausgehen. Elkeles fordert einen emanzipatorischen Ansatz im Sinne eines veränderten Selbstverständnisses der Pflegeberufe. Daß die Durchsetzung qualifizierter fachlicher Vorschläge und der verstärkte Einsatz der Ganztagespflege auch Fragen der Mitbestimmung und die Notwendigkeit gewerkschaftlicher Einflußnahme berührt, wird schlüssig nachgewiesen. Ebenso wird deutlich, daß Pflegesysteme, die wirklich dem Patienten zugute kommen sollen, sich nicht aus der bloßen Umstrukturierung einer Mangelverwaltung erreichen lassen.

Wer in der zur Zeit geführten Diskussion über die Misere der Krankenpflege ein ernsthaftes Wort mitreden will, tut gut daran, die Arbeit von Elkeles zu lesen. Sie könnte Anstoß sein, in der Abteilung und auf der Station längst überfällige Diskussionen über die Art der Pflegegestaltung auf den Tisch zu bringen.

na

Klarstellung

dg 9/88: Ärztetourismus

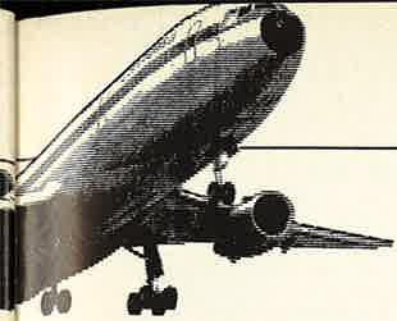
Der Artikel von Josef Zehentbauer in der Augustausgabe bringt eine Reihe kritischer, uns jedoch nicht ganz unbekannter Gesichtspunkte, die uns erneut anregen, über unser Konzept nachzudenken und es zu hinterfragen. Insofern Dank dem Verfasser. Dennoch meinen wir, einige Punkte richtigstellen und zu einigen Vorwürfen Stellung nehmen zu müssen.

In allen unseren Projekten auf den Philippinen, in Kolumbien und Indien arbeiten wir engstens mit einheimischen Institutionen zusammen und unter ihrer Leitung. So auch in Kalkutta, wo unser ärztliches Projekt nur einen kleinen Teil eines sehr umfangreichen, 170 (nicht 100) indische Mitarbeiter umfassenden, rein indischen Social-Welfare and Community Development Centres ausmacht.

Mit unseren Ärzten versuchen wir – soweit uns das möglich ist – auch durch einheimische Pflanzenmedizin (Ajurveda, Homöopathie) – die einheimischen präventivmedizinischen Bemühungen in jeder Weise zu unterstützen. Wir übernehmen daneben den zumeist vernachlässigten kurativmedizinischen Bereich der Gesundheitsarbeit. Wir setzen dabei in Indien nur einheimische Präparate ein. Daß nicht alles, vor allem nicht viele hochakute Fälle, mit bloßen Kräutern behandelt werden kann, dürfte bekannt sein. Chemie hat gelegentlich auch ihre guten Seiten!

Leider klappt es nicht einfach, statt teure Flugtickets zu kaufen, einheimische Ärzte zu bezahlen. Die Menschen, die wirklich im Dreck der Slums weit unter der Armutsgrenze leben und nie ein Medikament bezahlen könnten, bekommen auch dann keine ... (Ja, oftmals nicht einmal die vorgesehene kostenlose Untersuchung.)

Wir sehen unsere Kurzzeiteinsätze als ein vor allem humanitäres Engagement. Wir wollen Hilfe leisten den Menschen, die jetzt dringend Hilfe brauchen und ohne uns keine bekämen: die Schmerzen leiden und sich quälen und akute Krankheiten



sie über uns

haben. Natürlich wissen wir, daß da „eigentlich“ ganz anders vorgegangen werden müßte. (Auch Josef Zehentbauer stellt fest: „In den Elendsvierteln von Kalkutta ist die Not der Menschen tatsächlich unvergleichlich. Und es ist wichtig und richtig, etwas dagegen zu tun.“ Doch leider bleibt er schuldig zu sagen: was – wenn er unser Engagement ablehnt.) Schöne Worte und Kritik an anderen, ohne bessere, realistische Alternativen aufzuzeigen, helfen sicher nicht weiter. Auch für uns ist „die gesamte Not dieser Menschen“ dort bedrückend – auch wir haben da keine Illusionen. Doch genauso wichtig ist für uns der einzelne Mensch. Wir helfen einzelnen Menschen, weil sie Menschen sind, von denen jeder einen Namen und ein Gesicht hat. (...)

Die Darstellung des Konflikts zwischen dem indischen Vorstand des Sozialzentrums und der „unions“ bedarf einiger wesentlicher Richtigstellungen. Das Frankfurter Komitee hat keinerlei Vorbehalte gegenüber Gewerkschaften und deren Aktivitäten. Die Unterstellung der Parteinahme wegen der dortigen kommunistischen Ausrichtung ist unberechtigt. (Trotzdem: Die Kommunistische Partei Indiens mit den europäischen Sozialdemokraten zu vergleichen, ist schlicht naiv.) Der Grund für die Auseinandersetzung, der Josef Zehentbauer wegen seines nur kurzen Aufenthaltes im Projekt – er reiste anschließend noch touristisch durch Indien – wohl nicht zur Kenntnis kam, ist ein völlig anderer.

Es gab zuvor massive Unterschlagungen seitens einiger, sich später erst in einer „union“ zusammenschließenden „union“-Führer. Aus Angst vor Entlassung brauchten sie eine „Interessengemeinschaft“, wofür sich anbot, eine Betriebs-„union“ zu gründen. Um ihre Reihen zu stärken, versuchten sie dann mit Repressalien und Drohungen andere Mitarbeiter zum Beitritt zu bewegen und zu erzwingen, daß Auswärtige, die nicht im Sozialzentrum benötigt wurden, als Mitarbeiter neu und zusätzlich eingestellt werden. – Da haben auch wir Partei ergriffen...

Wir laden jeden ein, uns realistische (!) Möglichkeiten aufzuzeigen, wie wir das besser machen könnten. Vor allem laden wir Kollegen ein, sich durch einen humanitären Einsatz in unseren Projekten auf den Philippinen, in Kalkutta oder in Kolumbien selbst ein Bild zu machen!

BERNHARD EHLEN SJ
Sekretär des Komitees
Elsheimer Str. 9
Frankfurt

Grobe Vereinfachung

dg 9/88: „Ärztetourismus“ von Josef Zehentbauer

Wenn Herr Zehentbauer bis zu seinem Eintreffen im Projekt Calcutta vieles nicht wußte, so muß er sich sehr oberflächlich informiert haben. Mit der gleichen groben Vereinfachung und Sorglosigkeit behandelt er auch die Probleme der ärztlichen Versorgung zahlungsunfähiger indischer Kranker. Ich sehe schon einen Sinn darin, einen Abszeß zu spalten oder einen Säugling, der vor Würmern nicht mehr trinken kann, davon zu befreien.

Herr Zehentbauer hat sich offensichtlich selbst ein Vierteljahr für die Versorgung indischer Patienten engagiert. Mich wundert, warum er dieses Motiv völlig außer acht läßt. Geld (zum Freikaufen von persönlicher Verpflichtung?) senden schon die Politiker in „Entwicklungsländer“. Ich denke, gefragt ist die Hand, die etwas tut.
DR. THEO BECKMANN
Duisburg

Kein Neo-Kolonialismus

dg 9/88: „Ärztetourismus“ v. J. Zehentbauer

Bei den Ärzten für die 3. Welt war Glasnost bereits eingeführt, bevor es seine heutige Dimension erreicht hat. Die Verwendung der Spendengelder wird offengelegt und vom jeweiligen Einsatzteam vor Ort kontrolliert – das ist keine aufgedrängte Besserwisserlei und keine neokolonialistische Einmischung, sondern eine verantwortungsvolle Verpflichtung unseren Spendern gegenüber.

Ein Einsatz in den Projekten der Ärzte für die 3. Welt bedeutet ein Kennenlernen sozialer Probleme, verbunden mit einer Horizontenerweiterung, die über die

Grenzen unserer Konsumgesellschaft hinausgeht.

Die Milchmädchenrechnung des Autors geht also nicht auf (Hälfte der Ticketkosten = x indische Ärzte), einmal abgesehen davon, daß indische Ärzte, die zum ortsüblichen Tarif in den Slums engagiert arbeiten wollen, sehr dünn gesät sind (als medizinisch approbierter Taxifahrer verdient man eben in Indien leichter mehr). Auch bei uns würde sich die überwältigende Mehrheit der Ärzte lieber arbeitslos melden, als einen Job mit freier Unterkunft in einer Obdachlosensiedlung anzunehmen. (...)

Leider geht aus dem Artikel nicht hervor, welche positiven Akzente der Autor bei seiner Arbeit in Calcutta gesetzt hat und inwieweit er sich überhaupt bemüht hat, alternative Konzepte zu realisieren – ein bißchen kontrollierter missionarischer alternativer Eifer hätte sicher nichts geschadet.

DR. WOLFGANG SCHAFNITZL
Trier

Notwendige Korrektur

dg 9/88: „Ärztetourismus“ von Josef Zehentbauer

Um es vorweg zu sagen: Das Komitee sucht kritische Mitarbeiter und schätzt fachkundigen Rat. Es kann aber sehr wohl verzichten auf destruktive Kritik. Warum keine Aussprache des Autors über seine „inneren Konflikte“ mit dem Komitee? Warum keine kritischen Infor-

mationen an die Adresse in Frankfurt? Warum statt dessen wenig hilfreiche Politagitationen? Beispiel: „Jet-Transfer deutscher Ärzte“, „Projekt-Management“, „entwicklungsdienstliche Aktivitäten“... Negative Assoziationen zu „nachrichten – dienstlich“ oder „Jet-set“ sollen sich einstellen. Alles in allem: ein mieser Stil!

Nun zu den wichtigsten der vielen (wissentlichen?) Fehlaussagen von Herrn Kollegen Zehentbauer: Die Howrah-South-Point-Stiftung in Calcutta geht auf die alleinige, jahrzehntelange Initiative und Aktivitäten eines Jesuitenpaters zurück. Er hat mit Hilfe von Spenden aus aller Welt ein Hilfswerk aufgebaut, das ausnahmslos mit Indem besetzt ist in Leitung, Organisation und allen Mitarbeitern: Kein Deutscher, kein Entwicklungshelfer, kein Ausländer... alles Inden: Ein „einheimisches Projekt“. Man hat sich viele Jahre intensiv um indische Ärzte bemüht. Ich selbst habe während meiner vierteljährigen Tätigkeit dort die vergebliche Suche miterlebt: Die längerfristige Tätigkeit eines indischen Kollegen ist bis heute ein unerfüllter Wunsch. Und das wird wohl so bleiben: Wer auch nur ein Mindestmaß an Verständnis für die indische Geschichte und Ethnologie aufbringt, weiß und versteht, daß es wegen des Kastensystems auch heute noch extrem schwierig ist, indische Ärzte für die Mitarbeit in den schlimmsten Slums der Großstädte zu gewinnen.

Fazit: Ohne die Ärzte des Komitees wäre dort in Howrah bis heute nicht ein einziger Arzt tätig gewesen, auch kein indischer. (...)

Der Gipfel der Infamie des genannten Artikels aber ist mit der Unterstellung erreicht, daß die Ärzte des Komitees „spendenfinanzierte Abenteuerferien“ in Indien verbringen. Wer dies als Resümee nach seiner Tätigkeit in den bedrückendsten Slums von Calcutta so formuliert, hat nichts gesehen, nichts begriffen und nichts gelernt. (...)

Für das Projekt in Calcutta – so mein letzter Satz – können nicht genug Ärzte gewonnen werden; sie sollten sich allerdings auf ihre ärztliche Tätigkeit beschränken – die dringend benötigt wird – und auf Agitation und Demokratisierungsversuche verzichten.

PROF. EIKE UHLICH
Hofheim

Schon publiziert

dg 9/88: Entwurf einer Positivliste

Die von Gerd Glaeske vorgestellte Positivliste wurde in ähnlicher Form schon vor sechs Jahren publiziert (Kochen, Kewitz, Härter: Arzneimittel in der allgemeinärztlichen Praxis; Springer 1982). Auch die vom Autor angesprochenen praktischen Erfahrungen mit solch einer Liste stehen interessierten Lesern bereits heute in Buchform zur Verfügung (Kochen: Die Steuerung der Arzneimittelversorgung in der Allgemeinpraxis mit Hilfe einer Individualliste; Hippokrates Copythek 1988).

MICHAEL KOCHEN
München

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1, Tel. 0228/89 33 89 (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 Daalman (ud)
(V.i.S.d.P.), Joachim Neuschäfer (yn)

Ausbildung: Ushi Thaden (uth), **Demokratisierung:** Edi Erken (ee), **Frauen:** Karin Kieseier (kk), Monika Gretenkort (mg), **Ethik:** Helmut Copak (hc), **Frieden:** Walter Popp (wp), **Gewerkschaften:** Norbert Andersch (na), **Historisches:** Helmut Koch (hk), Peter Liebermann (pl), **Internationales:** Peter Schröder (ps), Stefan Schölzel (sts), **Krankenpflege:** Bettina Kolmar (bk), **Gesundheitspolitik:** Matthias Albrecht (ma), Klaus Priester (kp), **Niedergelassene:** Günter Stempel (gst), **Pharma:** Ulli Raupp (urp), **Prävention/Selbsthilfe:** Uli Menges (um), **Psychiatrie:** Joachim Gill-Rode (jgr), **Standespolitik:** Gregor Weinrich (gw), **Umwelt:** Peter Walger (pw).
Der für das jeweilige Ressort zuerst oder allein genannte Redakteur ist verantwortlicher Redakteur im Sinne des Pressegesetzes.

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:

Pahl-Rugenstein-Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/38 00 20, Konten: Postgiroamt Köln 6514-509, Stadtparkasse Köln 10652238 (für Abogebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Novemberheft: 5. Oktober 1988

Graphik: Jutta Karras, Christian Paulsen

Titelblatt: Lutz Hirschmann, ud

Layout: Ursula Daalman, Joachim Neuschäfer

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

ISSN: 0932-5425



wir über uns

Auswirkungen

dg-Seminare sind keine Schwatzbuden, sondern haben Auswirkungen: auf die Heftkonzeption, auf die Gestaltung, auf thematische Schwerpunkte und die Qualität der Schreibe. Diesmal auch auf die Verdauung. Noch drei Tage nach unserem Seminar wurde uns in der Bonner Redaktion telefonisch Magengruppeln übermittelt. Die hervorragende Vollwertkost der Familienbildungsstätte Schaaffhausen war wohl nicht allen bekommen.

Selbstkritisch mußten wir eingestehen, daß unsere Werbekampagne, die wir im April dieses Jahres begonnen haben, bisher nicht zum erhofften Erfolg geführt hat. Das – zugegebenermaßen hohe – Ziel, 500 neue Abonnentinnen und Abonnenten zu werben, ist noch nicht erreicht. Aber: Mühselig nährt sich das Eichhörnchen. Bis zum zehnten Geburtstag von dg ist noch Zeit. Den zahlreichen Leserinnen und Lesern, die für dg werben, möchten wir jedenfalls ganz herzlich Dankeschön sagen. Und: Nicht aufhören.

Selbstkritik betraf auch das Produkt dg. Es gibt vieles, was wir noch besser machen könnten, zum Beispiel unterhaltsamer schreiben. Denn was nützt es, wenn einem beim Durchblättern zwar durch den Kopf geht: „Aha, interessiert mich, muß ich mal lesen“, wenn man das ganze dann auf „später“ verschiebt, weil der Artikel zu lang oder zu dröge ist. Hohes Niveau und Unterhaltsamkeit schließen sich nicht aus. Deshalb gab es auch dieses Jahr wieder eine journalistische Fortbildung: „Wie schreibe ich eine gute Reportage?“

Schwerpunkte im nächsten Jahr – das ergab die Diskussion – sollen sich an zwei Leitsätzen orientieren. Sie sollen nah dran sein am Alltag derer, die in Gesundheitsberufen arbeiten, so wie etwa „Rauchen im Krankenhaus“, „Homöopathie und Naturheilkunde“, „Einfluß der Pharmawerbung auf die Therapie“. Und sie sollen Themen behandeln, über die „man“ gerade nachdenkt, so wie „Was passiert, wenn die Krankenkassen pleite machen“, „Ethischer Rigorismus – auf wessen Kosten“, „Kleinunternehmer im Gesundheitswesen“. Weitere Anregungen von Ihnen sind erwünscht und natürlich auch Mitarbeit. Zu viele dg-Redakteurinnen und Redakteure gibt es nie.

Wir bieten

allen dg-Leserinnen und Lesern, die irgendwo in der Bundesrepublik auf einer größeren medizinfachlichen 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 Portouibernahme (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:

(02 28) 69 33 89

Also: ab die Post

Ihr Ulli Raupp

Dir will ich Tag für Tag geschenken.

PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000KOELN
G 2961 E 394711 355 *****

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1



GESUNDHEIT
TAG FÜR TAG **1989** Kalender für Leute
in Gesundheits- und
Sozialberufen.

Gesundheit – Tag für Tag 1989

Taschenkalender mit flexiblem Einband, Lesezeichen.
Mit Texten und Terminen, Tabellen und Tarifen, Fotos
und Karikaturen; mit wichtigen Adressen aus dem
demokratisch-alternativen Gesundheitswesen
Etwa 320 Seiten, DM 12,80

Über eine halbe Million Frauen und Männer arbeiten
im Gesundheitswesen der Bundesrepublik. Für sie, die
Schwestern und Pfleger, die MTAs und Ärzte, bringt der
Kalender jeden Tag Wissenswertes, Kritisches, Perspek-
tivistisches zur Medizin: Datenschutz im Krankenhaus,
Sozial- und Bettenabbau, Probleme der Frauen in
Pflegeberufen, Ganzheitspflege und alternative Heil-
methoden. Informationen über Arbeitnehmerrechte:
Vergütungstabellen, Urlaubs-, Zeitzuschläge; Kritisches
über Medikamente; umweltmedizinische Adressen von
Selbsthilfegruppen; Gesundheitsläden, ÖTV, AIDS-
Selbsthilfegruppen, Gesundheitsmemorandum-Gruppe,
IPPNW, Krankenpflege gegen Krieg, Pro Familia,
Medico International, der antifaschistischen Aktivitäten
deutscher Krankenschwestern usw.
Zwischen Buchempfehlungen, Kongreßterminen und
Karikaturen bleibt auch noch viel Platz für private
Notizen und Termine.

Unsere Bücher
sind Lebens-Mittel

PAHL-RUGENSTEIN