

dg

Demokratisches
Gesundheitswesen
Nr. 11 · November 1988
Einzelheft 5 Mark
G 2961 E



EG- Eugenik

Forschungs-
programm
zur Genomanalyse

Papp- figuren

Ärztelkammer
in Hessen

Vorbild

Gesundheits-
system
in Botswana

AM SESSEL
GESÄGT
DAS KLASSENLOSE
KRANKENHAUS
ODER
VON DER NORMATIVEN
KRAFT DES UTOPISCHEN

Pflegenotstand:

... dann trinkt man eben Kaffee

dg-Herausgeberin Annette Schwarzenau ist Krankenschwester und Gesundheitsstadträtin in Berlin-Charlottenburg

In den letzten Monaten haben wir das erstaunt und erfreut zur Kenntnis genommen, daß viele Krankenpflegekräfte erstmals bereit sind, auch in der Öffentlichkeit zu bekennen, daß sie ihre Patienten nicht ausreichend versorgen können. Das ist schon fast ein Wunder, herrschte doch jahrzehntelang die Mentalität: „Wir müssen das schaffen, wir werden das schaffen und wenn wir für zwei arbeiten.“



Pflegenotstand mißt sich nicht nach der Anzahl von Planstellen, sondern einzig und allein an der Qualität der Pflege. Von Pflegenotstand muß man dann sprechen, wenn „gefährliche Pflege“ betrieben wird, das heißt, wenn nicht mehr sichergestellt ist, daß sich die Patienten in den Krankenhäusern zusätzlich zu ihrer ursprünglichen Erkrankung keine weiteren Schäden zuziehen.

Pflegenotstand bedeutet aber auch Not des Krankenpflegepersonals. Immer dann, wenn das Arbeitsziel und der Alltag auf der Station nicht mehr übereinstimmen, ist die Situation schlecht aushaltbar: Es gibt keine inneren Freiräume mehr, es wird nicht mehr über die Arbeit nachge-

dacht. Man wird zum Rädchen in der Gesamtmaschinerie Krankenhaus. Gibt es dann einmal keine Anweisungen des Arztes, steht man dann einmal nicht rein funktionell im Einsatz, setzt man sich dann eben hin und trinkt Kaffee, selbst wenn dies weit über die Pausenzeit hinausgeht. Zuwendung kann nicht nach Zeitplan gegeben werden, sie muß in den Pflegeprozeß einbezogen werden.

Jahrelang klagen Krankenschwestern und Pfleger schon darüber, daß sie nicht ernstgenommen werden, obwohl sie nach den Landeskrankenhausesetzen einen eigenen, selbständigen Bereich haben. Und auch in den Bundesländern, in denen die Krankenpflegeleiterinnen eine der gleichberechtigten Säulen der Krankenhausleitung sein sollen, können wir feststellen, daß es fast immer mehr oder weniger schön verzierte Pappsäulen sind. Hier haben wir es mit einem klassischen Fall von repräsentativer Demokratie zu tun, die so lange ein Schein bleibt, wie es das Krankenpflegepersonal nicht schafft, die ihm gegebene Möglichkeit mit Kompetenz, Kreativität und dem daraus resultierenden Selbstbewußtsein zu füllen.

Erst wenn es wieder selbstverständlich ist, Pflegeziele und die Wege dorthin zu benennen und diese auch erreichen zu wollen, erst dann wird die Krankenpflege von den anderen Berufsgruppen, Ärzten, Therapeuten und Verwaltung, ernstgenommen. Das aber ist nichts, was man von Regierungen und Krankenhausleitungen einklagen kann, dies ist eine Angelegenheit, die einzig und allein vom Krankenpflegepersonal allein ausgehen muß. Vielleicht trägt ja die Tatsache, daß der seit langem bestehende Pflegenotstand jetzt entdeckt worden ist, dazu bei, daß Krankenschwestern und Pfleger ihre eigene Sache jetzt endlich in die Hand nehmen.

dg 11/88

dg-Report

- Am Stuhl gesägt
Von der normativen Kraft des
Utopischen oder
Das klassenlose Krankenhaus 12

Ethik

- Euro-Eugenik –
Forschungsprogramm zur
Genomanalyse 23

Internationales

- „Wir experimentieren mit einer
Modellgesellschaft“
Interview mit Dr. Mickey Iyambo,
SWAPO 24

Standespolitik

- Die letzten Reserve
Demokratie in den Ärztekammern 26
- Pappkameraden in der hessischen
Ärztekammer 27

Krankenpflege

- IWF-Syndrom
Aktionen gegen den Pflegenotstand
in Berlin 28

Aktuelle Gesundheits- politik

- Titanic-Syndrom
Horst Peter, ASG, kommentiert den
Entwurf zum Zivilschutzgesetz 30
- „1984“ ist vorbei
Rolf Kegel, Grüne, zum Datenschutz
im GRG 31

Arbeitsbedingungen

- Inhaltslose Kügelchen?
Ein Heilpraktiker berichtet über
seine Arbeit 32

Ernährung

- Auf ein Neues
Boycott gegen Nestlé 34

Dokumente

- Gewissen und Eigenverantwortung
im Arbeitsleben
Eine arbeitsrechtliche Bewertung
des Neusser Ärzteprozesses 19
- Gesundheitswesen und traditionelle
Medizin in Botswana 21

Rubriken

- Sie über uns 4
- Aktuelles 6
- Termine 10
- Buchkritik 36
- Comic 38
- Wir über uns 39



Foto: Linie 4

*Hierarchie und Chefarzt-
wesen sind die Krankhei-
ten der bundesdeutschen
Krankenhäuser. Dabei ist
schon vor fast 20 Jahren
einmal an den Sesseln ge-
sägt worden, als es um das
„klassenlose Kranken-
haus“ ging. Norbert An-
dersch zeigt, wie aktuell
die damalige Diskussion
ist*

Seite 12

*Personen, die genetisch disponiert sind, umweltbe-
dingte Krankheiten zu bekommen, sollen „identifi-
ziert“ und „gegebenenfalls“ gehindert werden, ihre
Disposition weiterzuvererben. So will es die EG-
Kommission. dg berichtet über ein Forschungs-
programm*

Seite 23



*Das nordrhein-westfälische Heilbe-
rufsgesetz kratzt die Grundfesten der
Demokratie an, so jammern die Stan-
desfürsten. Warum banale demokrati-
sche Grundregeln festgeschrieben
werden müssen, zeigte sich bei der
Konstituierung der hessischen Ärz-
tekammer. Ein Bericht und ein
Kommentar*

Seiten 26 und 27



Foto: Menzen

sie über uns

Kopfschütteln

Abonnentenwerbung

Eure Drohung in dg 5/88, daß es Euch in ein bis zwei Jahren nicht mehr geben könnte, hat doch Kopfschütteln meinerseits ausgelöst. Mich beschäftigt die Frage: Wie kann die inhaltliche Konzeption des dg weiterbestehen? In Anbetracht der augenblicklichen Lage unseres Gesundheitswesens und der darin Beschäftigten, wo es keinen Platz für zwei fortschrittliche Blätter zu geben scheint, andererseits der „Dr. med. Mabuse“ in seiner Machart auf weiteres Interesse stößt (was sich an den Verkaufszahlen bemerkbar macht), müßte das dg sich auch über die Möglichkeit der Fusion ernsthaft Gedanken machen.

In aller unzulänglichen und vergrößernden Vereinfachung: Der „Mabuse“ ist in einer gesundheitspolitisch interessierten Szene eingebettet, welche sich nicht mehr primär der quasi klassischen, den Traditionen der Arbeiterbewegung verbunden fühlt. Das sieht man am Layout, an der Art, wie die Zeitschrift redigiert wird, an dem, was inhaltlich abgedeckt, bzw. leider nur recht und schlecht gestreift wird. In der letzten Zeit sind besonders immer mehr „neue und jüngere“ Leute, vor allem aus dem Pflegebereich dazugekommen.

Ich befürchte, all die Erfahrungen, die Theoriekonzepte, die so wichtigen grundsätzlichen inhaltlichen Auseinandersetzungen, welche ich als jahrelanger dg-Leser gemacht habe, verschwinden völlig mit dem drohenden Eingehen von dg. Ich glaube, wir haben in der letzten Zeit am Sterben vieler Blätter aus dem pädagogischen, politischen und kulturellen Bereich exemplarisch lernen können. Notwendig ist mir die Diskussion ums Zusammengehen, weil der Inhalt und das Umfeld des dg absolut notwendig sind. Ich frage also scheinheilig, warum hat dies beim Mabuse keinen Platz? Dem beklagten Rückzug ins Private, vor allem vieler „Älterer“, schon seit Jahren im Medizinen Tätiger steht ein immer größer werdendes Interesse von neu hinzukommenden gegenüber. Nicht zu vergessen all die neuen Aktivitäten, zum Beispiel in den demokratischen Listen, im VDÄÄ, im 3.-Welt-Be-

reich etc., die ihre Grundlagen auch aus der Existenz von Blättern wie dem dg zogen. Da wäre es mir schon wichtig, die dg-Linie weiter mit dabei zu haben. Ich persönlich kann aber dafür keine zwei Periodika mehr lesen, da ich noch andere Abonnements habe und lesen muß. Vielen aus meinem Umfeld geht's genauso. Auch das sind persönliche Entwicklungen, welche nichts mit mangelndem Interesse des dg-Zielpublikums zu tun haben.

So geht meine Forderung an dg, sich einer veränderten gesundheitspolitischen Landschaft zu stellen und sich weiterzuentwickeln. Die Profile beider Blätter haben sich so entwickelt, daß man meiner Meinung nach von einer gleichberechtigten Position ausgehen kann und keine Seite von der anderen aufgesaugt wird. Ich denke, alle Beteiligten sollten sich zusammensetzen und öffentlich darüber nachdenken. Aber nicht das Sterben eines ehrwürdigen Blattes beklagen!

CHRISTOF KUGLER
Frankfurt

Wir stellen Ihnen diesen Beitrag gern zur Diskussion. Nur: Um das Sterben von dg ging es keinesfalls. Die Red.

Falsche Schlüsse

dg 9/88: „Ärztetourismus“ von Josef Zehentbauer

Ein bißchen gewundert habe ich mich schon über den Artikel von Herrn Zehentbauer, der mir über das Komitee per Notruf ins Haus geflattert ist. Nicht wegen der reichlichen Kritik an dem Projekt, die zum großen Teil berechtigt ist, nein, Stil und Schlüsse bedürfen der Kommentierung. (...)

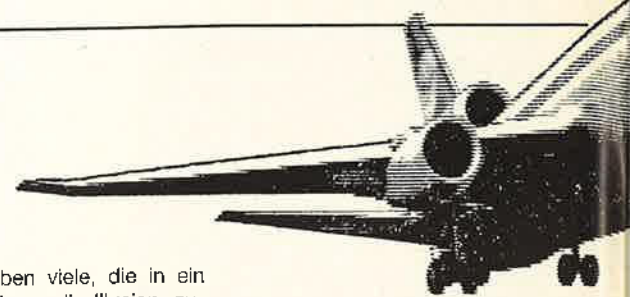
Eine meiner Vorgängerinnen im Projekt, mit der ich vor meinem Aufenthalt dort ausführlich gesprochen hatte, hat mich ausdrücklich davor gewarnt, mit der Illusion, auch nur „partiell etwas zu bewirken“, dort hinzufahren. In erster Linie, so ihre Worte, ist es eine Erfahrung für dich, und zweitens ergibt sich als positiver Nebeneffekt, daß ein paar Patienten mit akuten medizinischen Problemen ärztliche Hilfe bekommen, die sie sich sonst nicht leisten könnten. Exakt so war's.

Leider haben viele, die in ein Projekt fahren, die Illusion, zumindest „partiell etwas zu bewirken“, genau das ist aber aus meiner Sicht das Hauptproblem beziehungsweise der Hauptkritikpunkt an der Organisation. Alle sechs Wochen neue potentielle partielle Verändere, das hält kein health worker aus. Nur dann, wenn die 6-Wochen-Ärzte in eine feste Struktur eingebunden werden können, in der sie als Gast und Mitarbeiter tätig werden, ist ein 6-Wochen-Einsatz halbwegs sinnvoll. Soweit also durchaus berechnete Projektkritik. Geradezu bösartig aber ist der Vorwurf, mit Spendengeldern „Urlaub in der Dritten Welt“ zu machen. (...)

Ein letzter Punkt: die eigene Erfahrung. Mein Aufenthalt in Kalkutta hat mir sowohl medizinisch, menschlich als auch politisch neue Erfahrungen erschlossen. Durch meinen Aufenthalt hoffte ich, die notwendigen Schritte zu einer erfolgreichen sogenannten Entwicklungshilfe besser absehen zu können. Ärzte, Geld und Medizin zu schicken ist Katastrophenmedizin, und katastrophal ist die medizinische Versorgung der ärmeren Bevölkerungsschichten in Kalkutta. Diese Maßnahmen ändern nichts, aber auch gar nichts an der zugrunde liegenden Situation. Dies müßte jeder spätestens nach seiner Rückkehr erkannt haben. Nur ob das Rezept von Herrn Zehentbauer „Gebt Geld, die machen schon“, besser funktioniert, muß zumindest mit Fragezeichen gesehen werden.

Eine kritische Auseinandersetzung mit diesen Projekten ist notwendig, aber nicht neu. Neu ist nur der Stil. Allerdings würde mich freuen, wenn der Artikel von Herrn Zehentbauer hierzu Anlaß wäre.

DR. BERNHARD SCHMITT
Frankfurt



Oberflächlich

dg 9/88: „Ärztetourismus“ von Josef Zehentbauer

Der Text enthält grobe Falschdarstellungen, v.a. aufgrund von Auslassungen, und verrät eine fahrlässig oberflächliche Betrachtung der Problematik. (...) Kein Wort im Text über die von der Gewerkschaft gedungenen Gewalttäter, die die Health-worker z.T. in die Gewerkschaft zu prügeln versuchten. Es ist unwahr, daß der indische Arzt aus Solidarität fernblieb: die Ambulanz war geschlossen, weil die Health-worker aus Angst vor Gewalttaten fernblieben. Kein Wort von den nachgewiesenen persönlichen Bereicherungen von führenden Gewerkschaftsmitgliedern durch Veruntreuung von Spendengeldern.

Es wäre absurd, indischen Ärzten das Geld zur Behandlung zu schicken: In einem Land, in dem Krankenhausärzte Bestechungsgeld verlangen, um Patienten aufzunehmen, und regelmäßig große Mengen von Medikamenten aus den Krankenhäusern stehlen und draußen verkaufen, könnte man über den Verbleib der Spendengelder nur spekulieren.

Und schließlich: In Kalkutta gibt es das weltberühmte „Child in Need“-Institut. Dort arbeitet eine Handvoll indischer Ärzte vorbildlich und langfristig für die Armen in einem bestimmten Bereich. In einem Gespräch mit ihnen kann man erfahren, wie schwierig es ist, wirklich engagierte Ärzte zu finden! (...)

DR. T. SCHÜTH
im Projekt Kalkutta
Mai – Dezember 1988
Mönchengladbach



Wie Engel vom Himmel

dg 10/88: „Notwendige Korrektur“
Leserbrief von Prof. Eike Uhlich zum
Artikel „Ärztetourismus“ von Josef
Zehentbauer

Sehr geehrter Herr Professor
Uhlich!

Ich komme aus Kalkutta. Ich bin dort geboren und tief verbunden mit unserer Gesellschaft und unserer Kultur. Ich stamme aus einer Mediziner-Familie: Mein Vater, meine Brüder und meine Schwägerin sind Ärzte, so daß ich einen gewissen Einblick in das Gesundheitswesen meines Landes habe.

Leider sind Ihre Vorstellungen über das indische Gesundheitswesen oberflächlich. Sie sind offenbar falschen Informationen aufgesessen, was bei Ihrer Herkunft aus einem Land, in dem die Menschen im Überfluß und über ihre Verhältnisse leben, nicht verwundert.

Wir haben genügend Ärzte, die nicht nur zuverlässig, sondern auch sehr erfolgreich auf ihrem Gebiet arbeiten. In jedem Bezirk gibt es Hunderte von Kliniken und kostenlose medizinische Zentren, die die Regierung hauptsächlich für die Armen und Slumbewohner unterhält. Für die privilegierten Bevölkerungsschichten gibt es Tausende von privaten „Nursing Homes“. Darüber hinaus haben wir mehrere Wohlfahrtsorganisationen, die von der Ramakrishna-Mission und anderen indischen Gesellschaften betrieben werden. Trotzdem reicht das für unser Land sicher nicht aus. Das ist in den meisten anderen Ländern der Welt auch nicht anders. Doch daß ohne Ihre Hilfe die Menschen in Kalkutta sterben würden, das ist nicht wahr.

Zu Ihrer Information: Nicht ein ausgebildeter Arzt würde sich um Kasten oder Religion scheeren. Es macht nichts aus, ob ein Patient aus den Slums kommt oder völlig obdachlos ist. Was einen Patienten ausmacht, ist seine Krankheit, nicht seine Kasten- oder Religionszugehörigkeit. In meiner Kindheit konnte ich miterleben, wie mein Vater täglich fünf Stunden ausschließlich arme Menschen kostenlos behandelte. Mein Bruder, der früher als Professor für Medizin an der Universität von

Singapur lehrte, arbeitet in drei verschiedenen Gesundheitszentren in den Slums der Vorstädte von Kalkutta. Er ist keine Ausnahme, ganz im Gegenteil: Dies ist ganz normal in unserem Land. Glauben Sie mir bitte, auch wir haben menschliche Gefühle.

Es tut mir so leid, sagen zu müssen, daß es auch eine Art von Ausbeutung ist, so übertrieben falsche Informationen über das Kastenwesen zu verbreiten.

Vor einigen Monaten, als ich Dr. Zehentbauer in Kalkutta traf, sah ich, daß er tief betroffen war über die Probleme, mit denen er in der Howrah-Klinik konfrontiert wurde. Die ihm zur Verfügung stehenden Medikamente waren nur unzureichend, und sich in so kurzer Zeit in die indische Realität einzufügen, ist für jeden ausländischen Arzt ein Problem.

Kein Plagiat

dg 10/88: Leserbrief zum Entwurf
einer Positivistliste

Für eine meines Erachtens sinnvolle Idee kann es nur von Nutzen sein, wenn in ganz unterschiedlichen Ecken über die Umsetzung nachgedacht wird. Insofern nehme ich es als Bestätigung des Konzeptes, wenn auch Ärzte, wie Herr Kochen, ihre Überzeugung vertreten, daß solche Listen nicht nur hilfreich, sondern auch machbar sind. Dies hat er in seinem Buch „Steuerung der Arzneimittelversorgung in der Allgemeinpraxis mit Hilfe einer Individualliste“ (1988) ausführlich beschrieben – allerdings als Einzelfallkasuistik in einer neugegründeten Praxis. Daher steht die Überprüfung der Anwendbarkeit solcher Listen in einem größeren Umfang nach wie vor aus, da sind Ärztesgruppen zum Beispiel in Großbritannien erheblich weiter. Es gibt nicht die Positivistliste, insofern kann Herr Kochen sicherlich nicht anmahnen, daß er nicht zitiert worden sei, es gibt eine Reihe von Positivistlisten-Entwürfen, national und international, die alle noch auf eine breite Akzeptanz warten. Wenn Herr Kochen sich auch in die Reihen derer stellt, die die Akzeptanz eines Positivistlisten-Konzeptes fördern wollen, so ist das nur zu begrüßen.

GERD GLAESKE
Mettmann

Es ist ja fast, als kämen Engel vom Himmel heruntergeschwebt. So wie Sie, der Sie – einmal in Kontakt mit der Howrah-Klinik – jeden Monat einen anderen Engel in die armen Slums schicken, als wären Sie der einzige Mensch, der die Slums retten kann – so wie Mutter Theresa.

Denken Sie doch bitte in etwas normaleren Bahnen. Vielleicht hätten die meisten von Ihnen eine sehr mechanische Ausbildung ohne Gelegenheit, über unsere Gesellschaft, die Bräuche, Religion, Kultur und Philosophie nachzudenken. Aber es ist doch nicht sehr schwer, etwas über Ghandi, Tagore, Vivekanda, Ramakrishna zu erfahren, Humanisten und Denker, die nicht nur für ihr Land lebten und arbeiteten, sondern für die gesamte menschliche Gesellschaft. Seit Tausenden von Jahren glauben wir an das Prinzip „Nāra-Nārayana“, nach dem jedes Leben ein Teil von Gottes Leben ist. Wir gehören zu den ältesten Kulturen der Erde. Indien ist ein demokratisches, freies Land mit vielen Problemen, mit vielen guten und schlechten Seiten. Es gab Zeiten, anders als heute, da wir uns mit großen deutschen Denkern eng verbunden fühlten.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden wir sehr clever. Wir pflegten gute Beziehungen mit jedem Staat, aber nicht mit der Seele, sondern nur mit Münzen, mit Business. Sogar unsere kulturellen Beziehungen hängen von politischen Motiven und vom Geschäft ab. Trotzdem können die Menschen, die an materiellem Mangel leiden, träumen. Die, denen es an nichts mehr mangelt, werden das ärmste Volk der ganzen Welt sein.

Versuchen Sie bitte, von Ihren vorgefaßten Vorstellungen zu lassen. Die Vorschläge von Dr. Zehentbauer sind nicht destruktiv, sondern praktisch, konstruktiv und menschlich.

Ich möchte mich für meine unhöflichen Ausführungen entschuldigen und bedanke mich bei Ihnen.

SHUVAPRASANNA
Kalkutta, z.Z. München

Zu simpel

dg 9/88: „Ärztetourismus“ von Josef
Zehentbauer

Wir bemühen uns, auf der Basis der Schulmedizin eine den speziellen Verhältnissen und Krankheiten angepaßte ambulante Versorgung der Slumbewohner unter besonderer Berücksichtigung der Prävention (Impfungen) und der Aufklärung aufzubauen. Wir betreiben damit im kleinen die von der WHO und vom öffentlichen indischen Gesundheitswesen empfohlene Medizin.

Der simplifizierenden Meinung von Herrn Z. „Gewerkschaft gut, Schulmedizin schlecht – Entlassung der guten, kommunistischen Gewerkschafter durch böse Neokolonialisten“ muß widersprochen werden. (...)

Wir können keine Entlassungen aussprechen und haben in dieser Richtung auch keinen Druck ausgeübt. Inzwischen (Stand September 88) wurden alle indischen Mitarbeiter vom einheitlichen Träger der Sozialstation wieder eingestellt, bis auf drei, denen Unterschlagung von Spendengeldern nachgewiesen werden konnte.

Bei allem Verständnis für die 20 000 arbeitslosen, indischen Ärzte legen wir doch Wert darauf, daß das für die Slumbewohner gespendete Geld tatsächlich bei den Armen ankommt – eine Garantie für die Spender ist die Anwesenheit der freiwillig tätigen Ärzte. (...)

DR. M. HAZAY
DR. MARIE COEN
Mitarbeiter des Komitees,
Hamburg

Offener Brief

Betr.: Vergessene Opfer des NS-Regimes

Seit mehreren Jahren wurde in der Bundesrepublik Deutschland erneut intensiv über die „Vergessenen Opfer des NS-Regimes“ diskutiert, die keinerlei Leistungen nach dem Bundesentschädigungsgesetz erhalten haben, weil sie im Gestrüpp der gesetzlichen Bestimmungen Antragsfristen nicht gewahrt hatten oder ihr Leiden von den Entschädigungsbehörden nicht als Resultat der NS-Verfolgung anerkannt wurde, hierunter die Opfer des sog. Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Am 7. März 1988 beschloß die Bundesregierung dann anstelle eines von den Betroffenen-Verbänden verwalteten Entschädigungsfonds mit einer allgemeinen Rentenregelung sogenannte „Richtlinien über Härteleistungen an Opfer von NS-Unrechtsmaßnahmen, die die Fristen des allgemeinen Kriegsfolgengesetzes (AKG) schuldlos versäumt haben“.

Die Oberfinanzdirektion Köln wurde damit beauftragt, Fragebögen für die Antragsteller zu entwickeln. Das vorgesehene Verfahren umfaßt neben einem Fragebogen über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (zur Bedürftigkeitsprüfung) einen umfassenden Fragebogen zum Nachweis von Gesundheitsschäden. Inhalt und Form des neuen Verfahrens geben zu der Vermutung Anlaß, daß der ohnehin mittlerweile kleine Kreis von Anspruchsberechtigten durch ein bürokratisiertes und unwürdiges Antrags- und Prüfungsverfahren so klein wie möglich gehalten werden soll.

So ist allein die detaillierte Ausforschung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse erschreckend. Als ungeheuerlich muß in Kenntnis der Geschichte der Entschädigung von Gesundheitsstörungen durch den NS-Terror das Verlangen betrachtet werden, daß die Opfer der Verfolgung ihre Gesundheitstörungen selber dokumentieren sollen. Dem Kreis der NS-Opfer, um den es in dieser Entschädigungsregelung geht, ist ja gerade bis in die Gegenwart hinein von den Entschädigungsbehörden und ihren Experten immer wieder gesagt worden, daß sie keine Ansprüche geltend machen können. Diejenigen, die es dennoch versucht haben, wurden in langwierigen Entschädigungsverfahren trotz oftmals eindeutiger medizinischer Gutachten abgewiesen. So muß es als zynisch betrachtet werden, wenn Zwangssterilisierte heute eine Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit von wenigstens 40 Prozent durch fachärztliche Atteste nachweisen sollen, nachdem bis vor kurzem die zuständigen Entschädigungsbehörden gesundheitliche Langzeitschäden durch eine erfolgte Zwangssterilisation prinzipiell für unmöglich hielten.

Es kann schließlich nicht hingenommen werden, daß die Opfer der NS-Gewaltherrschaft heute noch einmal über den Weg der Einzelfallbegutachtung einer immensen Retraumatisierung ausgesetzt werden. Notwendig ist vielmehr ein unbürokratisches Verfahren in den Händen der Betroffenen-Verbände auf dem Boden einer Rentengewährung, welche ein Leben ohne soziales Elend ermöglicht.

Es wäre beschämend, wenn mit der jetzt vorliegenden Regelung der Bundesregierung das Kapitel der „Entschädigung“ der „Vergessenen Opfer des NS-Regimes“ abgeschlossen würde.

PROF. DR. HEIDRUN KÄUPEN-HAAS
DR. NORBERT SCHMACKE

Verein zur Erforschung der nationalsozialistischen
Gesundheits- und Sozialpolitik e.V., Hamburg

Leuchtschmuck gefährlich

Vor fluoreszierendem Leuchtschmuck hat die Verbraucher-Zentrale Hessen gewarnt. Er könnte von Kindern leicht zerbrochen werden, die dabei austretende Flüssigkeit habe bereits bei mehreren Kindern zu Verätzungen im Rachenraum geführt. Da der Leuchtschmuck beim „vorauszusehenden Gebrauch“ die Gesundheit von Kindern schädigen könne, verstoße der Verkauf gegen das Lebensmittel- und Bedarfsgegenständengesetz.

Hamburg: Mehr Ärztinnen

Laut Tätigkeitsbericht der Hamburger Ärztekammer hat die Zahl der berufstätigen Ärztinnen im Jahr 1987 um 14,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr zugenommen. Von den 6480 Mitgliedern der Ärztekammer seien jetzt 1880 Frauen. Besonders hoch sei der Anteil der Ärztinnen im Bereich der nicht-ärztlichen Tätigkeit, nämlich 47 Prozent. Von den arbeitslos registrierten Medizinern sind, so die Hamburger Ärztekammer, 58 Prozent Frauen.

Bayer-Coordination verurteilt

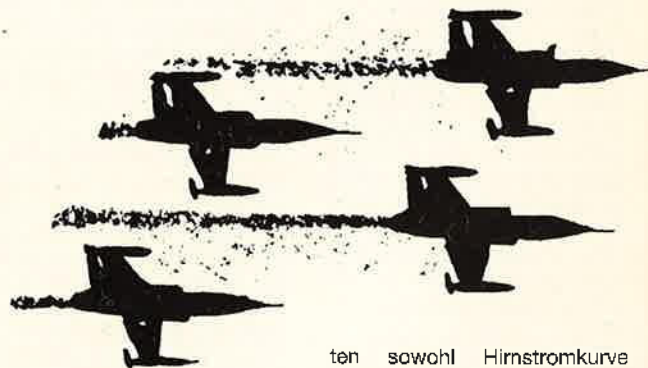
Am 20. September hat das Oberlandesgericht in Köln in zweiter Instanz die Bayer Coordination dazu verurteilt, die von der Bayer AG beklagten Äußerungen zu unterlassen und zu widerrufen. Damit verwarf das Gericht das Urteil der ersten Instanz, die in den Äußerungen der Bayer-Kritiker zumindest teilweise eine juristisch geschützte Meinungsäußerung gesehen hatte. Nach Urteil des Oberlandesgerichts ließen die von der Bayer AG kritisierten Passagen „die klare Absicht erkennen, die Bayer AG zu diffamieren und herabzuwürdigen“. Es seien keine Meinungsäußerungen, sondern Tatsachenbehauptungen, die „völlig unzureichend sachlich gestützt“ seien.

Axel Köhler-Schnura, Vorsitzender der Bayer-Coordination, kritisierte die Entscheidung des Gerichts als eine politische. Hier werde Kritik am Multi Bayer mit juristisch fragwürdigen Konstruktionen zum Schweigen gebracht und kriminalisiert. Die Beweise der Bayer-Coordination, zum Beispiel für die Bespitzelung von Kritikern, seien einfach unter den Teppich ge-

kehrt worden. Köhler-Schnura hob hervor, daß die Bedeutung dieses Urteils über den Streit mit der Bayer AG hinausgehe, hier sei die Meinungsfreiheit drastisch angegriffen worden. Wegen der grundsätzlichen Bedeutung will die Bayer-Coordination alle zu Gebote stehenden Rechtsmittel ausschöpfen. Allerdings sei sie dabei auf die öffentliche Unterstützung angewiesen, so Köhler-Schnura.

Hartmannbund gegen soziale Indikation

Die Weigerung von 26 Abgeordneten der CDU/CSU-Fraktion, dem Gesundheitsreformgesetz zuzustimmen, wenn dort die Finanzierung des Schwangerschaftsabbruchs übernommen werde, hat die Unterstützung des Hartmannbundes erhalten. Diese Weigerung finde aus ethischen, gesundheitspolitischen und auch bevölkerungspolitischen Erwägungen breiteste Zustimmung in der deutschen Ärzteschaft, so der Hauptgeschäftsführer des Hartmannbundes, Klaus Nöldner, in einem Schreiben an den CDU-Bundestagsabgeordneten Herbert Werner.



Gesundheitsschäden durch Tiefflieger

Auf die gesundheitlichen Folgen des Tiefflugs hat der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ) hingewiesen. Wie der Verein mitteilte, seien die Auswirkungen auf das Gehör nicht die eigentliche gesundheitliche Gefährdung. Unabhängig von der psychischen Belastung durch den Lärm komme es zu Veränderungen von Körperfunktionen. So zeig-

ten sowohl Hirnstromkurve (EEG) als auch Muskelstromkurve (EMG) Veränderungen im Kurvenverlauf. Außerdem käme es zu einer meßbaren Erhöhung des Blutdrucks sowie zu vermehrten Kontraktionen der Darmmuskulatur. Gefährdet seien nicht nur Hochdruckkranke, sondern, so der VDÄÄ, „die Wahrscheinlichkeit für Gesunde, Bluthochdruck zu bekommen, wächst“. Eine besondere Gefährdung sei auch für Schwangere und Kleinkinder anzunehmen. In der Literatur werde eine erhöhte Frühgeburtsrate und eine langsamere Gewichtszunahme bei Säuglingen und Kleinkindern durch Tieffluglärm beschrieben.

Teilzeitarbeit für Frauen belastend

Teilzeitarbeit ist für Frauen belastender als Vollzeittätigkeiten, so die Arbeitsmedizinerin Gine Elsner in der Zeitschrift des DGB „Mitteilungen für Frauen“. Befragungen hätten ergeben, daß Frauen mit Teilzeitbeschäftigung ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter beurteilten als vollzeitbeschäftigte Frauen und Männer. Möglicherweise seien die Teilzeitarbeiterinnen die wirklich doppelt Belasteten, erklärte Elsner das Ergebnis der Befragung: „Sie gehen der Erwerbstätigkeit nach, und zusätzlich obliegt ihnen die vollständige Kinderbetreuung.“ Frauen, die Vollzeit arbeiten, seien demgegenüber zumindest teilweise von Familienpflichten entlastet, zum Beispiel, weil ihre Kinder von anderen Personen betreut würden.

Ärzteprotest in Wackersdorf

Über 1100 Ärztinnen und Ärzte der IPPNW haben Anfang Oktober gegen die Wiederaufarbeitungsanlage (WAA) in Wackersdorf demonstriert. Da die Ärzte für das Leben und nicht für das Überleben zuständig seien, müsse ihr Protest wegen der Gesundheitsgefährdung durch die WAA als ärztlicher Dienst angesehen werden, erklärten die Mediziner auf einer Podiumsdiskussion. Die Ärzte gegen den Atomkrieg wollen ihre Aktionen mit einem Europäischen Symposium, das als Rhein-Schiffahrt von Basel nach Rotterdam geplant ist, fortsetzen.

Genmanipulierte Bakterien überlebensfähig

Versuche mit Escherichia-coli-Stämmen in den USA haben ergeben, daß genetisch veränderte Bakterien ebenso vermehrungsfähig wie unbehandelte Stämme sind. Judith Bouma und Richard Lenski von der Universität von Kalifornien in Irvine hatten die Bakterien gentechnisch so behandelt, daß sie nur nach Zusatz von Antibiotika vermehrungsfähig waren. Nach 500 Generationen seien die Bakterienstämme auch ohne Beigabe eines Antibiotikums fortpflanzungsfähig gewesen, erklärten die Wissenschaftler.

Zur Abtreibung wieder nach Holland?

Immer mehr Frauen aus der Bundesrepublik fahren wieder in niederländische Kliniken, um dort abtreiben zu lassen, berichtet das Journalistinnenbüro Frauenpress (fp). Dies stünde offenbar im Zusammenhang mit der bevorstehenden Änderung im Beratungsgesetz zum Paragraph 218. Einige niederländische Kliniken stellten sich bereits auf eine geänderte Situation in der Bundesrepublik ein, und es werde sogar für eine

problemlose Abtreibung in den Niederlanden geworben, wie holländische Frauenärzte gegenüber fp bestätigten.

EDV: Erfahrungen gefragt!

Die Arbeitssituation von ärztlichem und Krankenpflegepersonal im Krankenhaus wird demnächst im Rahmen des Programms „Humanisierung des Arbeitslebens“ untersucht werden, wie die Prognos AG mitteilte. Prognos sei dazu gemeinsam mit dem Institut für

Medizinische Informatik und Systemforschung (Medis) in München vom Bundesministerium für Forschung und Technik beauftragt worden. Im Mittelpunkt der Untersuchung sollen Chancen und Risiken durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechniken in den Pflegeeinheiten stehen.

Laut Prognos wird dabei besonderen Wert auf eine aktive Beteiligung der betroffenen Berufsgruppen und ihrer Verbände gelegt werden. Auskünfte, „auch im Hinblick auf die Einbringung von Erfahrungen und Projektideen in Krankenhäusern“, können bei Prognos, 0221/1602716, oder Medis, 089/31875325, eingeholt werden.

Pro Familia Bielefeld entlastet

Im Frühjahr diesen Jahres hatte der Landesrechnungshof Falschabrechnungen bei der Förderung von Schwangerenberatungsstellen beanstandet. Unter anderem seien bei der Pro-Familia-Beratungsstelle in Bielefeld, so Eva Böller, Landesvorsitzende der Pro Familia Nordrhein-Westfalen, in dg 5/88, Geschäftsführerstunden über die Stadt Bielefeld, Beratungsstunden über das Land abgerechnet worden. Man hätte jedoch beide Stellen prozentual bei der Stadt und beim Land abrechnen müssen.

Wie jetzt das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen in einer Stellungnahme zu den Feststellungen des Landesrechnungshofs mitteilte, sind die Vorwürfe gegen die Beratungsstelle in Bielefeld nicht haltbar. In der Stellungnahme heißt es, daß sich trotz kostenmäßiger Abgrenzung der verschiedenen Beratungsbereiche eine Überschneidung nicht völlig ausschließen ließe. Zusammenfassend sei festzustellen, daß das Land zwar Personalkosten gefördert habe, die nicht förderungswürdig waren. „Andererseits hat es förderungsfähige Personalkosten nicht zu fördern brauchen, weil diese bei der Antragstellung unberücksichtigt blieben.“ Zuwendungsrechtliche Konsequenzen seien keine zu ziehen. Die Äußerung des Verdachts strafbarer Handlungen „erscheint im Hinblick auf den Sachverhalt unverhältnismäßig“, so das Ministerium.

Tschernobyl:

„Helle Vielfalt“

Herkunft

Cs in bq/kg

Maronen (Pilze), Bayern

bis zu 8300

Zwieback, Brandt
Zwieback, Granovita, HD 3/89
Knabber Müsli Keks, Drei Pauly, 3/89
Butterkeks, De Beukelaer, 3/89
Butterkeks, Batscheider, 2/89
Vollkorn-Butterkeks, Bahlsen, 1/89
Alpenmilchschokolade, Milka
Milch-Schoko-Stäbchen, Goldi
Haselnußschokolade, Milka
Noisette, Milka
Vollmilch-Nuß-Schokolade, Sprengel
Nuts
Vollmilchschokolade, Marabou
Lila Pause Nougat Crisp
Helle Vielfalt, Merc
Die Weiße Crunch, Nestle
Rittersport Nougat
Rittersport Joghurt
Rittersport Olympia
Aprikosen-Fruchtschnitten, Dr. Balkes

< 3
< 3
6
< 3
< 3
< 3
< 3
4
18
4
12
< 4
< 4
9
8
11
16
4
11
5

Lasagne, Rapunzel-Pasta, 12/89
Lasagne, Barilla, 4/89
Lasagne, Buitoni, 3/89
Vollkornspaghetti, Birkel, 12/90
Spaghetti, Agnesi, 12/90
Spaghetti, Barilla, 5/90
Spaghetti, Buitoni, 8/89
Spaghetti, Campioni, 12/90
Spaghetti, Garibaldi, 12/88
Eier-Spaghetti, A&P, 1991
Spaghetti mit Spinat, Porto Livorno
Tagliatelle, Barilla, 12/89
Vollkorn-Dinkel Spätzle, Drei Pauly, 10/89
Spätzle, Armbruster, 12/90
(griech.) Nudeln, Misko, 12/89
Vollkorn-Spiralen, Naturkind, 1990

6
52
30
15
4
14
10
2
3
5
14
6
10
5
66
5

Einschätzung der Strahlenbelastung

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

Quelle: Die Verbraucher-Initiative, Breite Straße 51, 5300 Bonn 1

ud- Der neue Arzneiverordnungs-Report des WIdO ist Mitte September erschienen. Eine wahre Fundgrube für Altenforscher, Pharmakonzernkritiker und Feministinnen

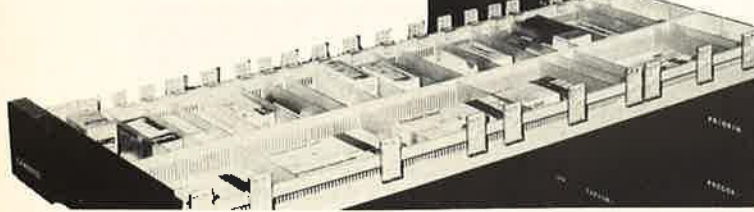


Foto: Böhm

Pharma:

Arzneistabilisierte Gesellschaft

„Wir befinden uns mitten in der ‚arzneistabilisierten‘ Gesellschaft“, so der Kommentar des stellvertretenden Geschäftsführers der Betriebskrankenkassen, Dr. Hans Sandler, zum Arzneimittelkonsum in der Bundesrepublik im Jahre 1987. Sandler übertreibt nicht, ganz im Gegenteil, wie die Ergebnisse des Arzneiverordnungsreports 1988, herausgegeben vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen, deutlich zeigen.

Trotz aller kritischen Diskussionen, auch unter Ärzten, werden immer mehr Arzneimittel verordnet. 1988 nahm die Zahl der Verordnungen um 3,7 Prozent auf 700 Millionen zu. In cash heißt das: Die Gesetzliche Krankenversicherung mußte 1987 19 Milliarden Mark für die Arzneimittelversorgung aufbringen. Nun wäre das ja an sich noch nicht so schlimm, wenn das Geld vernünftig ausgegeben würde. Wird es aber nicht, wie auch die Herausgeber des Arzneiverordnungs-Reports einschätzen.

Auf die Frage, wer da eigentlich „stabilisiert“ wird, gibt es – dank der Berechnungen nach Alter und Geschlecht – eine relativ einfache Antwort: Es sind ganz besonders Alte und Frauen. „Es zeigt sich über alle Arzneimittelgruppen hinweg ein deutlicher Mehrverbrauch der weiblichen Versicherten – nämlich 429 Tagesdosen gegenüber 276 Tagesdosen bei den Männern – ein Unterschied von 56 Prozent. Bei Psychopharmaka verbrauchen Frauen sogar doppelt so viele Tagesdosen wie die Männer“, kommentiert der Leiter des WIdO, Dieter Pfaffrath. Das bedeutet, daß Frauen im Durch-

schnitt an 429 Tagen im Jahr ein Medikament verschrieben bekommt, also an jedem Tag mehr als ein Medikament.

Daß hier aber auf einmal, wo es doch um Verordnungen durch Ärzte geht, vom Verbrauch der Frauen die Rede ist, die Patientinnen also Subjekt des Satzes sind, ist schon interessant. Denn bei solch einer Formulierung verbietet sich ja fast die Frage, ob da eine ganze Bevölkerungsgruppe wegen ihrer Geschlechtszugehörigkeit als krank definiert wird.

Daß das keine wilde Vermutung ist, wird auch bei den Angaben über die „Aufsteiger“ unter den Indikationsgruppen – deutlich. An Platz eins nämlich stehen die Sexualhormone, die zum allergrößten Teil an Frauen im Klimakterium verschrieben werden. Die Steigerungsrate bei den verordneten Tagesdosen betrug sage und schreibe 32,5 Prozent innerhalb eines einzigen Jahres. Zur Spitzengruppe dieser im Klimakterium verschriebenen Mittel wiederum zählen die für nicht sinnvoll erklärten Kombinationspräparate, unter ihnen solche, die Östrogene mit Neuroleptika oder Sedativa kombinieren.

Alte Menschen sind die beliebtesten Opfer der Verschreibungswut. 50 Prozent aller Arzneimittel werden an nur 16 Prozent der Bevölkerung vergeben. Alte erhalten insgesamt 1008 definierte Tagesdosen nur der gängigsten Medikamente (darunter Kardiaka, Antihypertonika, Augenmittel, aber eben auch Umstrittenes wie durchblutungsfördernde Mittel). „Adliert man die Tagesdosen, die den Indikationsgebieten der

Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa verordnet wurden, so reichen sie aus, um jeden fünften Patienten dieser Altersgruppe (der 75- bis 79-jährigen, die Red.) in einer Dauertherapie zu halten“, so Dieter Pfaffrath. Wenn einem die Zahlen möglicherweise dramatisch erscheinen, ergänzt er, so möge man bedenken, daß damit keineswegs alle Arzneimittel erfaßt seien. Der Freilandverkauf in den Apotheken, die in Krankenhäusern abgegebenen Mittel und die Musterpackungen werden im Arzneiverordnungs-Report nicht erfaßt.

Professor Ulrich Schwabe vom pharmakologischen Institut der Universität Heidelberg kritisierte besonders, daß 29,3 Prozent der gesamten Verordnungen auf Medikamente aus bisher unsicheren oder umstrittenen therapeutischen Konzepten entfielen. Darunter zählen unter anderem Kombinationspräparate, durchblutungsfördernde Mittel, Venenmittel, Rheuma-Einreibungen. Aus pharmakologischer Sicht sei es schwer verständlich, so Schwabe, daß für diese Arzneimittelgruppen fünf Milliarden Mark in 1987 aufgewendet werden mußten. Das ist immerhin mehr als ein Viertel der gesamten Ausgaben der GKV für die Arzneimittelversorgung.

Ein „Plus“ ließ sich für die Ausgabenseite der GKV verzeichnen: Der Marktanteil der Generika ist rasant gestiegen. Im Generikafähigen Anteil des Arzneimittelmarktes haben sie 45,7 Prozent erreicht. Am gesamten Markt steigerten sie ihren Anteil auf 17,2 Prozent, das ist gegenüber 1981 eine Verdreifachung. Ein noch stärkerer Zuwachs sei durch die Diskussion um die Bioverfügbarkeit verhindert worden, vermuten die Experten.

Die forschende Pharmaindustrie dagegen hat für ihre hohen Preise diesmal keine gute Rechtfertigung zu bieten: Von 241 neu zugelassenen Fertig-arzneimitteln hatten nur 22 einen neuen Wirkstoff. Dr. Klaus Voelker von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung schränkte aber noch weiter ein: „Prüft man diese 22 Präparate darauf, welche tatsächlich eine neuartige therapeutische Relevanz haben oder zumindest pharmakologische Qualitäten bereits bekannter Wirkprinzipien verbessern, bleiben nur 7 Arzneimittel übrig.“ Und das ist wohl ganz schön mager.

Kein Verbot des Nierenhandels

Zum Vorhaben Rainer René Graf Adelmansfeldens, der bereits durch die Vermarktung von Kindern aus der Dritten Welt aufgefallen war, mit Nieren von Lebendspendern Handel zu treiben, hat sich jetzt das Bundesjustizministerium geäußert. Es gebe zwar kein strafrechtliches Verbot des Nierenhandels, so Pressereferent Jürgen Schmid gegenüber der „Ärzte-Zeitung“, er halte das Vorhaben aber für so aussichtslos, daß eine gesetzliche Regelung nicht notwendig sei. Allerdings, wenn der Handel funktioniere, dann müsse das Ministerium tätig werden.

Wegen der Tendenzen der Kommerzialisierung hatte das Klinikum Großhadern in München bereits im Juli die Verwendung von Lebendspenden bei Transplantationen gestoppt.

Ermittlungen gegen Beller eingestellt

Die Generalstaatsanwaltschaft in Hamm hat ein Ermittlungsverfahren wegen Totschlags gegen den Direktor des Zentrums für Frauenheilkunde an der Universität Münster, Professor Fritz Beller, und Mitarbeiter eingestellt. Beller war angezeigt worden, da er zwei anenzephalen Feten Nieren entnommen und diese transplantiert hatte. Die Staatsanwaltschaft begründete ihre Entscheidung damit, daß die Feten schon vor dem Eingriff hirntot gewesen seien, sie hätten laut den Untersuchungsbefunden nicht mehr spontan geatmet und nicht mehr auf Schmerz reagiert.

Der Leitende Oberstaatsanwalt, Rainer Nehrlert, erklärte, daß der Beschluß offen lasse, ob himlosen Feten überhaupt Organe zur Transplantation entnommen werden dürften. Auch sei in diesem Fall unerheblich gewesen, ob Anenzephalie von vornherein als hirntot anzusehen seien.

Zu wenig AiP-Stellen

Zur Situation der AiP-Stellen hat sich der Parlamentarische Staatssekretär Anton Pfeiffer aus dem Gesundheitsministerium geäußert. Die Bundeslän-



der seien weiterhin bemüht, ausreichende Stellen bereitzustellen, erklärte der Staatssekretär und räumte damit indirekt ein, daß zur Zeit noch nicht genügend Stellen vorhanden seien. Von den Allgemeinärzten kann sich das Ministerium keine Hilfe erhoffen. Wie der Fachverband Deutscher Allgemeinärzte (FDA) mitteilte, seien alle zur Weiterbildung im Fach All-

gemeinmedizin ermächtigt Allgemeinärzte vom Verband aufgefordert worden, keine AiP-Stellen einzurichten, um nicht die zur Verfügung gestellten Facharzt-Weiterbildungstellen zu blockieren.

ÄK Nordrhein: Festvortrag zum Gedenken an jüdische Ärzte

Zum ersten Mal in der Geschichte der Ärztekammer Nordrhein wurden jetzt die Verbrechen an jüdischen Ärztinnen und Ärzten im Nationalsozialismus öffentlich thematisiert. Zum 50. Jahrestag des Approbationsentzugs der jüdischen Kolleginnen und Kollegen hatte die Ärztekammer zusammen mit der Kölnischen Gesellschaft für Christlich-Jüdische Zusammen-

arbeit zu einem Vortrag zum Schicksal der Kölner jüdischen Ärzte eingeladen. Den Vortrag hielt dg-Redakteur Peter Liebermann. Der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Professor Horst Bourmer, zitierte in seinem Grußwort sichtlich bewegt das berühmte Zitat von Pastor Martin Niemöller vom Beginn der Verfolgung bei den Kommunisten und vom Ende bei jedem Beliebigen und forderte die Zuhörerschaft zu Toleranz gegenüber Andersdenkenden auf.

Bayerischer Ärztetag: Memmingen kein Thema

Der Bayerische Ärztetag hat es abgelehnt, sich mit dem Memminger Abtreibungsprozeß zu befassen. Der Antrag, die „Massenanklage von 355 Frauen“ zu verurteilen, den die Münchener Ärztin Ingeborg Oster gestellt hatte, weil sie das Arztgeheimnis durch den Prozeß verletzt sah, wurde durch Mehrheitsbeschluß von der Tagesordnung gestrichen. In einem Entschließungsantrag hatte sich vorher eine Mehrheit des Ärztetags von Äußerungen des Berliner Kammerpräsidenten, Ellis Huber, zum Memminger Prozeß distanziert. Er habe die dritte Säule des parlamentarisch-demokratischen Rechtsstaates, aber auch die überwältigende Mehrheit der Ärzteschaft verleumdet, so die Begründung der Entschließung. Ellis Huber hatte in einer Fernsehsendung im Zusammenhang mit dem Verfahren von einem „ethisch-moralischen Verbrechen“ gesprochen.



Gesundheitsakademie:

Bewegungshasen

Eine Philosophenschule wollen die „Gesundheitsbewegungshäsinnen und -hasen“ nicht gründen. Man will runter von der bunten Wiese, rein in die Gesundheitsakademie

Gesundheitstage waren immer hauptsächlich für die ein Gewinn, die zum ersten Mal dabei waren. „Alte Bewegungshasen und -häsinnen“ aus Gesundheitsläden und -initiativen wünschten sich meist gründlichere, politisch deutlicher stellungnehmende und weiterwirkende Diskussionen. Die „bunte Wiese“, auf der alles und jedes nebeneinander Platz hatte, gab zwar eine gute Orientierung, ließ aber viele unbefriedigt.

Das soll jetzt endlich anders werden. Die Gesundheitsläden wollen, statt weiterer bombastischer Kongresse, nun eine „Gesundheitsakademie“ gründen. Dort soll all das einen Ort haben, was bisher nicht befriedigte oder fehlte:

- Eine „Info-Börse“ soll die informationelle Vernetzung der Bewegung weiterpflegen, ähnlich wie es bisher in Ansätzen durch den „Infodienst der Gesundheitsläden“ versucht wurde;
- ein Tagungs- und Veranstaltungsbetrieb soll gesundheits-

(politische) Themen von überregionaler Bedeutung ins Gespräch bringen; – und auch die gesundheitsbezogene Forschung wird ihren (sicher zunächst bescheidenen) Ort in der Akademie haben.

Der Name „Akademie“ soll nicht an das Elitäre klassischer Philosophenschulen erinnern, sondern einen Ort freier Auseinandersetzung markieren. Es wäre vermessen, wenn die Gesundheitsläden sich als die Speerspitze der Bewegung sähen und eine Vernetzung „von oben“ betreiben wollten. Die Akademie soll ein Angebot sein, das zur Vernetzung autonomer Gesundheitsinitiativen führen kann – wenn diese das wollen. Eines Tages könnte sogar ein Bundesverband kritischer GesundheitsarbeiterInnen daraus werden, ähnlich etwa der Schweizerischen „Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen (SGSG)“ – wenn der Bedarf besteht.

Anfang 1988 versuchte eine erste Broschüre, InteressentInnen für die Gesundheitsakademie zu gewinnen. Im Oktober erschien dann das „Sonderheft Gesundheitsakademie“, das viele verschiedenartige, auch kontroverse Beiträge zu diesem Vorhaben enthält. Eine richtige, öffentliche Vorstellung der Akademie soll im Frühjahr mit einer größeren Tagung stattfinden, wenn der juristische Träger gegründet, eine Geschäftsstelle aufgebaut und erste Akademie-Veranstaltungen durchgeführt worden sind.

In der ersten Zeit wird die Gesundheitsakademie nur aus einer Geschäftsstelle mit wenigen (wahrscheinlich ehrenamtlich tätigen) Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen bestehen können und die Kooperation mit möglichst vielen selbstverwal-

teten Tagungshäusern in der Bundesrepublik suchen. An ein festes Haus mit Veranstaltungsräumen und der Möglichkeit, sich „zu Hause“ zu fühlen, können die Träger der Initiative – wenn überhaupt – wahrscheinlich erst zu einem viel späteren Zeitpunkt denken. Zunächst müssen vor allem die inhaltlichen Konzepte und Ideen entwickelt und erprobt werden.

Auch wer der Idee einer Gesundheitsakademie kritisch oder ablehnend gegenübersteht, sollte sich einmischen. Die Gesundheitsbewegung hat nie von Harmonie und einheitlicher Meinung gelebt, sondern vom Austragen der vorhandenen Widersprüche.

Christoph Kranich

Akademie-Abschnipsel

Ich interessiere mich für die Gesundheitsakademie der Gesundheitsläden und bitte um

- ☐ Zusendung des „Sonderhefts Gesundheitsakademie“ (Richtpreis 4,— DM)
- ☐ Einladung zur Gründungsversammlung des Trägervereins („Forum für sozialökologische Gesundheitspolitik und Lebenskultur“) am 12. 11. 88
- ☐ Aufnahme in den Verteiler für weitere Informationen (Richtbeitrag 10,— DM/1988)

Außerdem habe ich Interesse an der Vernetzung zu folgenden Themen:

- ☐ Patientenrechte
- ☐ Zukunftswerkstätten Gesundheit
- ☐ Internationales Netzwerk „Gesundheitswissenschaften“

Anschrift fürs Absenden dieses Abschnipsels:
Bremer Gesundheitsladen e. V.
Braunschweiger Str. 53 b, D-2800 Bremen 1

2. 11.

Frankfurt

Seminar: Geschichte der Pflege – Beruf oder Berufung

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

2. – 4. 11.

Meinerzhagen-Valbert

Fachtagung: Das Autonomie-Training – Anwendungsmöglichkeiten in der Arbeit mit Aids-Infizierten

Kontakt: Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, Herr Rometsch, Heithofer Allee 64, 4700 Hamm, Tel. (023 81) 89 32 56.

3. – 5. 11.

Essen

Seminar: Ambulante und stationäre Betreuung von HIV-positiven Kindern

Kontakt: Bildungszentrum Essen des DBFK, Königgrätzstraße 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. (040) 78 85 20.

4. – 5. 11.

Hamburg

24. Hamburger psychiatrisch-medizinische Gespräche. Thema: „Psychiatrie und Abhängigkeit – Suchtkranke in der Psychiatrie“

Kontakt: Universitätsklinikhaus Eppendorf, Edelgard Jäkel, Martinistraße 52, 2000 Hamburg 20, Tel. (040) 4 68 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. (057 66) 8 10.

5. 11.

Berlin

Seminar: „Aids am Arbeitsplatz“

Kontakt: Arbeit und Leben, Keithstraße 1–3, 1000 Berlin 30, Tel. (030) 2 11 90 07.

5. 11.

Düren

Tagung: „Forensik im Wandel!“

Kontakt: Geschäftsstelle der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Eichenstraße 105–109, 5650 Solingen 1, Tel. (02 12) 81 50 51–54.

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. (023 81) 2 58 55.

7. – 11. 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 33 48.

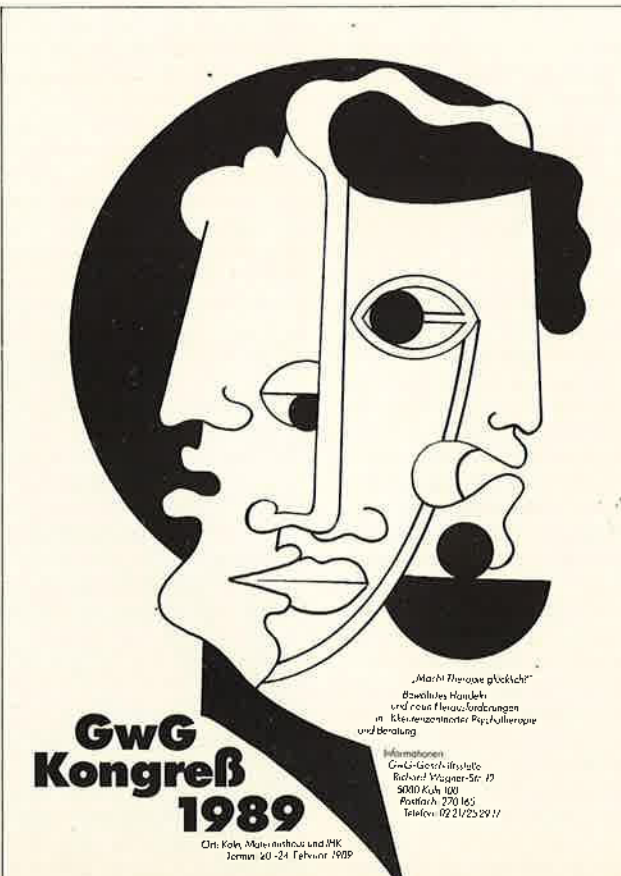
12. – 13. 11.

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.

Anzeige:



„Macht Therapie glücklich“
Beratliches Handeln
und neue Herausforderungen
in klientenorientierter Psychotherapie
und Beratung

Informationen:
GwG-Geschäftsstelle
Richard Wagner-Str. 17
5000 Köln 100
Postfach 270 165
Telefon: 02 21/25 29 11

**GwG
Kongreß
1989**

Ort: Köln, Mülheimer Platz und JHK
Termin: 20–24 Februar 1989

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. (05 41) 608 42 43–45.

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. (02 21) 51 10 02.

18. – 20. 11.

Iserlohn

Tagung: Aids und Frauen

Kontakt: Evangelische Akademie Iserlohn, Berliner Platz 12, 5860 Iserlohn, Tel. (023 71) 3 52 40–47.

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.

Raum Tübingen

Gesundheitsgefährdung durch Pestizide

Kontakt: Pestizid-Aktions-Netzwerk (PAN), Gaußstraße 17, 2000 Hamburg 50.

19. 11.

Bayreuth

Interdisziplinäres Symposium: „Magnesiummangel – Auswirkungen auf Mensch und Natur“

Kontakt: Dr. med. Rudolf Sies, Häuselohweg 25, 8672 Selb, Tel. (092 87) 6 03 11.

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. (05 41) 608 42 43–45.

25. – 28. 11.

Neuwied-Niederbieber

Selbsthilfegruppen in der Suchtarbeit

Kontakt: Arbeiterwohlfahrt, Zentrale Fortbildung, Postfach 1149, 5300 Bonn 1

26. 11.

Viersen

3. Viersener Badetag: „Psychiatrische Krankenpflege in Viersen: Alles beim alten?“

Kontakt: Geschäftsstelle der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Eichenstraße 105–109, 5650 Solingen 1, Tel. (02 12) 81 50 51–54.

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: Arbeiterwohlfahrt, Zentrale Fortbildung, Postfach 1149, 5300 Bonn 1

30. 11. – 2. 12.

Frankfurt

Fortbildungstagung zum Thema „Kooperation im Gesundheitswesen – eine Herausforderung für die Pflege“

Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Gutleutstraße 169–171, 6000 Frankfurt/M., Tel. (069) 23 50 91–95.

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) 51 10 02.

1. – 2. 12.

Hamburg

Regionale Fachtagung: „Gesündere Zukunft für Hamburg“

Kontakt: Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg, Gesunde-Städte-Sekretariat für den deutschsprachigen Raum, Tesdorpfstraße 8, 2000 Hamburg 13.

2. – 3. 12.

Hamburg

Seminar: „Der Kollege trinkt – Alkohol- und Medikamentenmißbrauch am Arbeitsplatz“

Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Bezirksgeschäftsstelle Hamburg, Billhoner Deich 94, 2000 Hamburg 28, Tel. (040) 78 85 20.

2. – 4. 12.

Frankfurt

Forum der Behinderten- und Krüppelinitiativen: „Sterilisation von Behinderten“

Kontakt: AG Spak, Adlzreiterstraße 23, 8000 München 2.

3. 12.

Hamburg

Tagung: „Arbeitstherapie und Leistungsmedizin“

Kontakt: Institut für Medizin-Soziologie, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Martinistraße 52, 2000 Hamburg 20.

5. – 7. 12.

Essen

Seminar: Psychiatrische Krankheitslehre – Kritische Reflexion des Berufsalltages

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

5. – 9. 12.

Frankfurt

Seminar: Pflege und Begleitung Aids-Kranker

Kontakt: Berufsbildungswerk FZBA, Gutleutstraße 159–161, 6000 Frankfurt/M., Tel. (069) 23 50 91–92.

6. – 9. 12.

München

Arbeitstagung des Gesunde-Städte-Netzwerks für den deutschsprachigen Raum

Kontakt: Betriebs- und Krankenhausreferat Abt. RAV der Landeshauptstadt München, Rudolf Brettmeister, Implerstraße 9, 8000 München 70, Tel. (089) 2 33 87 04 oder 2 33 77 64.

7. 12.

Hamburg

Seminar: „Sexualität im Alter“

Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB, Bezirksgeschäftsstelle Hamburg, Billhoner Deich 94, 2000 Hamburg 28, Tel. (040) 78 85 20.

8. 12.

Essen

Podiumsdiskussion zum Thema „Euthanasie/Sterbehilfe“

Kontakt: Fachschaft Medizin, Hufelandstraße 55/Klinik, 4300 Essen 1, Telefon (02 01) 79 91 28 53.

14. – 18. 12.

Nahrendorf

Frauseminar: Frauen und Sozialarbeit

Kontakt: Bahnhof Göhrde, 2121 Nahrendorf-Breese.

Verein zur Förderung der Wiedereingliederung psychisch Erkrankter e.V.

die brücke

PSYCHIATRIE IN LÄNDLICHER REGION

Der Sozialpsychiatrische Dienst Uelzen sucht zum 1. 1. 1989 oder auch früher einen/eine

ARZT/ÄRZTIN

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist wesentlicher Bestandteil eines gemeindepsychiatrischen Versorgungskonzeptes für den Landkreis Uelzen im Sinne eines stationär-ambulant Verbundes mit der Psychiatrischen Klinik Hücklingen. In vertraglicher Vereinbarung mit dem Landkreis Uelzen sind dem Dienst die Aufgaben nach dem Nieders. PsychKG übertragen.

Die Wahrnehmung vor- und nachsorgender Hilfen und Schutzmaßnahmen im Rahmen dieses gemeindepsychiatrischen Konzeptes stellt eine schwere, aber auch spannende Aufgabe dar.

Wir bieten: viel Arbeit, einen gut ausgestatteten Dienst (Stellenplan: 1 Nervenarzt, 1 Psychologe, 1 Sozialarbeiter, 1 Krankenpfleger, 1 Schreibkraft), Bezahlung nach dem BAT mit üblichen Zulagen, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten etc. ...

Wir erwarten: Arzt/Ärztin für Psychiatrie oder im letzten Abschnitt der Weiterbildung stehend. Bereitschaft zu teambezogener Arbeit. Weiterentwicklung des gemeindepsychiatrischen Konzeptes und zur Kooperation mit den übrigen sozialen Diensten der Region.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an die

Psychiatrische Klinik Hücklingen
Am Wischfeld 16, 2120 Lüneburg
Tel. (04131) 70 08-0

QUALIFIZIERTE MITARBEITER

FÜR SIE!

Mit Initiative und Motivation.
Geschult für die Praxis.
Gut gerüstet für neue Aufgaben.

Qualifizierte Mitarbeiterin für Sie

GESUNDHEITSBERATERIN (DGR)

ausgebildet für:

- allgemeine Beratungstätigkeiten
- Ernährungsberatung
- klientenzentrierte Gesprächsführung
- Streßbewältigung
- Raucherentwöhnung
- Entspannungstraining

Diese Ausbildung erfolgte unter der Leitung der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der Rehabilitation.

Fundierte Fachkenntnisse, die in einer 12jährigen Tätigkeit als Arzthelferin erworben wurden, liegen ebenfalls vor.

Diese Fachkräfte werden in Kürze einen vom Arbeitsamt geförderten Lehrgang abschließen. Sie kennen die Arbeitswelt – und sind qualifiziert für die Praxis. Davon kann auch Ihr Unternehmen profitieren. Rufen Sie an:



Arbeitsamt Hannover
Brühlstraße 4
3000 Hannover 1



05 11/107-12 14
Herr Pillar

Verkaufe

Zeitschrift Sexualmedizin, Jahrgänge 1974–1981, gebunden.
Christina Pötter, Tel. (0 64 04) 6 17 47

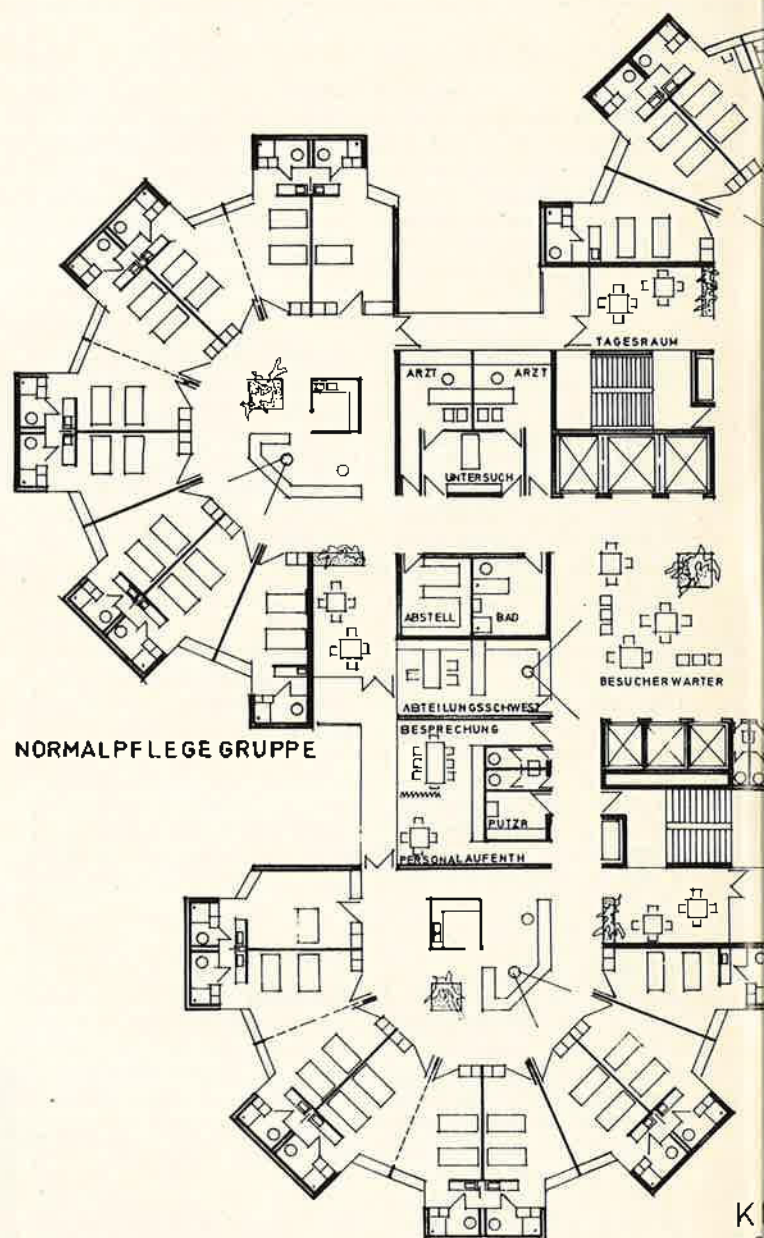
Erläuterung zum Grundriß des klassenlosen Krankenhauses

Für den Pflegebereich werden vier halbkreisförmige Pflegegruppen mit je 17 Betten (= 68 Betten/Geschoß) vorgeschlagen. Die konzentrische Anordnung der Krankenzimmer um den Arbeitsbereich der Gruppenschwester ergibt kürzeste Wege für das Personal und engen Kontakt zwischen den Patienten und dem Personal. Durch die konische Form der Krankenzimmer und die dadurch verdrängte Anordnung der Betten entsteht gleichzeitig eine gute Sichtverbindung nach außen.

Jeder Pflegegruppe ist ein Tagesraum zugeordnet. Die außenliegenden Naßzellen enthalten für jedes Zimmer ein WC und eine Dusche sowie eine vom Krankenzimmer abgetrennte Waschgelegenheit, zugleich als Arbeitsplatz der Schwester.

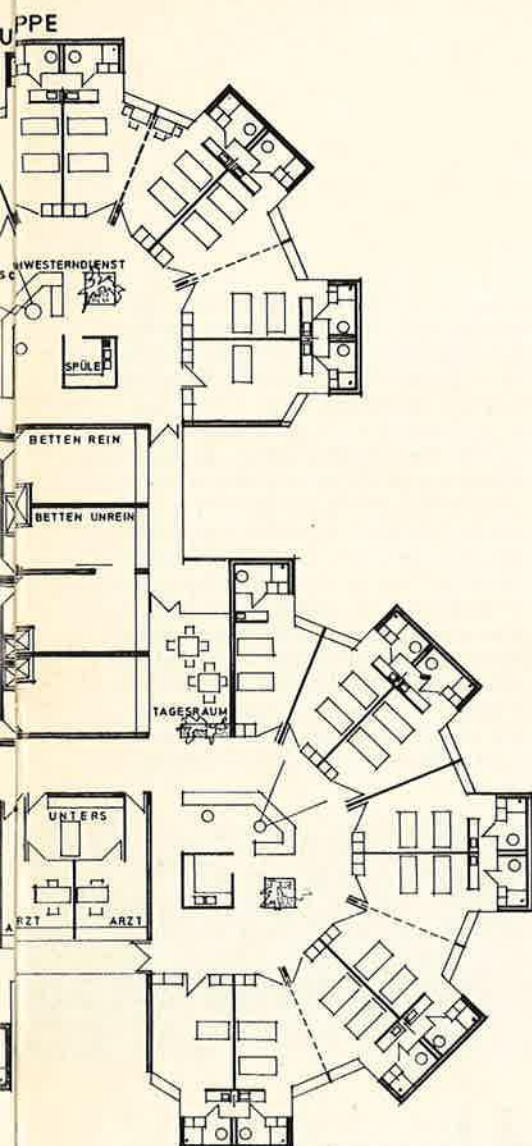
Im Kern des Bettenhauses sind vier Arztzimmer, die Raumgruppe für die Abteilungsschwester mit einem Sitzungs- und Besprechungsraum für die Stationskonferenzen, ein reiner und ein unreiner Pflegearbeitsraum mit Anschluß an die Regalförderanlage sowie ein reiner Bettenaufbewahrungsraum und ein unreiner Bettenreinigungsraum vorgesehen.

Diese ersten Überlegungen zum Grundriß des Pflegebereichs für das klassenlose Krankenhaus führen zu einer äußeren Form und zu einer Innenraumgestaltung, die die für die Patienten und Personal gleichermaßen wichtigen physiologischen Gesichtspunkte berücksichtigt.



Eine grüne Wiese zwischen Hanau und Offenbach hat Anfang dieses Jahres den Besitzer gewechselt. Die angeschlagene Neue Heimat verkaufte den Boden, auf dem vor fast 20 Jahren das erste klassenlose Krankenhaus dieser Republik entstehen sollte.

An Besuchszeiten und Bettensälen entzündete sich die Diskussion, die quer durch alle Parteien, in allen Medien geführt wurde. Doch eigentlich ging es um die Gleichbehandlung aller Patien-



NORMALPFLEGEGRUPPE

REISKRANKENHAUS HANAU
MALGESCHOSZ IM BETTENTRAKT

WURF DIPL ING NOVOTNY + MÄHNER B D A

**ten und die Abschaffung
des Chefarztsystems. Am
Ende wurden nur die Fas-
saden erneuert, die inne-
re Reform blieb auf der
Strecke.**

**Und daraus erklären sich
auch die aktuellen Pro-
bleme in den bundes-
deutschen Krankenhäu-
sern, wie Norbert An-
dersch nachweist**

Am Sessel gesägt

Das klassenlose Krankenhaus oder Von der normativen Kraft des Utopischen

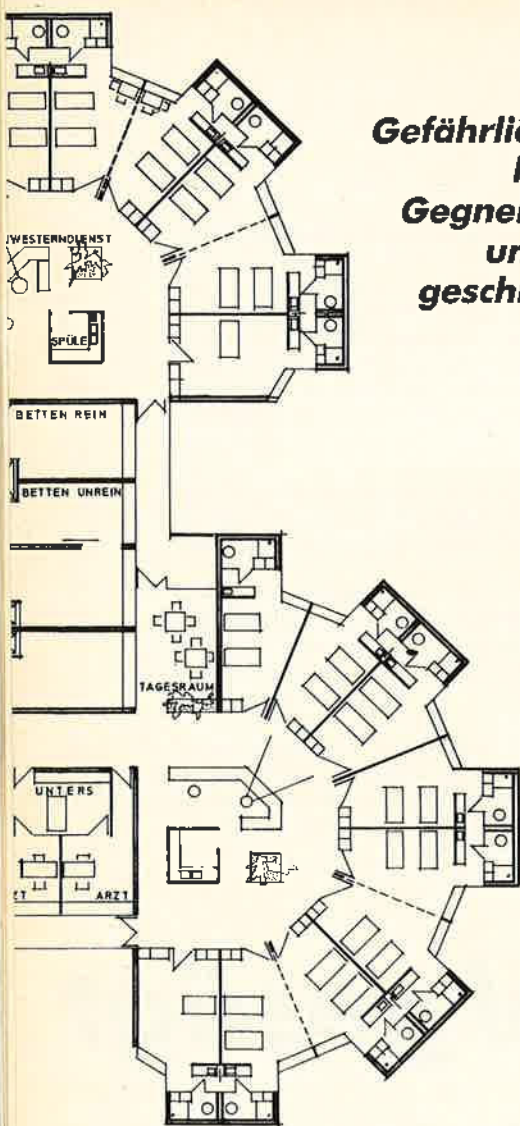


Fotos: Linie 4

Klassenloses Krankenhaus“, das meinte zunächst gar nichts Revolutionäres, sondern nur ein Krankenhaus ohne abgestufte Pflegeklassen, besonders die Abschaffung der Ende der sechziger Jahre noch bestehenden 3. Pflegeklasse. Doch unter Willi Brandts „Mehr Demokratie wagen“ und der Studentenrevolte verbanden sich damit natürlich noch ganz andere Assoziationen: nämlich den Abbau von überkommenen Hierarchien, eine Umwälzung veralteter Strukturen und Behandlungsmethoden und zuletzt die Gesamtreform eines durch und durch ineffektiven Gesundheitssystems.

Mißstände in den Krankenhäusern gab es genug: Eine chronische Unterfinanzierung – Grund war die Pflegesatzverordnung von 1954 – hatte die Krankenhäuser bei ständig steigenden Patientenzahlen hoffnungslos veralten lassen. Die Überschuldung hatte Neuinvestitionen nicht mehr zugelassen. Ende der sechziger Jahre wurden lange Wartezeiten vor Aufnahme der Kassenpatienten zum Gesprächsthema. Säle mit acht und zehn Betten waren normal. Ein riesiger Pflegemangel mit mehr als 40 000 nicht besetzten Schwe-

Gefährlich war das Modell des klassenlosen Krankenhauses für seine Gegner, weil hier nicht umstrukturiert und mühevoll alte Vorrechte eingeschränkt werden sollten. Es wurde einfach neu geplant



NORMALPFLEGEGRUPPE

stern- und Pflegerstellen. Miserable Bezahlung der Assistenzärzte. Massenhaft Überstunden ohne Freizeitausgleich oder Bezahlung.

Die Chefarzte traten zunächst die Flucht nach vorn an. „Wer nach dem ärztlichen Einkommen fragt“, so ereiferte sich 1970 Professor Voßschulte, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Gießen, „der hat keine Kinderstube. Man spricht nicht darüber, weil dieses Thema in den Bereich des Ethischen fällt.“ Voßschulte war es auch, der kurz und bündig erklärte: „Wo es um die Versorgung unserer Kranken geht, haben demokratische Spielregeln keinen Platz.“ Trotz solcher markigen Worte wurde der Ruf nach Reformen immer lauter.

Laut einer Umfrage des Spiegels über die 3. Pflegeklasse beklagten 69 Prozent, daß zu viele Kranke in einem Zimmer lägen, 54 Prozent, daß zu wenig Besuch kommen könne, 45 Prozent, daß das Essen schlecht sei, 40 Prozent, daß der Chefarzt selten komme, 36 Prozent, daß die pflegerische Betreuung, 30 Prozent, daß die allgemeine ärztliche Betreuung, und 27 Prozent, daß sogar die Versorgung mit Medikamenten schlecht sei. In der Presse wurde über Verletzte berichtet, die sterben mußten, weil sie wegen fehlenden Überweisungsscheins nicht ins

Krankenhaus aufgenommen wurden. Ausführlich wurde der Fall einer Schwangeren dargestellt, deren Kind nur deshalb tot zur Welt kam, weil eine Privatpatientin das Bett brauchte.

In dieser Situation findet im März 1969 der Parteitag der als linkslastig bekannten SPD Hessen-Süd statt. Unzufrieden mit den Aussagen der Wahlplattform zum Gesundheitswesen ergreift Sozialminister Hemsert das Wort. Die Vorstellungen seien unzureichend. Eigentlich sei das Richtige ein klassenloses Krankenhaus. Seine radikalen Worte werden vom Auditorium mit ausgesprochen viel Beifall bedacht. Was Hemsert nicht ahnt: Unter den Delegierten sitzt einer, der das, was er sagt, nicht nur loben, sondern in die Tat umsetzen will. Der Hanauer Landrat Martin Woythal. Der will nämlich ein neues Krankenhaus bauen, braucht aber noch öffentliche Unterstützung und Publicity. Woythal geht nach vorn und erklärt – ganz außerhalb der Regie: „Genossen, ich baue das Ding.“ Den Parteiobere klappt unglaublich der Kiefer herunter, doch der Jubel im Saal macht deutlich, daß es jetzt kein Zurück mehr gibt. Und so tritt Sozialminister Hemsert die Flucht nach vorne an und verkündet, daß das „klassenlose Krankenhaus“ wie ein Paukenschlag in der Republik einschlagen werde. Und damit hatte er ausnahmsweise einmal recht.

Die Diskussion entbrannte in solch einer Heftigkeit nicht nur unter den Beschäftigten und in Fachkreisen, sondern auch in den Gazetten, daß die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) „aus dem Staunen nicht mehr herauskam“, wie ihr Geschäftsführer konstatierte. Seit 17 Jahren, so jammerte Müller, habe seine Organisation an die Regierung appelliert und Denkschriften verfaßt. Plötzlich werde die Republik mit Krankenhausreformen förmlich überschüttet.

So ganz unrecht hatte der DKG-Geschäftsführer nicht. Zwar waren ihre Vorschläge wenig innovativ und blutlos gewesen, doch von den politischen Parteien war das Gesundheitswesen mit all seinen skandalösen Problemen seit Mitte der Fünfziger ignoriert worden. Jetzt war alles ganz anders. Woythals Parole „Einen Blinddarm 1., 2. oder 3. Klasse wird es bei uns nicht geben“ entsprach voll der gereizten Volksstimmung. Umfragen ergaben, daß mindestens 75 Prozent der Bundesbürger das klassenlose Krankenhaus wollten. Mit diesem Rückenwind sattelte Woythal noch einen drauf: „Das klassenlose

Krankenhaus kann und muß zum Modell für einen Krankhaustyp werden, der zum Ziele hat, das privatwirtschaftliche Profitinteresse aus dem Krankenhaus zu verbannen.“

Was kaum einer wußte: Konkrete Pläne lagen noch gar nicht vor, doch der praktische Landrat machte sich schnell an die Arbeit. Er stellte eine Planungsgruppe auf, an deren Spitze Dr. Hans See (später Mitherausgeber von dg) alles an progressiven Kräften zusammenrief, was im Krankenhausbereich Rang und Namen hatte. Fünf Merkmale wollte Woythal mit dem klassenlosen Krankenhaus verbunden wissen: Die Aufhebung der unterschiedlichen Pflegeklassen, die Abschaffung

Was kostet uns d

Unser Gesundheitswesen ist krank. Vor allem die Krankenhäuser. Sie leiden unter der Politik der Bonner Sparkoalition und unter dem Chefarzt-System, aus denen nicht nur der chronische Pflegenotstand, sondern manches andere Leiden resultiert. Geldmangel und Pflegenotstand sind ganz allgemein bekannt. Nicht dagegen, daß das Chefarzt-System wesentlich zu den Krankheiten unseres Gesundheitswesens beiträgt.

Bei den Reformdiskussionen Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre stand dagegen vor allem dieses System im Kreuzfeuer der Kritik. Die konsequentesten Reformer forderten sogar seine Abschaffung, eben das klassenlose Krankenhaus. Aber es gelang den „Halbgöttern in Weiß“, ihr vordemokratisches, klassenmedizinisches System zu retten. Mit Drohungen und ein paar vernünftigen Konzessionen an die Reformer wehrten sie alles ab, was ihr Geschäft mit der Krankheit gefährden konnte. Die nachgeordneten Krankenhausärzte, als „Insider“ damals die gefährlichsten Gegner der Chefarztmonarchie, wurden durch Gewinnbeteiligung an den Privatcinnahmen ihrer liquidationsberechtigten Chefs, über das sogenannte „Poolssystem“, zum Mitma-

des privaten Liquidationsrechts und die Vereinheitlichung der Pflegesätze, die Beseitigung der überlebten Chefarzhierarchie und die Einführung der Teamarbeit und kollegialen Leitung, die Verkleinerung der Fachbereiche auf maximal 80 bis 100 Betten, den Bau von 1- und 2-Bett-Zimmern mit sanitären Anlagen, Telefonanschlüssen und verschiedenen Speisen für alle sowie variable Besuchszeiten.

In einem zusätzlichen Forderungskatalog wurde die Erweiterung des traditionellen Krankheitsbegriffs, also eine Stärkung der psychosomatischen Medizin gefordert. Man brauche eine Abteilung für Arbeits- und Sozialmedizin und Polikliniken zur ambulanten Kran-

kenhausbehandlung auch der Kassenpatienten. Genau das zielte auf das Standbein der deutschen Ärzteschaft, das am meisten Geld einbrachte, das Monopol der ambulanten Versorgung.

Koordinator See berichtet rückblickend, daß 1969 eine Reformstimmung geherrscht habe, in der kreative Gedanken und Utopien möglich gewesen wären, deren kraftvolle Propagierung auch entgegenstehende Gesetze ins Wanken gebracht hätten. Es sei eine Stimmung gewesen, das gesamte Klima im Krankenhausbereich zu ändern, andere Formen der Therapie, Diagnostik und Pflege auszuprobieren, mehr Gespräche und weniger Apparate einzusetzen.

Gewisse Ängste, die auch progressive Fachleute äußerten, daß eine Nivellierung der Einkommen zu einer Abwanderung qualifizierter Fachleute aus den Krankenhäusern führen würde, erwiesen sich bei der Planung von Woythals Klinik als unbegründet: In großer Zahl meldeten sich namhafte, qualifizierte Ärzte, die bereit waren, für weniger Geld als ein Chefarzthonorar und zu anderen Bedingungen als im Chefarztsystem ihre Arbeit zu erledigen.

Dem Woythalschen Reformschub mochte sich anfangs keiner entziehen. Alle Parteien, einschließlich der CSU, entwickelten jetzt Krankenhausreformprogramme, wobei niemand den Mut aufbrachte, gegen ein „klassenloses

dg-Herausgeber Hans See kommentiert das Chefarzt-System?

chen und Schweigen verführt. Diese „Nebeneinkünfte“ erreichen für viele Ärzte Höhen, die weit über das Jahreseinkommen einer qualifizierten Pflegekraft hinausragen. So haben die „Halbgötter“ viele ihrer Kollegen zu „Vierelgöttern“ erhöht, die das Chefarzt-System und alle seine Nachteile für Patienten, Pflegekräfte, Versicherte und Steuerzahler, ja sogar für ihre eigenen Arbeitsbedingungen schweigend in Kauf nehmen. Natürlich spielt dabei auch die windige Aussicht eine Rolle, einmal selbst zum Olymp der „Halbgötter“ emporsteigen zu dürfen.

Fast könnte man glauben, heute sei in den Krankenhäusern alles in Ordnung. Aber manches ist unerträglicher als Anfang der 70er Jahre. Die ÖTV müßte es schon gemerkt haben. Sie sollte endlich die Initiative ergreifen und keine Angst vor Tabus haben. Im Pflegebereich gärt es schon. Und der Druck wird steigen, wenn Blüms Gesundheitsreform die Krankenhäuser noch kränker macht. Es wird zum offenen Konflikt kommen.

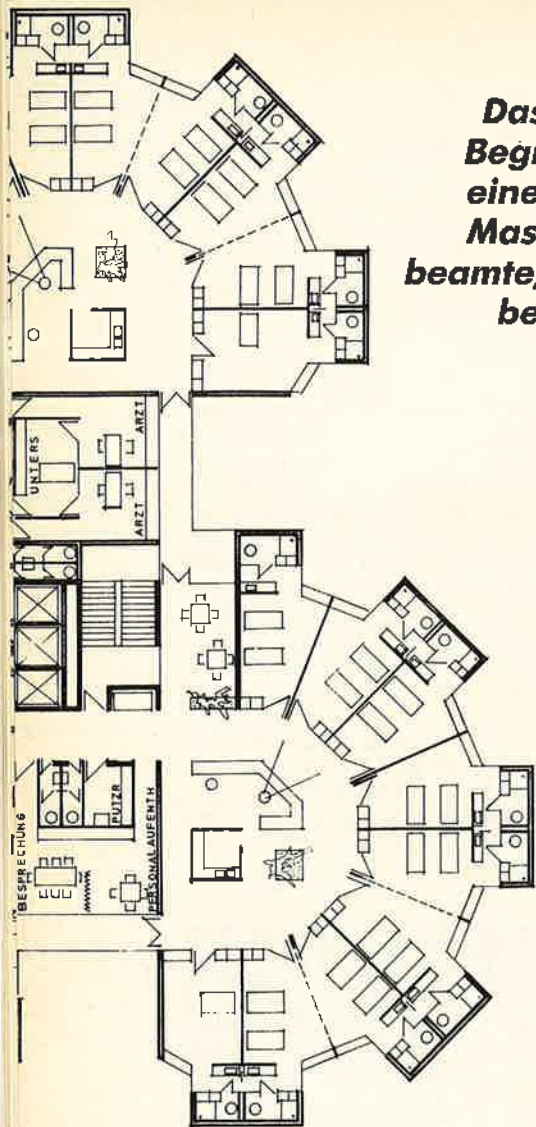
Doch Blüms Reformversuche werden sowieso scheitern, wenn er ohne tiefgreifende Veränderungen der preis-

treibenden und sich gegenseitig schützenden und stützenden Strukturen, ohne Beseitigung des ambulanten Behandlungsmonopols der niedergelassenen Ärzte und ohne Brechung der Marktmacht der „Gesundheitsindustrie“ Kostendämpfungspolitik betreiben will. Jeder Reformversuch dieser Art konnte bislang erfolgreich abgewehrt werden. Was unter diesen Bedingungen gerade noch eben gelingen kann, ist Sozialabbau.

Das Chefarzt-System ist also ein wesentlicher Teil des medizinischen und ideologischen Apparats zur Rechtfertigung des Geschäfts mit der Krankheit und zur Abwehr demokratischer und sozialer Reformen in unserem Gesundheitswesen. Was kostet uns das Chefarzt-System? Es kostet uns die wirkliche Chance, notwendige demokratische und soziale Reformen im Krankenhaus und im Gesundheitswesen insgesamt – und damit auch die durch sie zu erwartende Kostendämpfung – durchzusetzen. Das wird jedes Jahr unnötige Milliarden verschlingen und mit der Zeit auch andere, nicht in Geld ausdrückbare Werte zerstören, die für ein humanes Gesundheitswesen unverzichtbar sind. □



Das Profil der Krankenhäuser zu Beginn der 90er Jahre könnte aus einem Männermagazin stammen: Maschinen, Manager, Ministerialbeamte, fast nur männliche Chefärzte beherrschen das Krankenhausimperium



NORMALPFLEGEGRUPPE

Krankenhaus“ Stellung zu beziehen. Selbst die Gegner von grundlegenden Veränderungen sprangen aus taktischen Gründen auf den Zug auf. So Dr. Siegfried Eichhorn, später Geschäftsführer der DKG, der drängte, „diese bereits überfälligen Strukturveränderungen baldmöglichst durchzuführen“. Die wesentliche Befürchtung von Eichhorn war indes die vor der Eigendynamik, die der Reformwille gewinnen könnte: Es müsse jede falsch verstandene Demokratisierung unserer Krankenhausbetriebe verhindert werden (...), weil sie zwangsläufig zu einer Paralisierung“ führe.

Konservative Politiker wie Chefärzte führten einen – anfangs noch – vergeblichen Kreuzzug gegen die Krankenhausreform. Dr. Bechthold von der Ärztekammer Hessen führte an, man könne eben nicht „Dior-Kleider“ zu „Neckermann-Preisen“ bekommen. Die FAZ empörte sich im März 1970: „Viele Menschen sorgen durch Spar-samkeit (...), daß sie sich das (ein Einzelzimmer, na) leisten können, während andere wie die Grille im Sommer leben. Soll man alle diese Leute mit Gewalt in Mehrbettzimmer zwingen, nur damit die Gleichheit der Menschheit triumphiert?“ Professor Bock, der Tübinger Internist, ergriff zur Eröffnung der 22. Karlsruher Therapiewoche in unvergleichlicher Manier Partei

für die Schwachen: „Im übrigen ist für eine robustere Natur mit primitiveren Gebräuchen und anderen Unterhaltungsgegenständen der Zwang, ständig auf einen weiter differenzierten Rücksicht zu nehmen, auch nicht das adäquate Klima. Er möchte vielleicht mehr Betrieb, Blasmusik und Männerchor, etwas burschikosere Ansprache durch das Pflegepersonal, während der andere bereits wieder seine Examensarbeiten oder auch schwierige Telefongespräche führen muß, Kammermusik liebt, mit der Art, wie sein Tisch gedeckt ist, mit einem geistreichen Wort oder einer verstehenden Geste zufriedener ist.“ Sehr einfühlsame Erwägungen zur Beibehaltung der unterschiedlichen Pflegeklassen.

Gefährlich erschien den Reformgegnern das neue Modell vor allem, weil hier nicht mühsam umstrukturiert, nicht alte Vorrechte eingegrenzt und beschnitten werden sollten, sondern weil einfach völlig neu geplant wurde. Hier sollten nicht allein architektonisch die Bedürfnisse der Patienten in den Vordergrund gestellt werden. Es sollten Verhältnisse geschaffen werden, in denen kein Chefarzt mehr gebraucht würde, sondern ein eigenverantwortliches Ärzteteam. In den alten Kliniken ging die Angst um, daß die geplante demokratische Selbstverwaltung, ein gewähltes Kollegialorgan aus Belegschaft, Träger, Patientenanwalt und Personalrat auf Dauer gar funktionieren könnten. Hinzu kam, daß das alles schon Gestalt annahm, daß ein beliebter Landrat die notwendige Durchsetzungskraft mitbrachte, daß Gesetze in Planung waren, daß bereits ein Grundstück angeschafft war und daß das notwendige Geld bereit lag.

Die Sprengkraft, die dem Modellvorhaben innewohnte, wurde schnell auch Woythals Parteigenossen unheimlich. Hemserts Nachfolger im Sozialministerium zog im Sommer 1970 den Begriff „klassenloses Krankenhaus“ zurück, er werde vorwiegend „weltanschaulich gedeutet“. Plötzlich plante die sozialdemokratische Regierung, die Großkliniken direkt in der Nachbarschaft der grünen Wiese, die Stadtkrankenhäuser von Hanau und Offenbach zu erweitern und das geplante klassenlose Krankenhaus zu verkleinern.

Doch auch die Rumpfklinik war maßgeblichen Politikern von SPD und CDU noch zu bedrohlich. Als Woythal – ohne Fortune – über die Gebietsreform abgewählt wurde, legte die CDU, die bei der Wahl gesiegt hatte, den Plan auf Eis. Der bereitstehende Kredit für

die Baumaßnahmen wurde storniert, die Planungskosten abgeschrieben, der Verwaltungsleiter, den man bereits eingestellt hatte, wurde für mehrere Jahre weiterbezahlt, ohne daß er eine Tätigkeit ausüben mußte. Die CDU schaffte es, daß die Modellklinik als sozialdemokratische Reformruine dastand.

Hans See, seinerzeit Koordinator des Modells, vertritt trotz allem die Auffassung, daß die Verbesserungen der heutigen Krankenhauslandschaft im wesentlichen Folge des damaligen Reformdrucks sind: die Abschaffung der 3. Pflegeklasse wie die Veränderungen der Chefarztposition und der Chefarzthonorierung. Etliche Reformmodelle wie die Hessen-Kliniken, aber auch das Krankenhaus von Herdecke seien letztlich Ausfluß der damals geführten Diskussionen. Führende Kritiker habe man praktisch weggekauft, etwa die Assistenzärzte, denen man über die Pool-Regelung eine Zusatzbezahlung zugestanden habe. Anfängliche großzügige Neuinvestitionen, die aber fast ausschließlich in die Architektur und die apparative Ausstattung gingen, hätten eine Reform vorgetäuscht. Deren inneres Korrelat, nämlich Hierarchieabbau, Mitbestimmung, Änderung der Behandlung und Öffnung für die ambulante Behandlung, seien dabei vollständig auf der Strecke geblieben.

Seit mehr als 15 Jahren liegen die Forderungen einer damals breiten Reformbewegung uneingelöst in den Schubladen. Die unveränderten, schon seinerzeit anachronistischen Strukturen und der anhaltende Widerstand der leitenden Kräfte gegen Reformen machen die Krankenhäuser heute mehr als zuvor zu unbeweglichen Fossilien, deren auftragender technischer Lack mittlerweile nicht mehr in der Lage ist, die Probleme zu übertünchen.

Die neu renovierten Fassaden und eine mit statistischer Manipulation herbeigeredete „Kostenexplosion“ bewahrte die Krankenhaushierarchie vor der Umsetzung der dringend notwendigen inneren Reformen. Mit einem klugen Schachzug hatte sie die seit Jahren überfälligen Erneuerungsinvestitionen im Krankenhausbereich und die damit notwendigerweise verbundenen Kostensteigerungen zu einer angeblich explosiven Ausweitung der Gesundheitsausgaben umgefälscht. Ein sich anschließendes endloses Kostendämpfungsgerede half Rationalisierungsexperten und den ihnen kritiklos verpflichteten Gesundheitsökonominnen in den Sattel, vor deren Fachchinesisch

auch mancher Gewerkschafter und Linker ehrfurchtsvoll die Segel strich.

Kosteneinsparungen hat die Ökonomieidee indes – trotz all ihrer großspurigen Versuchsblößen – nie eingefahren. Inflationsartig ausgedehnt hat sich lediglich die Zahl der vorwiegend selbst ernannten Gesundheitsökonom. Dabei entpuppen sie sich zunehmend nicht als Retter, sondern als Blutsauger der Krankenhäuser. Nicht das System Krankenhaus und der zu versorgende Patient haben Vorteile gezogen: Nutznießer der ökonomischen Expertisen sind externe Anbieter, die mit maßgeschneiderten Analysen Teilbereiche der Kliniken profitabel auschlachten können. Nutznießer sind vor allem die Marketing- und Ökonomiestrategen selbst, die mit unzähligen Instituten und durch endlose, großen-

teils unqualifizierte Analysen noch schnell das große Geld auf Kosten der Versicherten absahnen wollen, bevor die aufgeblähte und überreizte Krankenhausökonomieidee wie ein Kartenhaus zusammenbricht. Kein vergleichbar großer Sektor des gesamten bundesdeutschen Arbeitsmarktes hat in den letzten 20 Jahren, abgesehen von der Einführung der Computertechnik und Managementstrategie in dem Verwaltungsbereich der Kliniken, eine derartige Unbeweglichkeit bewiesen und hierarchische Strukturen konserviert wie die deutschen Krankenhäuser.

Wie aus einem Männermagazin stellt sich das Profil der Krankenhäuser zu Beginn der 90er Jahre dar: Maschinen, Manager, Ministerialbeamte, fast nur männliche Chef-

ärzte und Kirchenfürsten wachen über ein Imperium mit mittlerweile mehr als einer Million Beschäftigten. Ihr unbeschnittener Einfluß hat das 400 000 Personen zählende Pflegepersonal zu der, gemessen an ihrer Leistung, schlechtest bezahlten Angestelltengruppe in der Republik werden lassen. Ihre Interessenpolitik hat einen riesigen Pflegezustand bewirkt und die Bundesrepublik bei der Pflegeversorgung zum Schlußlicht in ganz Europa gemacht. Ihr männlicher Führungswille hat die berufliche und institutionelle Stellung von Frauen in allen führenden Positionen systematisch behindert, obwohl in keinem Beschäftigungsbereich das Übergewicht von Frauen mit 80 Prozent aller Beschäftigten so groß ist wie in den Krankenhäusern. Ihre Therapiebesessenheit hat eine aggressive Akutmedizin zu Höchstleistungen getrieben, de-

Anzeige:

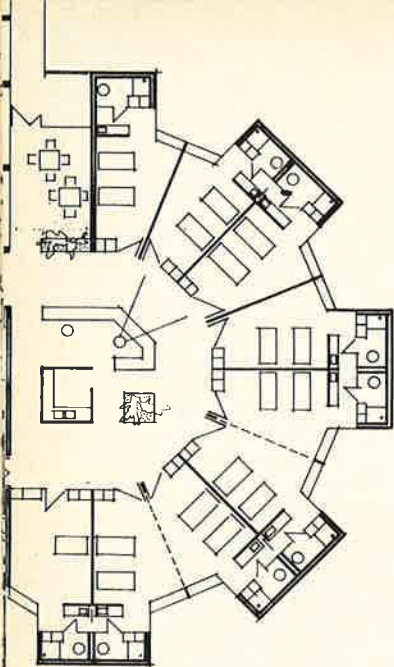
GESUND BLEIBEN

mit der Bittere Pillen Patientenreihe

Bittere Pillen Patientenreihe Renate Dalmier Gerd Glenske Altern ist keine Krankheit Ein Ratgeber für die zweite Lebenshälfte Kiepenheuer & Witsch DM 19,80	Bittere Pillen Patientenreihe Hans Weiss Wit Hochdruck leben Was tun bei Bluthochdruck? Kiepenheuer & Witsch DM 14,80	Bittere Pillen Patientenreihe Krista Federspiel Der Krampf mit dem Magen Was tun bei Gastritis und Geschwüren? Kiepenheuer & Witsch DM 16,80	Bittere Pillen Patientenreihe Lisa Langbein/Katja Trapp Kopfwahl Was tun bei Kopfschmerz und Migräne? Kiepenheuer & Witsch DM 14,80	Bittere Pillen Patientenreihe Krista Federspiel Zahn um Zahn Vom Umgang mit Zahnproblemen und Zahnärzten Kiepenheuer & Witsch DM 18,80	Bittere Pillen Patientenreihe Krista Federspiel Vom Trinken/Maliken Zitr Wit anderen Augen Vom Umgang mit Augenproblemen Kiepenheuer & Witsch DM 24,80
Bittere Pillen Patientenreihe Barbara Huemer-Drobl Gerhard Kietner/Lisa Langbein Leben nach dem Schlaganfall Ein Ratgeber für Kranke, ihre Familien und Betreuer Kiepenheuer & Witsch DM 14,80	Bittere Pillen Patientenreihe Michael Adam Renate Dalmier/Volker Korb Kinder kriegen Schwangerschaft, Geburt und Stillen ohne Angst und Zwang Kiepenheuer & Witsch DM 16,80	Bittere Pillen Patientenreihe Kurt Langbein Schlaflos Vom Umgang mit Schlafproblemen Kiepenheuer & Witsch DM 14,80	Bittere Pillen Patientenreihe Vera Herbst Unsern Kindern helfen Was tun, wenn Kinder krank werden? Kiepenheuer & Witsch DM 18,80	Bittere Pillen Patientenreihe Andrea Ernst/Vereina Corazza In der Regel Wenn die Menstruation Probleme macht Kiepenheuer & Witsch DM 16,80	Bittere Pillen Kurt Langbein Hans-Peter Martin Hans Weiss Neues und Klare der Arzneimitel Ein kritischer Ratgeber 2400 Medikamente aus 1000 Arzneibüchern wissenschaftlich bewertet Fundament: Handlungsfeld/Hatzen/Lust Kiepenheuer & Witsch DM 39,80

Kiepenheuer & Witsch





ren Nutzen allein für die Kassierenden, nicht aber für die Kranken nachgewiesen ist. Bestellte ökonomische Expertisen haben die Verkürzung von Liegezeiten und die Ausgrenzung von Pflegebedürftigen zu Dogmen erhoben, die niemand öffentlich anzweifeln darf.

Erst langsam offenbart sich in der Öffentlichkeit der Scherbenhaufen, der

aus einer Kumpanei von überkommener Krankenhaushierarchie und schlechtem Management resultiert. Diese Koalition hat in den letzten 20 Jahren Mitbestimmungsforderungen und demokratische Strukturveränderungen bekämpft, sich selbst mit angeblicher Kompetenz behängt und in Wirklichkeit keines der Krankenhausprobleme gelöst und hat auch für die Zukunft keine Lösung der gravierenden Probleme anzubieten. Der ständige Kostendämpfungsdruck hat eine Diskussion über Strukturveränderungen, aber auch Phantasien und Utopien im Krankenhausbereich erschlagen.

Die versteinerte Hierarchie hat Beschäftigte demotiviert, aber auch der Verantwortung und Entschlußfreudigkeit entwöhnt. Teuer und zunehmend ineffektiv bleibt die anachronistische Trennung von stationärer und ambulanter Behandlung.

„Ohne tiefgreifende Reform“ – so Hans See – „sind die gravierenden Probleme der Krankenhäuser nicht lösbar. Ohne tiefgreifende Reform gehen unsere Krankenhäuser bei zunehmender Beanspruchung auf Probleme zu, deren Ausmaß jetzt noch nicht vorstellbar ist.“

Für mich sind allenfalls Ansätze einer neuen Reformbewegung zum jetzigen Zeitpunkt erkennbar. Die Gewerkschaft ÖTV hat meines Erachtens die Probleme und Rekrutierungsmöglichkeiten noch nicht in vollem Umfang erkannt und genutzt.“ In der Tat muß die ÖTV heraus aus ihrer zaudernden Haltung. Auch bei nur mäßigem Organisationsgrad im Klinikbereich könnte sich ein symbolischer Akt, zum Beispiel ein Schwesternstreik, unter den momentanen Bedingungen wie ein Lauffeuer ausdehnen und aktivierend auf die berechtigten Forderungen des Pflegepersonals, aber auch die gesamte Reformdiskussion im Krankenhausbereich wirken. Der Blick von den angeblich notwendigen, in Wirklichkeit phantasietötenden Sachzwängen zu Krankenhausutopien und Alternativen muß wieder gefördert werden. Nur die Kritik an der Institution von der Architektur bis zu den Therapieverfahren kann Verbesserungen bringen. Eine längst überfällige Frauenbewegung in den Kliniken könnte, wie auch anderenorts, versteinerte Verhältnisse und Dogmen einer ausschließlichen Männerherrschaft beseitigen. Vielleicht käme dann auch der Patient wieder einmal zur Geltung. □

„Was heißt radikal?“ dg-Interview mit Martin Woythal



Martin Woythal: „Entscheidend ist, daß die Idee richtig war“

dg: Was waren damals die Motive, eine so radikale Forderung aufzustellen? Und welche Gründe gäbe es heute?

Woythal: Was heißt radikal? Ich würde von humanen Forderungen sprechen. Mir ist bis heute unverständlich geblieben, daß man diese humanen und daher nur selbstverständlichen Grundsätze der gleichen Behandlung aller Patienten im Krankenhaus derart bekämpft hat. Es sind zwar Fortschritte erzielt worden, aber im Grundsatz geht es noch immer um das Liquidationsrecht und die Privatstationen der Chefärzte.

Die Konservativen haben es bisher verstanden, dieses überholte System aufrecht zu erhalten, und ich möchte fragen, aus welchem Grund und mit welchem Recht? Es handelt sich bei den Chefärzten doch um Beamte und Angestellte von aus öffentlichen Geldern und von Krankenkassen finanzierten Krankenhäusern. In den Privatstationen werden die untergeordneten Ärzte, das Pflegepersonal und andere auf Kosten des Steuerzahlers und der Versicherten beschäftigt. Ich habe nichts dagegen, daß ein Chefarzt privat abrechnet. Aber dann soll er das wirtschaftliche Risiko übernehmen und soll sich eine eigene, kleinere Privatklinik bauen.

dg: Das konkrete Projekt wurde ja verhindert, auch wenn die Forderung ihre Wirkung nicht ganz verfehlt hat. Heute wird vom Phantomkrankenhaus und von Millionen gesprochen, die der damalige Landrat Woythal in den Sand gesetzt habe.

Woythal: Ich habe zwar als erster für die Errichtung eines solchen Prototyps gekämpft, aber bald schon auf breiter Basis Zustimmung gefunden. Selbst die CDU im Kreistag stimmte mit den Sozialdemokraten für den Bau dieses Krankenhauses, distanzierte sich nur von der Forderung nach der „Klassenlosigkeit“. Aber die meisten Reformvorschlüsse hat sie in vollem Maße unterstützt. Ich darf feststellen, daß alle so wichtigen Entscheidungen von demokratisch gewählten Gremien getroffen wurden. Wir haben eine Planungskommission eingerichtet, in denen sogar Gegner des Klassenlosen Krankenhauses, zum Beispiel zwei Chefärzte der Stadt Hanau, mitwirkten. Auch Schwestern waren vertreten. Wir hatten Aufnahme im Bettenbedarfsplan des Landes Hessen gefunden. Das Land Hessen hätte undemokratisch zustandegekommene Entscheidungen kaum genehmigt. Es war auch damit einverstanden, daß wir uns das Grundstück beschaffen. Wir haben das mit dem Gedanken verbunden, das Krankenhaus mit einer kommunalen Siedlung zu umgeben. Wir wollten

Schwesternhäuser und Wohnungen für die Beschäftigten nicht als Ghetto bauen, sondern sie eingliedern in eine großzügige Wohnanlage. So kam es zu einem Vertrag mit der Nassauischen Heimstätte. Sie kaufte das Land. Und der Kreis hätte davon 30 Prozent durch Umlage für kommunale Einrichtungen enteignen können, was ausgereicht hätte für das Krankenhaus. Der Kreis hätte also keinen Pfennig für das Grundstück ausgeben müssen. Es ist also absoluter Unsinn, mich für die Folgekosten verantwortlich machen zu wollen, die daraus entstanden, daß das Grundstück nicht bebaut wurde.

dg: Wäre das Projekt nicht gescheitert, wenn Sie Landrat geblieben wären?

Woythal: Ich bin entschlossen gewesen, es zu realisieren. Wir hätten sicher auch nachweisen können, daß eine solche Reform möglich ist. Ob möglicherweise andere Umstände aufgetreten wären, die der Verwirklichung entgegengestanden hätten, läßt sich heute nicht mehr beantworten. Entscheidend aber ist, daß die Idee richtig war. Wenn sie es war, wird sie sich früher oder später auch gegen die mächtige Lobby, die nur ans Geschäft mit der Krankheit denkt, durchzusetzen.

dg: Herr Woythal, vielen Dank für dieses Gespräch.

Gewissen und Eigenverantwortung im Arbeitsleben

Von Ulrike Wendeling-Schröder

Wann dürfen Ärzte aus Gewissensgründen die Arbeit verweigern? Dr. Bernd Richter, der seine Mitarbeit an der Entwicklung eines Antiemetikums für Beecham & Wülfig verweigerte, wurden Gewissensgründe nicht zugestanden. Die folgende arbeitsrechtliche Bewertung kommt zu anderen Ergebnissen als die Richter im „Neusser Ärzteprozeß“.

1. Einleitung

(...) Bei der Auseinandersetzung um die Frage, wie man den neuen, im buchstäblichen Sinne menschenbedrohenden Gefährdungen entgegenwirken kann, werden auch neue ethisch-moralische Anforderungen an das Handeln jedes einzelnen diskutiert. (...) Von Bedeutung für die juristische Diskussion um die Gewissensfreiheit ist diese „neue Ethik“ vor allem deshalb, weil sie von der Sache her zu rigoristischen Positionen (die für Gewissensfragen typisch sind) drängt: Wer als mögliche Handlungskonsequenz eine Bedrohung der Menschheit befürchtet, wird geneigt sein, in dieser Frage keinerlei Kompromisse einzugehen. Im folgenden soll anhand eines Falles, der im Kontext mit eben dieser Problematik steht und der derzeit beim BAG anhängig ist, versucht werden, einen Beitrag zur Diskussion um die Geltung der Gewissensfreiheit im Arbeitsrecht zu leisten, der die neuen Problemlagen berücksichtigt.

2. „Der Ärztefall“

Es geht um die Kündigungsschutzklagen einer Ärztin und eines Arztes, die in einem Neusser Pharmaunternehmen in der klinischen Humanpharmakologie beschäftigt waren. Dem Ärztenteam wurden fristgerechte Kündigungen ausgesprochen, weil die Betroffenen sich weigerten, an der Erforschung einer neuen Substanz zu arbeiten. Diese Substanz soll geeignet sein, das Erbrechen bei bestimmten Chemotherapien und bei radioaktiver Verstrahlung zu unterdrücken. Die Ärzte verweigerten die Arbeit an der Substanz, als sie erfuhren, daß die Firma als relevanten Absatzmarkt auch den militärischen Bereich ins Auge gefaßt hatte: Es war die Rede davon gewesen, daß das Präparat für die Nato-Soldaten bereitgestellt werden könnte, damit diese sich im Fall eines Nuklearkrieges gegen das strahlenbedingte Erbrechen schützen können. Die beiden Ärzte sahen unter diesen Bedingungen eine Mitarbeit an der Erforschung dieser Substanz als unvereinbar mit ihren ärztlichen Pflichten und ihrem Gewissen an. Sie befürchteten, daß durch dieses Medikament die Führung eines Atomkrieges eher möglich würde. (...)

3. Die juristische Bearbeitung des „Ärztefalles“

Zwei Instanzen haben den Fall bisher im wesentlichen im Hinblick auf die Gewissensfreiheit entschieden. Sie haben sich dabei hauptsächlich auf die Argumentation des Bundesarbeitsgerichts im „Druckerfall“ gestützt, der im Ergebnis, wenn auch nicht in allen Teilen der Begründung, weitgehend auf Konsens gestoßen ist.

Es ging damals um einen Drucker, der sich geweigert hatte, Werbematerialien für kriegsverherrlichende Literatur zu drucken. Das Bundesarbeitsgericht hielt diese Weigerung für berechtigt: Der Arbeitgeber sei verpflichtet, das Grundrecht der Gewissensfreiheit (Art. 4 Abs. 1 GG) als Grenze

für das Direktionsrecht zu respektieren. Aufgrund der mittelbaren Wirkung des Grundrechts auf Gewissensfreiheit über § 315 Abs. 1 BGB dürfe der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer keine Arbeit zuweisen, „die den Arbeitnehmer in einen solchen Gewissenskonflikt versetzt, der unter Abwägung der beiderseitigen Interessen vermeidbar gewesen wäre“. Eine Arbeitsverweigerung aus Gewissensgründen berechtige den Arbeitgeber nur dann zur Kündigung, wenn

- der Arbeitnehmer schon bei Vertragsabschluß damit rechnen mußte, daß er die gewissenswidrige Tätigkeit würde ausführen müssen.
- zwingende betriebliche Erfordernisse nicht zulassen, daß der Arbeitnehmer mit einer anderen Arbeit beschäftigt wird,
- zu erwarten ist, daß es in Zukunft zu zahlreichen weiteren Gewissenskonflikten kommen wird, weil eine anderweitige Beschäftigung nicht möglich ist.

3.1 Die erstinstanzliche Entscheidung

Das Arbeitsgericht Mönchengladbach hat zunächst geprüft, ob die Anweisung des Arbeitgebers an die Ärzte, die antiemetische Substanz zu beforschen, nicht eventuell schon deshalb unwirksam ist, weil sie gegen Gesetze oder die guten Sitten verstößt.

Einen Verstoß gegen die guten Sitten im Sinne des Rechts- und Anstandsgefühls aller billig und gerecht Denkenden verneint das Gericht, weil „die Entwicklung einer Substanz, die auch im Kriegsfall Anwendung findet“, nicht anstößig sei, zumal „das Ziel der Entwicklung dieser Substanz ist, das Erbrechen zu verhindern“. Im Zusammenhang mit der Prüfung, ob eventuell ein Gesetzesverstoß vorliegt, überprüft die Kammer auch einen Verstoß gegen den hippokratischen Eid. Ohne daß dies im einzelnen belegt wird, sähe es einen solchen wohl als gegeben an, wenn ein Verstoß gegen die Menschlichkeit vorläge. Dies sei jedoch nicht der Fall, weil durch die Substanz lediglich „bestimmte Beschwerden beim Menschen bekämpft werden...“. Bei allen Substanzen bestehe die Möglichkeit, daß sie „in anderer Weise Verwendung finden und somit dem Anspruch des hippokratischen Eids nicht mehr gerecht werden“. Allein in der Entwicklung solcher Substanzen sei jedoch kein Verstoß gegen den hippokratischen Eid ersichtlich.

Bei der Frage, inwieweit die Ärzte sich auf ihre Gewissensfreiheit berufen können, stellt das Gericht zentral darauf ab, daß die nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts erforderliche anderweitige Beschäftigungsmöglichkeit nicht vorhanden sei. Die Kläger hätten diese auch nicht dargetan.

Darüber hinaus wird im Rahmen der Interessenabwägung zu bedenken gegeben, daß nach Auffassung des Gerichts die Kläger bei Vertragsabschluß schon hätten erkennen können, daß ihnen derartige Tätigkeiten zugewiesen werden können.

Mit der Entwicklung von Substanzen, die auch im Falle eines Krieges Verwendung finden können, sei zu rechnen. Es gebe eine Reihe von Medikamenten, die auch im Kriegsfall von Bedeutung seien. Wesentlich sei in diesem Zusammenhang, daß nicht die Zweckbestimmung der Entwicklung der Substanzen in der Verwendung im Kriegsfall liege. Gewisse Zweifel, die es jedoch dahinstehen läßt, äußert das Gericht schließlich daran, ob es sich bei den Klägern überhaupt um eine wirkliche Gewissensentscheidung gehandelt habe oder ob die Entscheidung „nicht ausschließlich verstandesmäßig, politisch oder weltanschaulich“ gewesen sei.

3.2 Die zweitinstanzliche Entscheidung

Das LAG Düsseldorf ist diesen Entscheidungen im Ergebnis, nicht jedoch in der Begründung gefolgt. (...)

(1) Nicht jede „innere Belastung“ reiche aus. Vielmehr müsse der Gewissenszwang einen gewissen „Mindestgrad“ erreichen. Die Persönlichkeit müsse in der Möglichkeit, „die eigene Identität zu wahren, kritisch berührt und betroffen“ werden. Dabei spiele die „Qualität des vom Arbeitnehmer zu leistenden Arbeitsbeitrags eine Rolle“.

(2) Nicht jede Gewissensnot berechigne zur Leistungsverweigerung. Grundsätzlich seien dem, der eine vertraglich übernommene Verpflichtung unter Berufung auf einen Gewissenskonflikt ablehnt, „Opfer zuzumuten“. Die Interessen des Vertragspartners seien mitzubedenken. Ein „Vertragsbruch aus Gewissensgründen“ sei nur dann rechtlich anzuerkennen,

- a) wenn in Zukunft mit keinen weiteren Gewissenskonflikten des Arbeitnehmers zu rechnen sei (so auch BAG), und wenn dies darüber hinaus auch für andere Arbeitnehmer gelte und
- b) wenn der Betroffene nicht nur bei Vertragsabschluß „nicht damit rechnen mußte“, daß ein Gewissenskonflikt eintreten könnte (so auch BAG), sondern wenn die „Konfliktsituation außerhalb jeder vernünftigen Überlegung lag“.

(3) Bei der Beurteilung der „rechtlichen Relevanz“ des Gewissenskonflikts komme es auf die „Sicht eines außenstehenden Dritten an“. Nur wenn nach allgemeiner Ansicht die Verrichtung der verlangten Arbeit den Betroffenen in einen unzumutbaren Gewissenskonflikt bringe, verstoße der Arbeitgeber durch das Verlangen gegen Treu und Glauben. (...)

Auf der Basis dieser Kriterien lehnt das Gericht dann im konkreten Fall eine Berechtigung der Arbeitsverweigerung ab. (...)

4. Kritik auf der Grundlage der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts

4.1 Objektiver oder subjektiver Gewissensbegriff?

Die massivsten Bedenken provoziert die Ansicht des LAG Düsseldorf, ein Gewissenskonflikt sei nur dann rechtlich relevant, wenn er aus der Sicht eines „außenstehenden Dritten“ einsichtig sei. Für eine solch restriktive Auslegung der Gewissensfreiheit gibt es im Grundgesetz keinerlei Anhaltspunkte.

Zu Recht wird deshalb auch von der verfassungsrechtlichen Literatur und Rechtsprechung jede Unterscheidung zwischen richtigen oder unrichtigen, wesentlichen oder unwesentlichen Gewissensentscheidungen abgelehnt und lediglich auf die Ernsthaftigkeit der Gewissensentscheidung

abgestellt. Eine solche Sicht der Gewissensfreiheit erscheint vor allem deshalb allein überzeugend, weil das Grundrecht der Gewissensfreiheit – so wie es im Grundgesetz neben dem Grundrecht der Glaubensfreiheit steht – in erster Linie den Zweck des Individualschutzes hat. Mit der uneingeschränkten Garantie der Gewissensfreiheit leistet es sich die Gesellschaft, abweichendem Verhalten von einzelnen oder Minderheiten Spielräume zu eröffnen. Die Garantie der Gewissensfreiheit hat also nichts mit der Privilegierung besonders gewissenhaften, aus allgemein gesellschaftlicher Sicht besonders wertvollen Verhaltens zu tun, sie ist vielmehr nicht mehr, aber auch nicht weniger als die „partielle Freistellung des einzelnen von der Verbindlichkeit der Legalität“. Sie löst den Konflikt zwischen den „inneren Gesetzen“ des einzelnen mit den „äußeren Gesetzen“ grundsätzlich zugunsten der ersteren. Eben diese Funktion wird zunichte gemacht, wenn der objektive Dritte als „Schiedsrichter“ eingeführt wird; das wäre ebenso verfehlt wie die Zulassung eines gesellschaftlichen Urteils über die Berechtigung oder Nichtberechtigung bestimmter Glaubensrichtungen im Falle der Glaubensfreiheit. (...)

Ist damit für die Frage, ob ein Gewissenskonflikt vorliegt oder nicht, allein auf die subjektive Sicht des Betroffenen abzustellen und können objektive Momente nur insoweit zum Zuge kommen, als die Ernsthaftigkeit des Gewissens dargetan sein muß, so wird deutlich, daß entgegen der Ansicht des LAG Düsseldorf gerade auch das besonders empfindliche, nicht durchschnittliche Gewissen den grundgesetzlichen Schutz des Art. 4 Abs. 1 GG beanspruchen kann. Bedenken an der Ernsthaftigkeit der Gewissensentscheidung aber gibt es auch nach den Feststellungen des Gerichts im vorliegenden Falle nicht.

4.2 Die Nachvollziehbarkeit der Gewissensentscheidung

Unzutreffend erscheinen auf der Basis dieser Feststellungen die Ausführungen des Gerichts zum fehlenden „Realitätsbezug“ der Kläger. Der subjektivistisch-individualistische Kern der Gewissensfreiheit schließt es aus, daß ein Gericht seine Realitätsansicht an die Stelle der Realitätsansicht dessen, der sich auf die Gewissensfreiheit beruft, setzt.

In gleicher Weise problematisch erscheinen die Ausführungen des Gerichts dazu, daß die Erforschung des Medikaments schon deshalb keine moralischen Bedenken hervorrufen könne, weil es gar nicht für den militärischen Bereich „zweckbestimmt“ sei. Diese Argumentation ist insoweit zutreffend, als in der Tat das Antimetikum in verschiedenen Zusammenhängen („guten“ und „bösen“) einsetzbar ist. Das Gericht unterschlägt bei seinen Überlegungen aber die Tatsache, daß die Situation im Zeitpunkt der Arbeitsverweigerung der Kläger keineswegs mehr „offen“ war: Vielmehr war der Einsatz (auch) im militärischen Bereich in diesem Stadium der Entwicklung nicht mehr nur denkbar, auch nicht nur möglich, sondern nach den Informationen der Kläger zu erwarten. In einem solchen Fall geht es nicht (mehr) an, zwischen Erforschung und Anwendung zu unterscheiden. Mit ihrer Kenntnis des aus ihrer Sicht „schlechten“ Verwendungszusammenhangs haben die Kläger moralisch „ihre Unschuld verloren“. Vor sich selbst können sie, wenn sie wissen, daß das Medikament mit großer Wahrscheinlichkeit (auch) im militärischen Sektor Anwendung finden wird, nicht mehr an seiner Erforschung weiterarbeiten, als ob „nichts wäre“. (...)

4.3 Das „Gewicht“ von Gewissensentscheidungen

Nicht überzeugend sind auch die Ausführungen des LAG Düsseldorf dazu, daß der Beitrag der Kläger im Gesamtprozeß der Entwicklung des Medikaments „gering“ sei und daß niemand von ihnen eine Identifikation mit der Substanz verlange, so daß sie nicht in einem „gewichtigen“ Gewissenskonflikt stehen könnten.

Schon vom rein Tatsächlichen her ergeben sich hier Zweifel: Die Kläger sind verantwortliche Ärzte in der klinischen Humanpharmakologie, ihr Beitrag an der Entwicklung von Medikamenten kann bei einem solchen Maß von Verantwortung nur schwer als „gering“ gewichtet werden. Gravierend als diese meines Erachtens falsche Sicht der Bedeutung der Kläger im Unternehmen ist die Tatsache, daß das Gericht auch an dieser Stelle wieder mit objektiven Kriterien, also der Sicht „von außen“, an das Problem herangeht. Das Problem bei Gewissensentscheidungen ist nicht, ob jemandem ein Produkt „zugeschrieben“ werden kann, ob ihm von außen ernsthaft Vorwürfe wegen technischer oder moralischer Mängel des Produkts gemacht werden können, ob eine Verbindung mit dem Produkt peinlich, karriereschädigend oder ähnliches ist. Das Problem ist vielmehr, ob der Betreffende die Mitarbeit vor sich selbst verantworten kann. Eine solche Frage aber kann sich nicht erst dann stellen, wenn der Betreffende sich sagen muß, „ich habe das zu verantworten“, sie stellt sich bereits dann, wenn er sagt, „ich habe dabei mitgemacht“. Insofern ist es zutreffend, wenn das Bundesarbeitsgericht in der ersten Druckerentscheidung ausführt, es könne dem Drucker nicht zugemutet werden, für das – in diesem Falle verwerfliche – Produkt „auch nur im geringsten tätig zu werden“.

Last but not least sei darauf hingewiesen, daß arbeitsteilige Prozesse dadurch gekennzeichnet sind, daß die einzelnen Teilstücke zwar möglicherweise eine unterschiedliche Bedeutung für das Gesamtprodukt haben, daß jedoch kein Teil wegfallen kann, ohne daß das Endprodukt gefährdet wäre. Auch dieser Aspekt verbietet eine Marginalisierung von „untergeordneten“ Tätigkeiten – auch im Kontext mit der Gewissensproblematik.

4.4 Die Interessenabwägung zwischen den Vertragspartnern

Schließlich rufen die Entscheidungen des LAG Düsseldorf Kritik in den Passagen hervor, in denen eine Interessenabwägung zwischen den Vertragspartnern vorgenommen wird.

Nach der Ansicht des LAG Düsseldorf soll ein Gewissenskonflikt im Rahmen von Vertragsverhältnissen nur dann geltend gemacht werden können, wenn bei Vertragsabschluß eine solche Konfliktsituation „außerhalb jeder vernünftigen Überlegung lag“. Schon diese weit über die Anforderungen des Bundesarbeitsgerichts hinausgehenden Anforderungen erscheinen nicht akzeptabel: Die (mittelbare) Geltung der Grundrechte in Vertragsverhältnissen, die auch das Gericht bejaht, schrumpft unter solchen Einschränkungen bis zur Unkenntlichkeit. Noch problematischer wird die Entscheidung jedoch in der Subsumtion des in Rede stehenden Sachverhalts unter diese Anforderungen: In pharmakologischen Unternehmen sei immer mit der militärischen Nutzung von Forschungsergebnissen und Medikamenten zu rechnen. Die Kläger hätten also damit rechnen müssen, daß sie in Gewissenskonflikte geraten würden. Mit dieser Zuordnung soll das Spezifische des Gewissenskonflikts, um den es hier geht, ausgeblendet werden: Hier geht es um ein Medikament, das eine militärstrategische Bedeutung haben kann, nicht um irgendwelche Kopfschmerztabletten oder Verbandsmaterialien, die eben immer auch im militärischen Bereich verwendet werden.

Mit der Produktion militärstrategisch bedeutsamer Medikamente jedoch, die höchst selten sein dürfte, wird auch unter den extrem engen Anforderungen des LAG Düsseldorf nicht zu rechnen sein, wenn man einen Vertrag mit einem Pharmaunternehmen abschließt.

Als letzte kritische Anmerkung sei darauf hingewiesen, daß das Gericht die „Gefahr“, daß andere Arbeitnehmer sich in dem in Frage stehenden Problemzusammenhang ebenfalls auf Gewissenskonflikte berufen könnten, zu Lasten der Ar-

beitnehmer wertet, die sich zuerst auf ihre Gewissensfreiheit berufen haben. Dies ist eine völlige Umkehrung des Schutzeffekts der Gewissensfreiheit: Wenn sich wirklich mehrere oder gar viele Arbeitnehmer unter ernsthafter Berufung auf ihr Gewissen weigern, eine bestimmte Arbeit durchzuführen, so wäre zu prüfen, ob nicht eine so prekäre Arbeitsanweisung vorliegt, daß von deren Rechtswidrigkeit auszugehen ist. Keinesfalls kann eine derartige Problemsituation dadurch gelöst werden, daß der Gewissensfreiheit des einzelnen weniger Raum gegeben wird. Dies würde bedeuten, daß Grundrechte gerade dann, wenn sie besonders gebraucht werden, besonders wenig Schutz bieten. (...)

6. Zusätzliche Erwägungen zu den Besonderheiten des „Ärztefalles“

Eine Lösung des Konflikts auf der Basis der Gewissensfreiheit, sei es nach den Kriterien des Bundesarbeitsgerichts, sei es nach dem hier vertretenen Ansatz, interpretiert die Konfliktstrukturen lediglich im Hinblick auf die Rechtmäßigkeit des abweichenden Verhaltens der Ärzte und spart jedes Werturteil über dieses Verhalten explizit aus. Zu prüfen bleibt jedoch gerade im Ärztefall, ob nicht eine Lösung über den Gewissenskonflikt unsachgemäß ist, weil die Ärzte sich gar nicht entsprechend ihrem gesellschaftlich tolerierten Gewissen, sondern vielmehr entsprechend ihren ärztlichen Pflichten verhalten haben, so daß die Arbeitsanweisungen ihnen gegenüber rechtswidrig waren. Ein unmittelbarer Anlaß für eine solche Prüfung ist gegeben, weil die Ärzte sich explizit auf ihre besondere berufsrechtliche Verantwortung und den hippokratischen Eid berufen haben.

6.1 Vertragswidrige Arbeitsanweisung?

In der ärztlichen Berufsordnung spielen die individuelle Verantwortung und das gewissenhafte Handeln der Ärzte eine herausragende Rolle. (...)

Kern der standesrechtlichen Autonomiespielräume von Ärzten ist die Freiheit von Weisungen durch Nichtärzte „in der ärztlichen Tätigkeit“. Damit ist sicher in erster Linie der Hauptbereich ärztlicher Tätigkeit, nämlich Diagnose und Therapie, gemeint. Wie das Beispiel des § 6 a Abs. 3 BO zeigt, sollen die Selbstbestimmungsrechte der Ärzte aber darüber hinausgehen: In moralisch besonders umstrittenen Bereichen wie der Reproduktionstechnik beim Menschen soll allein der Wille des jeweiligen Arztes entscheidend sein. Die Regelung zeigt insgesamt, daß die „inneren Gesetze“ von Ärzten in hohem Maße deren (standesrechtlich ausgeformtes) Berufsbild prägen. Der Grund dafür dürfte zum einem darin liegen, daß man davon ausgeht, daß durch Ausbildung und Tätigkeit des Arztes dessen Moral in besonderem Maße zugunsten der Menschlichkeit im weiteren Sinne geprägt wurde, und daß zum anderen diese Moral gerade in dem wichtigen Bereich von Leben und Gesundheit von Menschen Vorrang vor anderen, eventuell entgegenstehenden Interessen (z. B. der Wirtschaftlichkeit) haben soll.

Arbeitsrechtliche Bedeutung gewinnen die dargestellten berufsspezifischen Autonomiespielräume dadurch, daß in aller Regel in den Arbeitsverträgen die Einstellung „als Arzt“ erfolgt. Damit sind solche Tätigkeiten vereinbart, die nach der Verkehrssitte und nach den Grundsätzen von Treu und Glauben von Angehörigen dieses Berufes geleistet zu werden pflegen (§ 157 BGB). In Fällen mit deutlich umrissenem Berufsbild bzw. entsprechender Berufsordnung sind damit grundsätzlich nur solche Tätigkeiten Gegenstand der arbeitsvertraglichen Einigung, die diesen entsprechen. (...)

Damit ist prinzipiell davon auszugehen, daß der in der Pharmaindustrie tätige Arzt im Rahmen seiner Verantwortung auch zu überprüfen hat, ob ein Medikament beforscht werden soll oder nicht. Allerdings ist diese Überprüfung nicht frei: So darf er etwa die Beforschung nicht ablehnen, weil er

meint, das Medikament werde nicht profitabel sein oder ähnliches. Der Maßstab der ärztlichen Verantwortbarkeitsüberprüfung muß vielmehr immer ein spezifisch ärztlicher sein, das heißt, es muß darum gehen, inwieweit ein Medikament der Menschlichkeit dient und geeignet ist, Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen und/oder Leiden zu lindern.

Im vorliegenden Fall hat das fragliche Medikament unstrittig keinen therapeutischen Effekt, es kann jedoch, sowohl bei „ziviler“ als auch bei „militärischer“ Nutzung, Leiden insofern lindern, als es das Erbrechen verhindert. Diesen „Nutzen“ hatten die Ärzte gegen den „Schaden“ einer möglichen oder denkbaren Förderung eines Atomkriegs abzuwägen. Das Ergebnis dieser Abwägung steht der Überprüfung durch die Gerichte ebensowenig offen wie der Überprüfung durch

andere, nichtärztliche Instanzen, wie insbesondere der Arbeitgeber. Etwas anderes könnte lediglich gelten, wenn die Abwägung offensichtlich unsachgemäß vorgenommen worden wäre. In Anbetracht der menschenbedrohenden Gefahr eines Atomkrieges und der daraus resultierenden Notwendigkeit, in allen hiermit zusammenhängenden Fragen eher übervorsichtig zu sein, ist eine offensichtliche Fehlerhaftigkeit der Erwägungen der Ärzte nicht ersichtlich.

Es ist ein großes Defizit der erst- und zweitinstanzlichen Entscheidungen im „Ärztefall“, daß diese Problematik überhaupt nicht gesehen wurde. (...)

7. Zusammenfassung und Schlussbemerkungen

(...) Verallgemeinert man diese Ergebnisse und

überprüft man sie darauf, inwieweit sie einen Beitrag dazu leisten können, das allgemein als sinnvoll und notwendig akzeptierte „Prinzip Verantwortung“ auch für die Arbeitswelt zu konkretisieren, so ergibt sich, daß gerade der Gedanke der berufsrechtlichen Autonomiespielräume große Beachtung verdient. Dabei ist nicht nur an Berufe mit so klassischen und ausdifferenzierten Berufsregeln wie die ärztlichen Berufe zu denken; einbezogen werden müßten auch andere Berufe, die über besondere, allgemein akzeptierte Verhaltenskodizes verfügen und darüber hinaus alle Tätigkeiten, die qua Funktion eine besondere Eigenverantwortung mit sich bringen (z. B. Sicherheitsfachkräfte).

Der Artikel erschien zuerst in der Zeitschrift „Betriebs-Berater“. Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion.

Gesundheitswesen und traditionelle Medizin in Botswana

psch – Nur in wenigen Ländern ist das Konzept der „Primary Health Care“ der WHO verwirklicht. Während in den „entwickelten Ländern“ die Vorsorge oft ganz oder weitgehend fehlt, kommen in der „Dritten Welt“ oft die allgemeine Hygiene oder die nicht direkten Faktoren der Gesundheit wie Wasser oder Schulbildung zu kurz. Als positives Beispiel für die Umsetzung des „Primary Health Care“-Konzeptes soll das Gesundheitswesen in Botswana vorgestellt werden.

In der „Dritten Welt“ gibt es gelegentlich echte „Gesundheitswesen“. Im Gegensatz zu unserem Gesundheitswesen oder besser „Krankheitswesen“, in dem vor allem anderen die Behandlung der zahlreichen Krankheiten in Ambulanz und Krankenhaus verwaltet und organisiert wird, wäre ein Gesundheitswesen, das diesen Namen verdient, also etwas, was das Gesundbleiben der Menschen organisiert, wozu natürlich auch die Behandlung von Krankheiten gehört, aber eben nicht nur. Ein noch weiterer Begriff heißt Basisgesundheitswesen oder „Primary Health Care“ (PHC).

Botswana hat aus historischen Gründen ein ganz besonderes Gesundheitssystem: Es besteht aus drei parallelen Strömen, die folgendermaßen entstanden sind: In den alten, vorkolonialen Zeiten gab es die traditionelle Medizin der traditionellen Heiler, der „Dingaka“, was auch heute noch mit „Heiler“ oder „Ärzte“ zu übersetzen ist. Diese Medizin war direkt mit der allgemeinen Kultur der Batswana verbunden, die „Medizinmänner“ waren meist auch die direkten Berater der Chiefs.* Der Hintergrund dieser Konstellation ist der, daß die Chiefs als Leiter ihrer Völker auf die Hilfe der Dingaka angewiesen waren, um durch sie mit den Seelen der verstorbenen Ahnen Kontakt aufnehmen zu können. Die Heiler waren und sind also die Mittler zwischen dem Volk und deren Ahnen, die ja das laufende Geschehen im Stamm beeinflussen. Und der Chief ist der Vermittler dieser Aktion, die er ohne den Heiler nicht durchführen könnte.

Dann, mit den Missionaren im letzten Jahrhundert, kamen über die Engländer und die südafrikanischen Buren „moderne“ Ärzte nach Botswana, die die wissenschaftliche, auf Hippokrates beruhende Medizin aus Europa mitbrachten und

einführten. Ich werde dafür der Einfachheit halber den Begriff „moderne Medizin“ benutzen, obwohl ich mir der Unzulänglichkeit dieses Begriffs bewußt bin. Das alte Gesundheitswesen der Tswana werde ich „traditionelle Medizin“ nennen.

Seit Beginn dieses Jahrhunderts gibt es noch eine dritte wichtige Strömung, nämlich die allmählich entstehenden heilenden Kirchen, die – zunächst christlichen Ursprungs – später eine Mischung aus traditionellen Glaubensformen und dem relativ neuen, durch die Missionare eingeführten Christentum fanden. Die heilenden Kirchen und ihre Heiler, die „Prophets“, sind heute ein dritter Teil des Gesundheitswesens in Botswana.

1. Das traditionelle Gesundheitssystem in Botswana

Anders als in den meisten afrikanischen Staaten hat sich die traditionelle Medizin in Botswana recht frei entfalten können. In vielen Nachbarländern war die Ausübung von „Zaubermedizin, Zauberei, Quacksalberei etc.“ per Gesetz verboten worden. Dadurch, daß schon Khama III. sich 1862 taufen ließ und 1895 nach England fuhr und sich dadurch das Vertrauen der Kolonialmacht erwarb, hatte er weitgehende Freiheiten in der Bewahrung kultureller Traditionen. Im heutigen Botswana ist das erkennbar zum Beispiel an den verschiedensten traditionellen Häuserbauweisen, am Weiterbestehen des Chief-Systems mit dem „House of Chiefs“ in der Hauptstadt, aber auch an den „Kgotos“ mit ihrer traditionellen Rechtsprechung. Kein anderes Land des südlichen Afrika hat eine derartige traditionelle Rechtsprechung als Teil des ansonsten englisch-holländischen Rechtssystems anerkannt. In dieser allgemein traditionsbewahrenden Atmosphäre konnte sich eben auch die traditionelle Medizin

behaupten. Heute gibt es mehrere vom Staat anerkannte Vereinigungen traditioneller Heiler (Dingaka Associations), die auch Richtlinien für die Ausbildung aufgestellt haben und eigene „Ethikkommissionen“ haben.

Wie funktioniert nun dies traditionelle Heilsystem im einzelnen? Die am häufigsten angewandte Heilmethode ist die der pflanzlichen Medizin. Fast alle Heiler haben eine entsprechende Ausbildung erhalten und kennen viele Pflanzen, Bäume, Wurzeln sowie deren jeweilige Zubereitung als Arznei. Dabei werden entweder die gesamten Pflanzen oder Extrakte daraus pur eingenommen. Oder sie werden gemischt mit Wasser, Ölen oder auch mit dem Urin des Patienten und dann eingenommen. Manche werden auch verbrannt und die Asche mit Wasser eingenommen oder der Rauch wird inhaliert. Sehr viele dieser Pflanzen sind bisher nur den traditionellen Heilern bekannt, die dies Geheimnis auch weiterhin gut hüten.

Häufig sind diese Herbalisten auch ausgebildet, Diagnosen und Prognosen zu stellen. Sie benutzen dazu die „heiligen Knochen“, eine Sammlung von kleinen meist Tierknochen, die in einer bestimmten Weise geworfen werden. Die Lage der Knochen, die jeweils eine bestimmte Bedeutung haben, zueinander und zum Patienten erlauben dann eine Diagnose und auch oft Aussagen über die zu wählende Therapie und den voraussichtlichen Verlauf der Krankheit.

Eine dritte wichtige Gruppe stellen die traditionellen Heiler dar, die sich auf das Entfernen von magisch eingepflanzten Fremdkörpern spezialisiert haben. Diese Fremdkörper werden zum Beispiel nachts von Hexen eingepflanzt. Solange dieser Fremdkörper im Körper ist, droht einem von verschiedenen Seiten Unheil und auch Krankheit. Durch die Entfernung des Fremdkörpers können nach dem Glauben der Batswana Krankheiten geheilt werden.

Sehr häufig kommen aber auch Durchmischungen dieser vier Untergruppen vor. Allen gemeinsam ist eine mehrere Jahre dauernde Ausbildungszeit, die in der Regel bei einem älteren traditionellen Heiler absolviert wird. Insbesondere wird dabei das Umgehen mit den „heiligen Knochen“ und die pflanzliche Medizin praktiziert. Nach mehreren Jahren intensiven Zusammenseins mit einem solchen Lehrer (fast immer handelt es sich um Männer) kann der „Kandidat“ dann in seiner eigenen Praxis arbeiten, zunächst noch unter Aufsicht, später dann allein. Diese

* Begriffserklärungen am Ende des Artikels

Ausbildung ist sehr ernst zu nehmen. Traditionelle Heiler, die ohne sie praktizieren wollen, werden nicht von den Vereinigungen der traditionellen Heiler aufgenommen. Auch wenn diese Ausbildungszeit nicht formalisiert oder standardisiert ist, wie man es vom Medizinstudium kennt, ist sie doch eine gute Garantie für eine seriöse Arbeit, dient sie doch auch dazu, eventuellen Betrügem die „Zulassung“ zu diesem Beruf zu verwehren.

2. Das „moderne“ Gesundheitssystem in Botswana

Das moderne Gesundheitswesen in Botswana ist durch eine ungewöhnlich gute Streuung der medizinischen Versorgung gekennzeichnet. Selbst entlegene Dörfer und sogar kleinste Siedlungen in der Kalahari-Wüste haben Zugang zu medizinischen Einrichtungen. Das ist für Botswanas Bevölkerung extrem wichtig, da immerhin 20 Prozent der Menschen außerhalb der dichtbevölkerten Südstadt Gaborone wohnen, also weit entfernt von Dörfern und Städten. Es gibt immer noch afrikanische Länder, in denen 80 Prozent der Landbevölkerung gar keinen Zugang zu medizinischen Einrichtungen haben. Botswana ist in dieser Beziehung sicher vorbildlich.

Das Versorgungssystem in Botswana besteht aus einer Vielzahl verschiedenster Einrichtungen, die alle miteinander koordiniert sind und sich ergänzen. Kleinste Siedlungen, wie zum Beispiel die „lands“ oder „cattleposts“, werden häufig durch mobile Ambulanzen versorgt, die – besetzt mit einer Krankenschwester und vielleicht einem Gesundheitsinspektor oder einem Hygienefachmann – in regelmäßigen Abständen Rundreisen zu solchen Wohngebieten machen. Dann gibt es in kleinen Dörfern Gesundheitsposten (health posts), Gebäude ohne festes Personal, an denen diese mobilen Ambulanzen auch Station machen, um eine Sprechstunde abzuhalten.

In größeren Dörfern gibt es Gesundheitsstationen (clinics), die mit mindestens einer examinierten Krankenschwester und mehreren Helfern besetzt sind. Dort finden neben der Versorgung Kranker auch täglich Impfsprechstunden, Schwangerschafts- und Kindervorsorgeuntersuchungen, Familienplanungs- und Ernährungsberatung statt. Eigene Teams fahren durchs Land, um Tuberkulosekranke und Menschen, die an Geschlechtskrankheiten erkrankt sind, zu beraten und zu behandeln. In manchen dieser Gesundheitsstationen sind neben den Schwestern beziehungsweise Pflegern auch Hebammen beschäftigt, dort werden dann auch Geburten durchgeführt. Dann gibt es Gesundheitszentren (health centres), in denen es bereits eine größere Anzahl Betten zur stationären Behandlung gibt und wo auch immer Ärzte beschäftigt sind. Außerdem werden alle präventiven Funktionen auch hier wahrgenommen.

Schließlich gibt es 18 Provinzkrankenhäuser (district hospitals) mit mehreren Ärzten sowie zwei große Überweisungshospitäler in Gaborone und Francistown mit jeweils allen Fachärzten. Von den Gesundheitsstationen aufwärts haben alle Einrichtungen auch allradgetriebene Fahrzeuge zur Verfügung, die den Transport von Kranken zur nächstbesseren Einrichtung ermöglichen. Ferner sind Funkgeräte zur Kommunikation im Einsatz.

Als Resultat dieser Struktur ergibt sich, daß die Menschen in Botswana einen sehr guten und relativ leichten Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitswesens haben. Die Behandlung kostet außerdem nur einen geringen Betrag. Manche häufigen Krankheiten werden sogar grundsätzlich frei behandelt. Auch alle Maßnahmen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsvorsorge und Geburt sowie der Kindervorsorgeuntersuchungen sind kostenlos. Die Bevölkerung, darunter insbesondere die am meisten gefährdeten Kinder, ist sehr gut gegen die wichtigsten Krankheiten wie Wundstarrkrampf, Malaria, Kinderlähmung, Keuchhu-

sten und Diphtherie geimpft. Daher treten solche Krankheiten nur relativ selten oder nie auf.

Zu den wichtigsten Krankheiten gehört in Botswana nach wie vor die Tuberkulose, die 25 Prozent der Todesfälle ausmacht und damit die häufigste einzelne Todesursache darstellt. Im Jahr 1987 waren noch 23 Prozent der Krankenhausbetten für Tbc-Kranke reserviert, bevor die Regierung eine mehr ambulante Behandlung einführte. Die trotz eines sonst guten Gesundheitssystems sehr hohe Zahl von Tbc-Patienten hängt wie vieles andere in Botswana mit der Nachbarschaft Südafrikas zusammen: Immer noch sind etwa 20.000 Batswana in Südafrika als Wanderarbeiter beschäftigt, die meisten davon im Untertage-Bergbau. Die Arbeitsbedingungen für die Schwarzen und vor allem auch die Wohnunterbringung in riesigen Arbeiterheimen ohne ausreichende sanitäre und hygienische Anlagen bringt neben dem sozialen Elend dieser Wohnsilo auch eine direkte Gesundheitsgefährdung mit sich.

Über 3000 Batswana kommen jedes Jahr, an Tuberkulose erkrankt, nach Botswana zurück. Sie werden von den südafrikanischen Arbeitgebern nach Entdeckung der Krankheit meist schnell entlassen und abgeschoben. Dadurch, daß sie selbst oft nichts von der Ansteckungsgefahr wissen und erst bei ersten Symptomen in die „clinic“ gehen, stecken sie oft noch andere Batswana an, bevor der Staat sie dann behandeln kann. Weitere wichtige Krankheiten sind Infektionskrankheiten, besonders bei Kindern, auch Fehlnahrung, insbesondere durch einseitige Ernährung mit Maisprodukten ohne Eiweißzufuhr. Dann gibt es auch zunehmend Unfälle, und diese sind wiederum häufig durch Alkoholkonsum verursacht. Darauf konzentrieren sich auch die Kampagnen des Gesundheitsministeriums zur Gesundheitserziehung.

3. Die heilenden Kirchen in Botswana

Hierunter fallen zahlreiche christliche Kirchen, die seit dem Ende des letzten Jahrhunderts in Botswana entstanden sind. Zum Teil betreiben die Gemeinden als Gruppe die Heilung ihrer Mitglieder, zum Teil spezialisieren sich einzelne Mitglieder der Kirche, die „Prophets“, auf die Heilung. In diesem Fall wird fast immer eine Berufung durch Gott als Beginn der Heiligkeit angegeben. Gott erscheint den Heilern im Traum, gibt ihnen die Aufgabe und damit auch das Wissen um die Heilung kranker Mitmenschen. Daraus ergibt sich, daß eine Ausbildung gleich welcher Art von diesen Gruppen abgelehnt wird, da ja die Fähigkeit zum Heilen direkt von Gott vermittelt wurde. Die Behandlung ist für Mitglieder der entsprechenden Gemeinde frei, Außenstehende werden aber häufig um eine Bezahlung gebeten. Die Erfolge der Behandlung werden von den Patienten recht unterschiedlich beurteilt. Gerade im psychosozialen und psychosomatischen Bereich dürften aber diese Heilmethoden durch gemeinsame Gebete, durch Handauflegen oder durch Pflanzenanwendungen recht erfolgreich sein.

4. Die Bürger Botswanas zwischen den Gesundheitssystemen

Allgemein kann behauptet werden, daß die meisten Batswana alle drei Gesundheitssysteme nacheinander und nebeneinander benutzen. Wenn man als viertes System noch die Selbstbehandlung oder die Behandlung durch die Familie einführt, rundet sich das Bild noch mehr ab. Damit fängt nämlich – wie bei uns – häufig die Behandlung einer Befindlichkeitsstörung an. Man geht nicht zur Arbeit, bleibt vielleicht im Bett, macht sich einen heißen Tee oder bittet die Großmutter um Rat. Auch die botswanische Großmutter empfiehlt dann zum Beispiel häufig einen selbstgebrauten Kräutertee als einfachste Anwendung der pflanzlichen Medizin.

Wenn diese Maßnahmen aber nicht wirken, wird ein großer Teil der Batswana vielleicht in der (heilenden) Kirche um Rat fragen, oder aber einen traditionellen Doktor aufsuchen. Häufig wird die örtliche „clinic“, die Krankenstation, erst nach dem Versagen dieser Methoden aufgesucht, oft aber auch parallel dazu. Innerhalb des modernen Systems findet dann je nach Schwere des Krankheitsbildes auch eine Überweisung zum Gesundheitszentrum oder ins Krankenhaus statt.

Auch im Bereich der Vorsorge bestehen die Systeme nebeneinander. Eine sehr wichtige Funktion des traditionellen Arztes ist es, Krankheiten, Unfälle und andere Mißgeschicke zu verhüten. Durch den Kontakt mit den das Leben bestimmenden Ahnen ist ihm das möglich. Auch im Gebet an Gott in der Kirchengemeinde spielt die Prävention eine entscheidende Rolle, wie in unseren Kirchen ja auch. Fürbittegebete für andere und Bitten um Regen oder um das Nichtentstehen einer Seuche sind auch in Botswana Elemente des Gottesdienstes. Im modernen System schließlich wird die medizinische Prävention sicher auch weiter zu fassen sein als nur Impfungen. Die Beratung in Ernährungsfragen, die Beratung bei psychischen Konfliktsituationen sowie Familienplanung sind sicher Beispiele für eine richtig verstandene erweiterte präventive Medizin.

5. Der Zusammenhang zwischen den Gesundheitssystemen

Wie schon angedeutet, kennen die betroffenen Patienten keine strikte Trennung der Gesundheitssysteme. Sie benutzen die verschiedensten „Angebote“ nacheinander, nebeneinander und durcheinander. Das ist gut zu verstehen, zumal in einigen Regionen das eine, woanders ein anderes System stärker vertreten ist. So gibt es zum Beispiel einige Gegenden, in denen traditionelle Hebammen mit einer guten Ausbildung leben. Dort finden natürlich relativ viele Geburten zu Hause statt. Woanders entbinden fast alle Frauen in einem Krankenhaus oder Health Centre. Der Staat hat einen sehr pragmatischen Standpunkt angenommen und fördert die Kooperation zwischen den verschiedenen Systemen wo immer möglich. So finden inzwischen in allen Gesundheitsregionen des Landes Seminare für traditionelle Heiler, Kirchenheiler und Personal des modernen Sektors statt. Der dabei entstehende Austausch ist hochinteressant für alle Beteiligten, und die betroffenen Patienten profitieren sicher am meisten davon.

Eine Zusammenarbeit zwischen Heilern verschiedenster Ausbildung, Bildung und mit unterschiedlichem Gesundheits- und Krankheitsverständnis kann nur zum Nutzen der betroffenen Menschen sein. Wenn noch dazu alle am Gesundheitswesen Beteiligten die Prävention, die Vermeidung und Verhütung von Krankheiten, in den Vordergrund ihrer Bemühungen stellen, dann sind die Voraussetzungen für ein gutes Gesundheitssystem gegeben. Wenn irgendwelche Staaten in der Welt das hochgesteckte Ziel der Weltgesundheitsorganisation „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ erreichen, dann sind es solche Staaten wie Botswana, in denen alle Gesundheitsarbeiter, ob staatlich oder nicht, eng an diesem Ziel zusammenarbeiten.

Begriffserklärungen:

Batswana: die Menschen in Botswana
Cattleposts: oft weit entfernte Orte der Viehhaltung
Chiefs: die „Dorfvorsteher“
House of Chiefs: parallel zum Parlament eine Art Bundesrat, in dem die Chiefs vertreten sind und Gesetze mitbestimmen
Kgottas: Dorfversammlungsplätze; wo der Chief Gericht hält
Lands: oft weit von den Orten entfernt liegende Ackerbaugelände
Setswana: die Sprache der Tswana
Tswana: die Kultur der Batswana, auch die Sprache Setswana

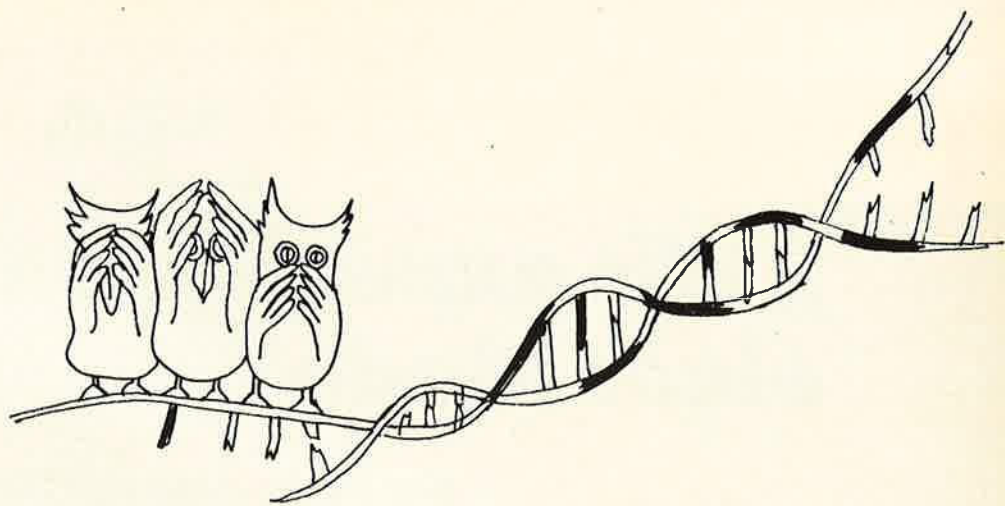
Vorschlag für eine Entscheidung des Rates über ein spezifisches Forschungsprogramm im Gesundheitsbereich – Prädiktive Medizin: Analyse des menschlichen Genoms (1989–1991)“ ist der schreckliche, aber EG-Kommissions-typische Titel eines Papiers, das seit August dieses Jahres dem Bundesministerium für Forschung und Technik zur Stellungnahme vorliegt. Nicht minder erschreckend ist auch sein Inhalt. „Rassenhygiene nach dem Stand von Wissenschaft und Technik“, wie der SPD-Bundestagsabgeordnete Michael Müller das Vorhaben bewertet.

Was „prädiktive Medizin“ überhaupt sein soll – der Begriff existiert so bisher überhaupt nicht –, wird eingangs dargestellt: Viele Krankheiten träten auf in Folge einer genetischen Disposition eines Menschen, wenn dieser bestimmten Umweltfaktoren ausgesetzt sei; als Beispiel werden Herzkrankgefäßerkrankungen, Diabetes und starke Psychosen genannt. Da es „höchst unwahrscheinlich“ sei, „daß wir in der Lage sein werden, die umweltbedingten Risikofaktoren vollständig auszuschalten“, sei es wichtig, so viel wie möglich über Prädispositionen zu lernen und „stark gefährdete Personen (zu) identifizieren“. Prädiktive Medizin zielt darauf ab, „Personen vor Krankheiten zu schützen, für die sie von der genetischen Struktur her äußerst anfällig sind und gegebenenfalls, die Weitergabe der genetischen Disponiertheit an die folgende Generation zu verhindern“.

Personen vor Krankheiten zu schützen, wird eine schwierige Aufgabe sein. Die Autoren betonen selbst, daß es Gentherapie in nächster Zukunft nicht geben wird. Wenn gleichzeitig die Forschungsaufgaben und vor allem die gesetzlichen Maßnahmen zum Arbeitsschutz, zur Umwelt-, Verkehrs- und Gesundheitspolitik gemieden werden wie vom Teufel das Weihwasser, was bleibt dann noch an „Schutz“?

Tatsächlich nichts mehr als eine Gesamterfassung der Bevölkerung, und genau das haben die EG-Funktionäre bereits vorgesehen: „Wenn die Gene identifiziert worden sind, die mit einem erhöhten Risiko für die gängigen Krankheiten (...) in Verbindung stehen, wird sich die Möglichkeit zu Reihenuntersuchungen der Bevölkerung ergeben.“ Sind diese Daten erst einmal da, liegt nichts näher, als die Einstellung von Arbeitnehmern von ihrer genetischen Disponiertheit abhängig zu machen oder aber private Krankenversicherung und Lebensversicherung von einer ‚ordnungsgemäßen‘ Genkarte abhängig zu machen.

Auch einen verschämten Absatz über „Gesellschaftliche und ethische Überlegungen“ gibt es in dem 34seitigen Vorschlag an den Ministerrat, in dem die oben genannten Probleme angesprochen sind. Man gesteht sogar



ein, daß sich „aus dem erweiterten Spektrum pränataler Diagnosen“ „ethische Überlegungen“ (nicht etwa Probleme) ergeben können. Doch diese „Überlegungen“ ergäben „sich nicht unmittelbar aus den zusammengetragenen Informationen, sondern aus deren Anwendung“. Dagegen gibt es probate Mittel: „ernsthafte Gedanken“, Abwägen individueller Nachteile „gegen allgemeine Überlegungen zur Gesundheitsfürsorge“, einen „systematisch organisierten Dialog“. Vergessen haben die Autoren, daß sie zehn Seiten zuvor die drastischste Anwendung der Informationen bereits selbst vorgeschlagen haben: „gegebenenfalls die Weitergabe der genetischen Disposition an die kommende Generation (zu) verhindern“.

Wie soll das gehen? Den Druck auf die Frauen zu erhöhen, gesunde Kinder auf die Welt zu bringen? Unrationell. Den „Identifizierten“ soziale Leistungen wie Krankenversicherung oder Kindergeld entziehen? Schon rationeller. Die rationellste Methode hatten die Nationalsozialisten: Zwangssterilisation.

Auch auf die Frage „warum“ antworten die Autoren in großer Offenheit: „In Westeuropa, mit einer Bevölkerung mit zunehmendem Durchschnittsalter und einem damit verbundenen stetigen Kostenanstieg im Gesundheitswesen, sind die Aussichten sowohl auf billigere Tests als auch auf ein frühzeitiges Eingreifen, wodurch eine Abnahme der Erkrankungsmöglichkeit möglich wird, äusserst attraktiv.“ Dieser Satz – vier Zeilen vor dem Eingeständnis, daß die Diskrepanz zwischen Diagnose und Therapie weiter wachsen wird – ist atemberaubend.

Das Programm sei eine europäische Antwort auf die internationale Herausforderung durch die groß angelegten Forschungsprogramme der USA und Japans, so die EG-Kommission. – „Wenn die anderen europäischen Länder in dieser Richtung forschen, dann kann sich die Bundesrepublik nicht einfach ausklinken“, so das Pressereferat des BMFT. Wenn einer anfängt, dürfen die anderen nicht hinterherhinken. Das ist ganz einfach, nämlich Wettbewerb.

Forschungsprogramm zur Genomanalyse

EG-Eugenik

ud – Mit dankenswerter Offenheit hat die EG-Kommission jetzt begründet, warum sie ein Forschungsprogramm zur Genomanalyse fördern will. Was da herauskommt, bestätigt die schlimmsten Befürchtungen der Gentec-Gegner

„Wir experimentieren mit einer Modellgesellschaft“

dg-Interview mit Dr. Mickey Iyambo

psch – Vor zehn Jahren verabschiedete der UN-Sicherheitsrat die Resolution 435 zur Unabhängigkeit Namibias. Darin wurde Südafrika aufgefordert, seine Truppen und die eingesetzte Verwaltung abzuziehen. Daß der südafrikanische Präsident Botha mittlerweile seine „prinzipielle Zustimmung“ zur Durchsetzung der Resolution 435 gegeben hat, ändert nichts an der Realität: Nach wie vor ist Namibia besetzt, 89 000 Einwohner des Landes leben in Angola im Exil. Über die Situation in den Flüchtlingslagern und in Namibia sprach dg mit Dr. Mickey Iyambo, Mitglied des SWAPO-Zentralkomitees Angola, der medizinischer Leiter des größten SWAPO-Flüchtlingslagers in Angola ist.

dg: Können Sie uns Ihre Tätigkeit in Angola beschreiben?

Iyambo: Ich bin verantwortlich für das SWAPO-Gesundheitswesen in der Volksrepublik Angola. Im Gesundheitsbereich bin ich besonders zuständig für die angolische Provinz Kwanza Sul. Wir haben dort ein Flüchtlingslager, in dem derzeit 44 000 Namibianer leben. 75 Prozent der Lagerbewohner sind Frauen und Kinder. Das Lager liegt etwa 350 Kilometer nordöstlich von Luanda, es hat einen Durchmesser von 25 Kilometern mit 19 Zentren. Am 4. Mai 1978 hatten wir eine schreckliche Erfahrung machen müssen, als wir alle an einem Fleck im südlichen Angola untergebracht waren, in Cassinga. Die südafrikanische Luftwaffe hatte das Lager Cassinga damals aus der Luft bombardiert. Wir mußten mehr als 600 Tote beklagen. Daraus haben wir gelernt: Das neue Lager ist weitgehend dezentralisiert.

dg: Wie sieht die Situation im Flüchtlingslager aus?

Iyambo: Es gibt 89 000 Namibianer in Angola, davon 44 000 allein in dem Lager, in dem ich arbeite. Und es gibt noch vier weitere große Lager. Die SWAPO organisiert die Flüchtlingslager in Angola selbst. Wir experimentieren sozusagen mit einer Modellgesellschaft, die wir uns für ein zukünftiges Namibia vorstellen. Wir testen, was wir selbst leisten können, und wo wir Probleme haben. Fehler sollten wenn, dann jetzt gemacht und jetzt korrigiert werden, nicht später nach der Unabhängigkeit. In diesem Rahmen haben wir schon Schulen und Krankenhäuser errichtet sowie eine vollständige Infrastruktur aufgebaut.

dg: Können Sie uns etwas über die medizinische Versorgung in den Lagern sagen?

Iyambo: Es arbeiten außer mir noch drei weitere Ärzte in diesem Lager

Kwanza Sul, außerdem noch etwa 20 Krankenschwestern. Wir impfen nicht nur alle Namibianer im Lager, sondern auch die umliegende angolische Bevölkerung. Für alle in der erreichbaren Umgebung des Lagers stehen unsere medizinischen Dienste zur Verfügung, die kostenlos sind. Dieser Dienst für die angolische Bevölkerung ist aber gar nichts im Verhältnis zu dem, was Angola für uns tut. Wir bekommen politisches Asyl in Angola, einem Land, das auch stark unter dem Krieg mit Südafrika leidet.

dg: Welche medizinischen Probleme gibt es im Lager?

Iyambo: Das größte Problem ist Malaria, danach Infektionen der oberen Luftwege, Bronchitis und Lungenentzündung. Auch Tuberkulose ist weiterhin ein Problem. Bis 1981 hatten wir die Vorstellung, daß wir nur ein paar Monate oder Jahre in Kwanza Sul leben müßten. Deshalb dachten wir damals, Zelte würden ausreichen. Aber leider sind wir immer noch da. Deshalb brauchen wir Häuser, haben Maurer ausgebildet, die 4000 Ziegel pro Woche herstellen und verarbeiten können. 95 Prozent aller Menschen im Lager haben jetzt feste Häuser. Auch die Büros, das Krankenhaus, die Kindergärten und ähnliche Einrichtungen sind in festen Gebäuden untergebracht. Das hilft uns auch bei der Vorsorge gegen Krankheiten. Trotzdem kommen auch noch Durchfallkrankheiten vor.

dg: Ein Maßstab für das Wohlergehen einer Gesellschaft ist die Kinder- und Säuglingssterblichkeit. Wie steht es damit in den Flüchtlingslagern?

Iyambo: 1987 war die Säuglingssterblichkeit bei weißen Kindern in Namibia 23 pro 1000 Lebendgeburten, 167 bei Mischlingen, 198 bei schwarzen Kindern. Im Exil in Angola hatten wir 1987 bei den Namibianern nur 25 schwarze Kinder pro 1000 Geburten, die im ersten Jahr nach der Geburt gestorben sind.



Foto: psch

„Fehler sollten, wenn, dann jetzt gemacht werden, nicht nach der Unabhängigkeit.“

dg: Wie kommt es, daß so viele Kinder in den Lagern sind?

Iyambo: Es wurden jetzt gerade wieder 5000 Schulkinder aus dem Süden Angolas zu uns ins Lager gebracht, im Alter von 9 bis 13 Jahren. Diese Kinder haben Namibia verlassen, weil sie die Schule nicht mehr ertragen konnten. Südafrikanische Soldaten unterrichten in voller Uniform und unter Waffen die namibianischen Kinder. Was können die Kinder diese Lehrer fragen? Können sie fragen, warum der Bruder gestern von der Armee verprügelt wurde, oder warum die Schwester vorgestern von einem Soldaten vergewaltigt wurde? Wenn dieselben Leute unterrichten? Natürlich nicht. Also fliehen Tausende von Kindern nach Angola.

dg: Wie ergeht es denn diesen Kindern in Angola?

Iyambo: Sie haben oft zu hohe Erwartungen. Wenn sie ins Exil kommen, erwarten sie, daß die SWAPO sie zur Schule schickt und versorgt. Vor allem aber wissen sie nicht, wann sie wieder nach Hause können, um ihre Eltern oder Freunde zu sehen. Sehr oft müssen wir die Kinder bremsen, die aus Namibia fliehen und gar nicht zur Schule gehen wollen, sondern nur eine Waffe haben und für die Befreiung unseres Landes kämpfen wollen. Wir verstehen das, aber Waffen sind nichts für Kinder. Wir Erwachsenen müssen die Befreiung erkämpfen.

dg: Können Sie etwas zur aktuellen politischen Lage in Namibia sagen?

Iyambo: Zunächst, daß Namibia weiterhin widerrechtlich von Südafrika besetzt gehalten wird. Eine sehr große Besatzungstruppe garantiert Ruhe und

Ordnung im besetzten Namibia. Auf je drei erwachsene Namibianer kommt ein südafrikanischer Soldat. Wir denken, daß Südafrika zwar davon spricht, den Unabhängigkeitsplan 435 der Vereinten Nationen für Namibia zu verwirklichen, es aber überhaupt nicht ernsthaft vorhat. Südafrika will vor allem Zeit gewinnen. Die südafrikanischen Truppen sind aus den Kampfgebieten Angolas zurückgezogen worden. Aber in Namibia stehen mehr südafrikanische Truppen als je zuvor.

Wir bleiben skeptisch. Die Südafrikaner haben uns zu oft schon betrogen. Wir möchten auch diese Gelegenheit benutzen, um unsere Freunde davor zu warnen, sich jetzt bequem zurückzulehnen. Dazu ist leider noch nicht die Zeit gekommen. Wir müssen weiter auf einen längeren Befreiungskampf vorbereitet sein. Wir dürfen uns durch bloße Reden Südafrikas nicht täuschen lassen.

dg: Kann sich Südafrika diese Besetzung Namibias noch lange leisten?

Iyambo: Sechs Millionen Mark am Tag gibt das Militär für die Besetzung Namibias aus. Irgendwann wird das den Politikern in Südafrika einfach zu teuer werden. Und wir in der SWAPO versuchen natürlich, den Aufenthalt südafrikanischer Truppen in Namibia so teuer wie möglich zu machen. Wir sind militärisch stark genug, um die Anwesenheit von vielen Südafrikanern in Namibia zu erzwingen. Und damit helfen wir auch den unterdrückten Genossen in Südafrika selbst. Diese sechs Millionen Mark pro Tag kann Südafrika nur durch immer neue Kredite aus dem Ausland finanzieren. Und da sind leider die deutschen Banken mehr als alle anderen beteiligt, entgegen allem internationalen Recht, entgegen allen Beschlüssen der Vereinten Nationen.

dg: Wie können wir von hier aus helfen?

Iyambo: Wir brauchen Materialien. Wir haben Schneider, aber keine Stoffe, wir haben Schuhmacher, aber nicht genug Leder. Natürlich verwenden wir auch gebrauchte Kleider und nähen sie um. Wir sind aber auch dankbar für jede materielle Unterstützung. Wir brauchen viel Geld. Wer immer uns helfen will, sollte kommen und uns besuchen. Wir haben nichts zu verstecken. Die Hilfsmittel werden gerecht und demokratisch verteilt. Wenn hier in Deutschland für die Afrikahilfe im Fernsehen geworben wird und dabei unter anderem unterernährte Flüchtlingskinder in ihrem Elend gezeigt wurden, um damit Geld zu machen, kann ich nur sagen, daß das nicht die Situation für SWAPO-Flüchtlinge ist. Wir haben keine unterernährten Menschen im Lager, nein, wirklich nicht. Wir haben die Verpflichtung übernommen, die Flüchtlingslager zu organisieren und dafür natürlich auch um humanitäre Hilfe zu bitten. Wenn es diese Hilfe nicht gäbe, gäbe es natürlich Unterernährung bei uns. Und trotzdem wollen wir eigentlich die rein humanitäre Hilfe nicht, die nur auf Mitleid beruht. Wir ermutigen unsere Freunde zu einer Art Hilfe zur Entwicklung. Wie der alte Spruch sagt: Gib einem Hilfebedürftigen nicht nur einen Fisch, sondern zeige ihm, wie man fischt, dann kann er sich selbst helfen. Wir möchten auch nicht in neue Abhängigkeiten geraten, sondern imstande sein, uns selbst zu entwickeln. Denn nach der Unabhängigkeit werden wir auch auf uns gestellt sein.

dg: Was können denn Ärztinnen und Ärzte in der Bundesrepublik tun, um Hilfe zu leisten?

Iyambo: Es ist schade, daß viele Ärzte hier bei Euch und in aller Welt so konservativ sind. Wir sollten uns vor allem um soziale Dinge kümmern, vor allem aber um die Menschenrechte in aller Welt. Wenn wir Verletzungen der Menschenrechte beobachten, sollten wir uns einmischen und das zu ändern versuchen. Aber wir Ärzte tun das nicht genug. Die Ärzte in der Bundesrepublik unterstützen zum Beispiel über den Weltärztebund die rassistische Ärzteorganisation in Südafrika, MASA. Dabei gibt es in Südafrika die NAMDA als demokratische Alternative. Diese Gruppe sollten bundesdeutsche Ärzte unterstützen. Sie sollten auch verhindern, daß südafrikanische oder namibianische Ärzte hier Vorträge halten, wenn sie nicht einen klaren Anti-Apartheid-Standpunkt vertreten. Es gibt keine reine neutrale Wissenschaft. Medizin ist politisch.

dg: Danke für das Gespräch.

Die letzten Reservate

Demokratie in den Ärztekammern

gw – Was unter Demokratie zu verstehen ist, hängt in den Ärztekammern von der Gnade der Landesfürsten ab. Durch den Entwurf zum Heilberufsgesetz in Nordrhein-Westfalen fühlen sie ihr Hoheitsrecht verletzt

Unter der Überschrift „Demokratieverständnis“ erschien in der Ausgabe 18/1988 des Rheinischen Ärzteblatts eine Kritik zum Heilberufsgesetz, das im Herbst im Landtag Nordrhein-Westfalens verabschiedet werden soll. Nachdem bereits die ursprünglich vorgesehene Streichung des berufspolitischen Mandats als Aufgabe der Kammern im Gesetzentwurf wieder zurückgenommen worden war, sind es die führenden Standespolitiker noch lange nicht zufrieden. Ihnen ist die Bestimmung, daß künftig eine Fraktionsbildung in den Heilberufskammern möglich sein soll, ein Dorn im Auge. Fraktionen sollen auch kleine Gruppierungen mit mindestens 5 Prozent der Delegierten einer Kammerversammlung bilden können. Der Gesetzgeber begründet diese Regelung mit dem Minderheitenschutz.

Der Vorsitzende des Marburger Bundes, Jörg D. Hoppe, und Professor Horst Bourmer, Präsident der Ärztekammer Nordrhein und Sprecher der Arbeitsgemeinschaft der Heilberufskammern in Nordrhein-Westfalen, halten dagegen, daß es Aufgabe der Heilberufskammern sei, das Gesamtinteresse der Kammermitglieder zu vertreten. Fraktionen seien aber Instrument einer parteipolitischen Willensbildung. „Die Zusammensetzung der Kammerversammlungen würde die ärztliche Selbstverwaltung zu einem Staat im Staat werden lassen“, so Hoppe. Und Bourmer meint, Überlegungen zur Bil-

dung von Fraktionen könnten dem Satzungsrecht der einzelnen Heilberufskammern überlassen bleiben. Immerhin schlägt er vor, daß sich Wahllisten nicht nur wie bisher mit einer Listennummer, sondern auch mit Namen für die Kammerwahlen vorstellen dürfen. Bisher hatte sich Bourmer gegen eine solche Möglichkeit gewehrt.

Nun droht das Heilberufsgesetz einige politische Pfründen, vor allem in der Ärztekammer Westfalen-Lippe, zu gefährden. Bisher ist es der oppositionellen Liste Demokratischer Ärzte dort nicht gelungen, Delegierte zum Ärztetag zu entsenden, obwohl sie bei den Kammerwahlen etwa 11 Prozent der Stimmen erhielten. Um so doppelzüngiger ist Bourmers Argumentation, in der er auf die demokratischen Verhältnisse in der Ärztekammer Nordrhein hinweist. Die gibt es nämlich nur dort und sind nur auf das politische Kalkül des Strategen Bourmer zurückzuführen. Die Wahlverfahren zu Ärztetagen oder zu wichtigen Ausschüssen unterliegen der Willkür oder, positiv ausgedrückt, dem Demokratieverständnis der Kammermehrheit.

Die Nervosität, die in den öffentlichen Stellungnahmen zum Ausdruck kommt, ist verständlich: Im nächsten Jahr stehen in den Bezirken Nordrhein und Westfalen-Lippe Kammerwahlen an. Und möglicherweise drohen dann hessische Verhältnisse, da der Gesetzentwurf eine Erleichterung des Wahlverfahrens vorsieht, die gerade kleinen Gruppen zu Gute kommt. Während bisher für eine Ärzteliste zwischen 120 und 180 Kandidaten aufgestellt werden mußten, werden künftig nur noch 40 je Liste benötigt. Zu hoffen ist, daß der Landtag sich von den Standespolitikern nicht irre machen läßt und das Heilberufsgesetz in beiden Punkten unverändert verabschiedet.

Änderungsbedarf am Gesetz sehen die oppositionellen Ärztinnen und Ärzte in einem anderen Punkt, der in der



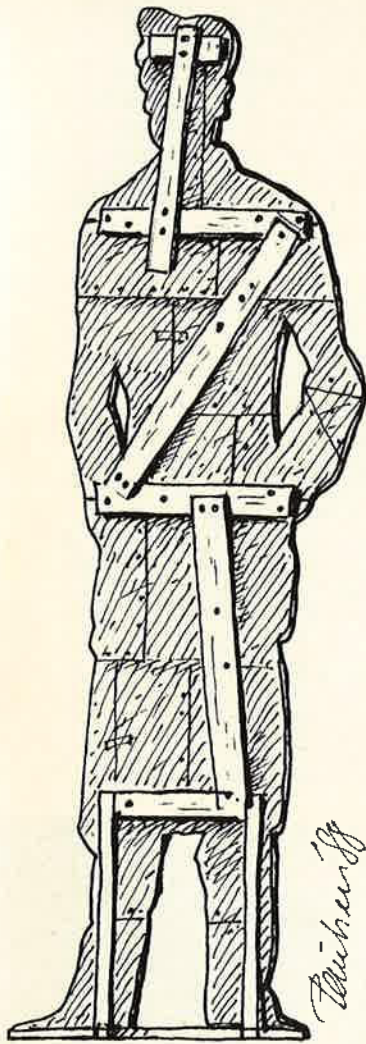
öffentlichen Diskussion bisher vernachlässigt wurde. In Paragraph 4, Absatz 2, wird der Umfang und die Art der Daten festgelegt, die über die Kammerangehörigen zu führen sind. Die ausführliche Festschreibung im Gesetzentwurf wird mit Bestimmungen des Datenschutzes begründet. Warum allerdings auch Tätigkeiten bei der Bundeswehr, im Zivil- und beim Katastrophenschutz und bei anerkannten Hilfsorganisationen an die Gesundheitsämter weitergegeben werden müssen, läßt sich mit dem Datenschutz wohl kaum begründen. Es drängt sich der Verdacht auf, daß hier im Vorgriff auf das Katastrophenschutzergänzungsgesetz, über das sich die Bonner Koalition inzwischen geeinigt haben soll, eine lückenhafte Erfassung der Beschäftigten im Gesundheitswesen verwirklicht werden soll.

Um hier noch eine Änderung zu erreichen, muß Druck auf die Landesregierung ausgeübt werden. Das wollen die oppositionellen Ärztelisten in Nordrhein-Westfalen nicht nur den Landesfürsten überlassen. □

Kontaktadressen der oppositionellen Ärztelisten:

Nordrhein: Erhard Knauer,
Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen
Tel. (02 41) 7 54 59

Westfalen-Lippe: Matthias Albrecht,
Am Kuhlenweg 22, 4600 Dortmund 50,
Tel. (02 31) 75 38 80



Pappkameraden

„Wenn ich an die konstituierende Sitzung der Landesärztekammer Hessen vom 21. September denke, läuft mir noch jetzt ein Schauer über den Rücken. Dabei hatte alles so vielversprechend angefangen.“

Erklärtes Ziel war, die inhaltlichen Positionen der stärksten Fraktion aus allen entscheidenden Gremien herauszuhalten. Unser Antrag, alle Listen in das Präsidium, den Beirat und die Ausschüsse aufzunehmen, wurde abgelehnt. Ausschüsse und Ausschußvorsitzende so zu besetzen, wie es die Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages und aller Länder- und Kommunalparlamente vorsieht, auch dieser Antrag fand keine Gegenliebe bei den anderen Listen. Der Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (LDÄÄ) wurde vorgeworfen, sie könne Ausschüßergebnisse nicht für sich behalten und trete für die gleichberechtigte Kooperation mit anderen Berufsgruppen ein.

Obwohl bereits nach einigen Abstimmungen die Ergebnisse der nächsten „Wahlgänge“ klar waren – jeweils 51 zu 17 –, wurden die hochge(sch)reckten Arme immer wieder von der Wahlleitung „ernsthaft“ abgezählt. Selbst bei geheimen schriftlichen Abstimmungen, die wir jetzt erstmals durchsetzen können, da wir mehr als 16 Delegierte haben, stimmten nur wenige Delegierte anderer Listen für unsere Kandidaten: Ganze sechs waren das höchste.

Irgendwann konnte mir selbst die Äußerung von Frau Hasselblatt-Diedrich vom Hartmannbund, „gewählt werde hier nach Qualifikation“, und der Antrag des Hartmannbundes, alle Delegierten der LDÄÄ mögen bitte den Sitzungssaal verlassen, damit sich die übrigen Listen über das weitere Vorgehen beraten könnten, nur noch ein müdes und mitleidiges Lächeln abringen, da mein Kräftehaushalt die notwendige Empörung nicht mehr zuließ. Nach dem 41. für uns chancenlosen Wahlgang gaben wir zu Protokoll, an den folgenden Abstimmungen nicht mehr teilzunehmen.

Trotzdem habe ich mir, ebenso wie die anderen Delegierten der LDÄÄ, diese „Sitzung“ bis zum Ende zugemutet. Zunehmend verloren für mich die Damen und Herren Kollegen ihre Gesichter, reduzierten sich zu im passenden Zeitpunkt erhobenen Armen. Der Gedanke, diese Szenerie im Zeitalter der Rationalisierungen mit Pappfiguren zu automatisieren, so daß jeweils nur noch die Listenführer anwesend sein müßten, erschien mir kurzzeitig durchaus reizvoll. Erst beim Hinausgehen, als Einzelne wieder eigene Meinungen äußerten, nahmen die Delegierten für mich wieder Gestalt an. Immer noch stelle ich mir die Frage, wie es kommt, daß nicht zumindest einige dieser „so differenzierten und ethisch hochstehenden“ Damen und Herren sich für diese Farce zu schade sind.

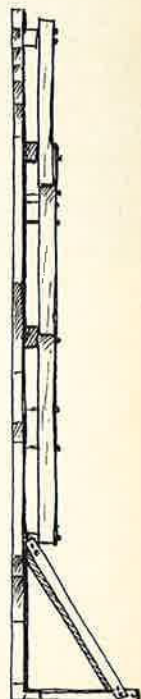
Übrigens wurden ausgerechnet wir gegen Ende der Sitzung mehrfach darauf hingewiesen, daß man „das Ganze nicht ins Lächerliche ziehen“ solle. Ja, wenn dieses Gremium keine Zwangskörperschaft wäre, keine so hohe Entscheidungskompetenz hätte und nicht in so hohem Ausmaß das öffentliche Meinungsbild zur „Ärzteschaft“ prägen würde, mit dem ich als Ärztin, ob ich will oder nicht, identifiziert werde, zu gerne würde ich darüber lachen.

So aber werde ich, zusammen mit den anderen Delegierten der LDÄÄ weitermachen. Wir werden unsere mehr als 2000 Wählerinnen und Wähler befragen, wie unsere Mitarbeit in diesem Gremium angesichts der Verfälschung des Wählerwillens fortgeführt werden soll. Und wir werden die Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern verstärkt informieren, insbesondere über die Rolle des Marburger Bundes als Stütze konservativer Standespolitik, was so gar nicht zu seinen öffentlichen Äußerungen passen will.

Auf jeden Fall freue ich mich schon jetzt auf die Nachhilfestunde in Demokratie und das Abstimmungsverhalten der anderen Listen, wenn wir in einigen Jahren mit mehr als 50 Prozent der Delegierten unseren Antrag erneut zur Abstimmung stellen, daß alle Listen in Präsidium und Ausschüsse aufgenommen werden sollen.

Brigitte Ende-Scharf

Brigitte Ende-Scharf ist Ärztin und Delegierte der LDÄÄ in Hessen



Um unseren Willen zur konstruktiven Zusammenarbeit und unsere neue Rolle als stärkste Kraft in der Ärztekammer zu unterstreichen, luden wir im Vorfeld der Delegiertenversammlung alle sieben Listen zu Gesprächen ein, die sämtlich in positiver Atmosphäre stattfanden. Auch in persönlichen Gesprächen mit Delegierten anderer Listen gewann ich den Eindruck, daß ein „Ausschluß“ unserer Liste von vielen als undemokratisch und nicht im Sinne der Wähler empfunden wird. Bis zum Beginn der Sitzung rechneten wir mit einem Aufweichen der bisher gewohnten totalen Konfrontation.

Die Abstimmungsmaschinerie und Pöstchenschieberei, die ich dann in Bad Nauheim erlebte, hatte damit nichts mehr zu tun. Meine anfängliche Empörung und Wut machte zunehmend der Erkenntnis Platz, einer inszenierten Farce beizuwohnen. Wie sich schnell herausstellte, gestalteten sich die Wahlen zu Präsidium, Beiräten und Ausschüssen so, wie am Vortag von den sieben anderen Listenführern abgesprochen. Getreu nach dem Motto: „Gibst du mir ein Pöstchen, geb ich dir meine Stimme.“

Offensichtlich gibt es keine inhaltlichen Differenzen zwischen den anderen Listen. Kein Problem zum Beispiel für die Delegierten des Marburger Bundes, in allen Abstimmungen mit den reaktionärsten Listen zu stimmen.

Qualität im Bermuda-Dreieck

Die Verantwortung für die Qualität der Krankenversorgung verschwindet in einem Bermudadreieck – vielleicht auch Vier- oder Fünfeck – zwischen Krankenkassen, Krankenhausleitungen, Gesundheitspolitikern und dem Senat, die als Ausrede für ihre eigenen Unterlassungen jeweils die anderen Beteiligten für die Mißstände verantwortlich machen. Die ÖTV ist dieses Schwarzen-Peter-Spiels überdrüssig.

Inzwischen ist der Gesundheitssenator immerhin so weit, daß er einen Pflegenotstand kommen sieht, wenn nichts getan wird. Vorher hatte in seinem Hause monatelang Funkstille geherrscht. Sicher steckt hinter dem Gesinnungswandel der beginnende Wahlkampf in Berlin. Vielleicht aber auch die Hoffnung, durch das Angebot, eine Erschwerniszulage für die Grundpflege zu zahlen, Pflegekräfte zum Verbleib im Beruf zu bewegen. Denn in Berlin sollen zahlreiche Akutbetten in solche für Alterskranke umgewandelt werden, und diese Disziplin hat einen denkbar schlechten Ruf auch unter den Pflegekräften. Der Berliner Geriatricplan, politisch längst überfällig und inhaltlich sehr vage, muß schon am Mangel an Pflegekräften scheitern, wenn es nicht gelingt, eine glaubwürdige Aussicht auf wesentlich verbesserte Arbeitsbedingungen in der Geriatrie zu eröffnen.

Bei der Gewerkschaftsbasis ist klar, daß dem Senator da noch mehr Einfälle kommen müssen, als das Angebot von 300 bis 400 Mark, über das er zudem noch mit dem Innensenator sprechen muß, der für Tariffragen zuständig ist. Viele Kolleginnen und Kollegen waren über die Forderung nach mehr Geld empört, wo es doch um bessere Arbeitsbedingungen und menschenwürdige Pflege geht. Wir müssen unseren Kolleginnen und Kollegen klar machen, daß eine gerechtere Bezahlung nicht unsittlich ist.

Ernst-Hermann Dittrich
Arzt

IWF-Syndrom der Krankenpflege

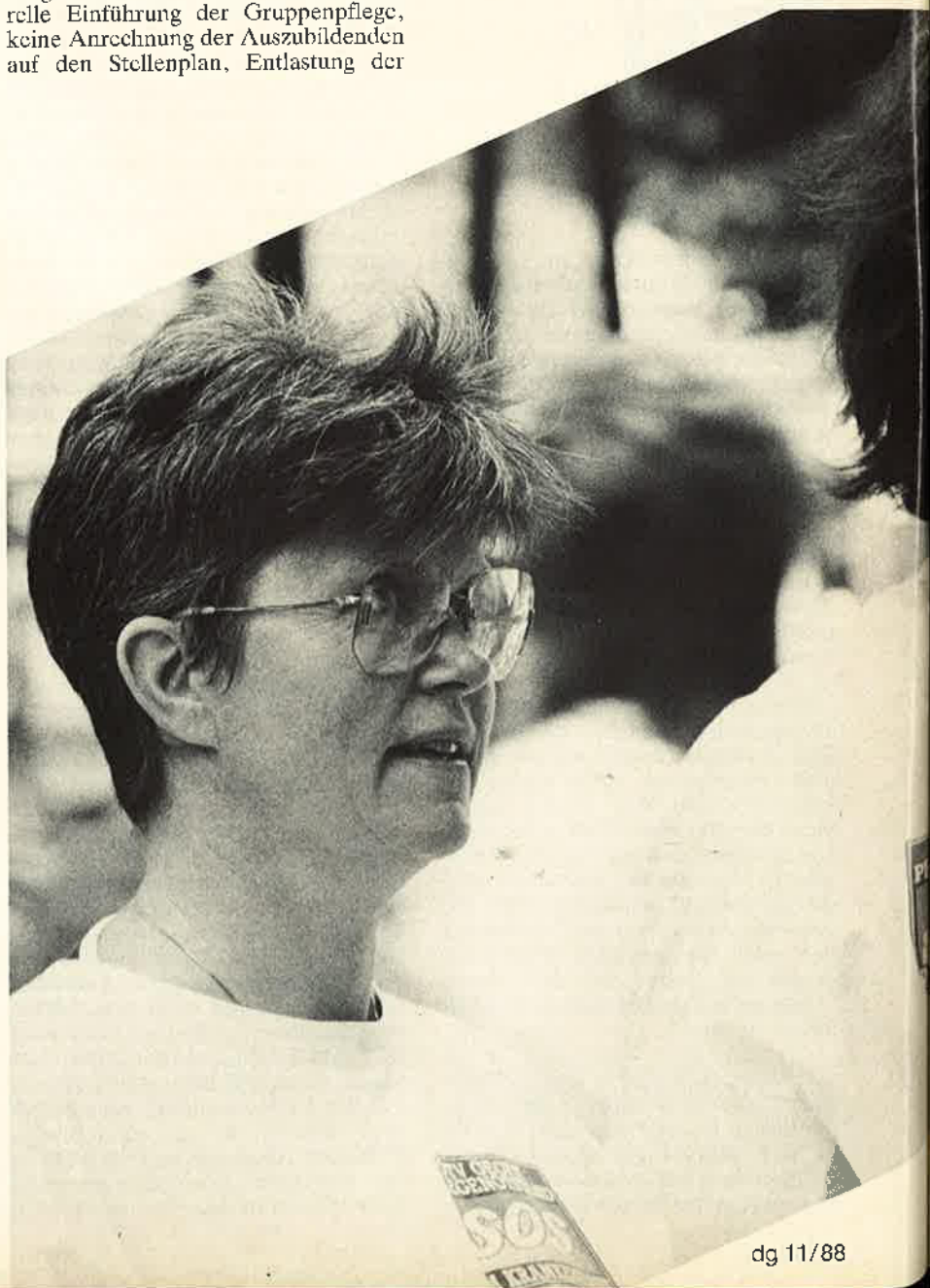
Während der heißen Phase der abgeschirmten und hochgesicherten Weltbanktagung gingen die in der ÖTV organisierten Krankenschwestern und -pfleger aus allen Bereichen der Krankenhäuser an die Öffentlichkeit. Mit einem Informationspark und einer einwöchigen Mahnwache am Kurfürstendamm, Ecke Joachimstaler Straße, machten 530 Frauen und Männer aus der Berliner Krankenpflege rund um die Uhr auf die Zustände in den Krankenhäusern aufmerksam, mit denen sich die Angehörigen des Berufs mit „Berufung“ herumschlagen müssen.

Die Resonanz der Bevölkerung war unterschiedlich – bestimmt vom Rhythmus des Kudamms. In ihren Vier-Stunden-Schichten bekamen die Kolleginnen und Kollegen Beschimpfungen genauso zu hören, wie es ernsthafte Gespräche und Unterstützung gab. 7000 Passanten unterschrieben die Forderungen der ÖTV: Mehr Stellen, generelle Einführung der Gruppenpflege, keine Anrechnung der Auszubildenden auf den Stellenplan, Entlastung der

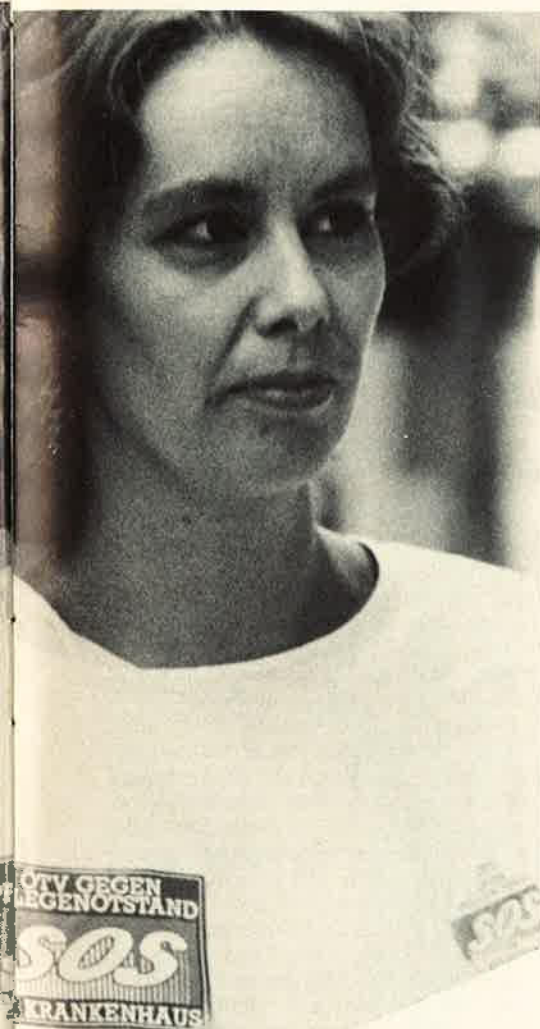
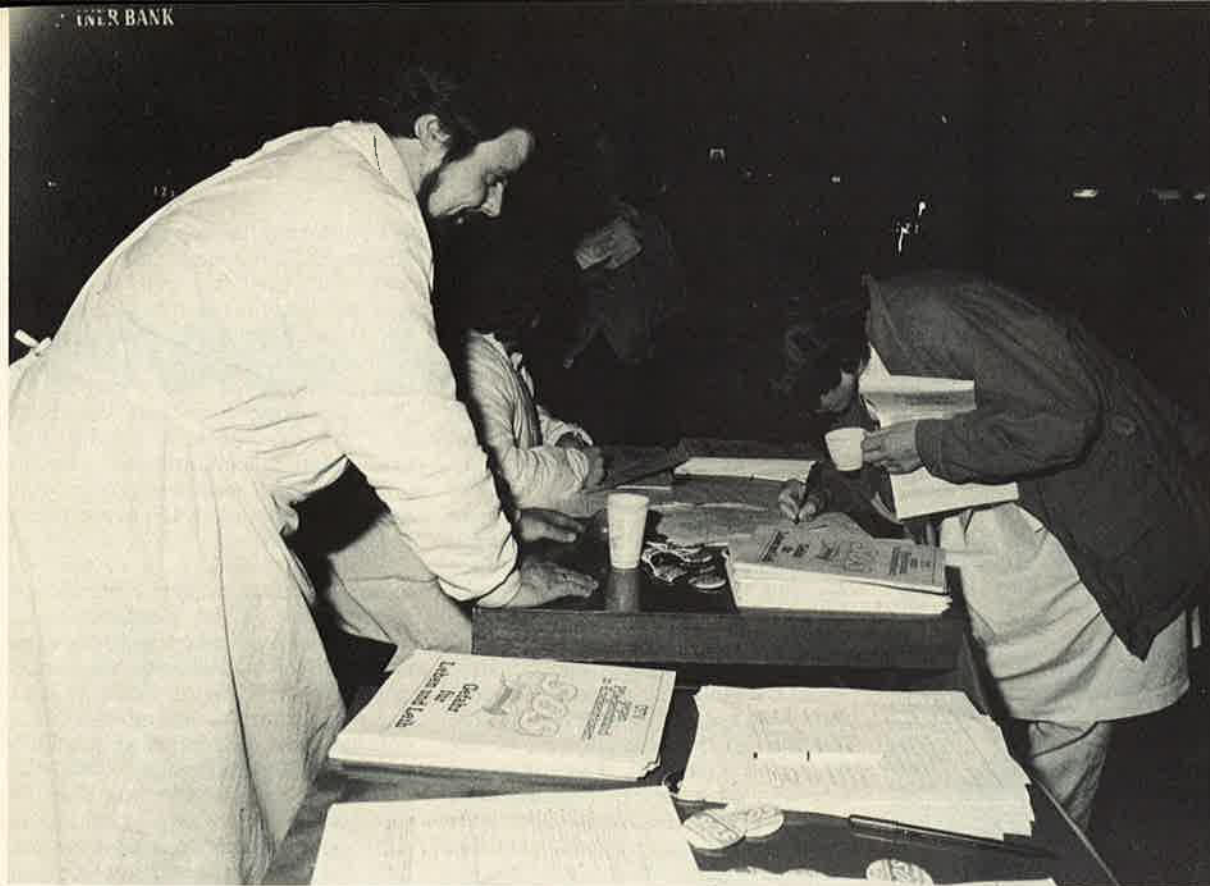
Krankenpflege von berufsfremden Tätigkeiten und eine bessere Bezahlung. Viele Organisationen schickten Grußadressen, Geschäftsleute brachten Essen und Trinken, und in anderen ÖTV-Bereichen wurden Geld und Naturalien zur Unterstützung gesammelt.

Das Echo in der lokalen Presse war mäßig. Allgemein gilt wohl die Parole, daß bei den Parteien die Probleme des Gesundheitswesens vor den Wahlen tunlich nichts mit der Stadtbildpflege zu tun haben sollen. Es wird weiter Aufgabe der organisierten Kolleginnen und Kollegen bleiben, etwas zu tun gegen das „IWF-Syndrom“ des Pflegepersonals: „Ich will fort“ aus dem Beruf.

Jutta Schauer-Oldenburg
Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
Sozialdemokraten im Gesundheits-
wesen und des Bezirksvorstandes
der ÖTV-Berlin



Fotos (3): E. Nötzel



Schöne Worte und Verständnis für die Probleme in der Krankenpflege haben die Beschäftigten an den Berliner Krankenhäusern genug bekommen. Mit Aktionen wollen sie dafür sorgen, daß endlich Taten folgen

IWF-Syndrom

Aktionen gegen den Pflegenotstand

Titanic-Syndrom



Erneut unternimmt das Duo Zimmermann/Spranger einen Anlauf zur Vollendung der Zivilschutzgesetzgebung: Ein Referentenentwurf für ein Katastrophenschutzergänzungsgesetz ist im Umlauf. Horst Peter kommentiert

Horst Peter ist Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen

Zimmermanns Entwurf ist eine doppelte Mogelpackung, weil als Katastrophenschutz verkauft werden soll, was tatsächlich „Zivilschutz“ ist. Zwar begründet die CDU/CSU-Fraktion den Entwurf mit den „Auswertungen der Katastrophen von Tschernobyl, Sandoz, Herborn, Borken“ – hier fehlt nur noch Ramstein. Doch ein Blick zurück erhellt den wahren Charakter des Gesetzesentwurfes: Der Paragraph 13 des Gesetzes über den erweiterten Katastrophenschutz von 1968 befaßte sich bisher mit den „Einheiten des Luftschutzhilfsdienstes“, an deren Stelle setzt das Ergänzungsgesetz die „Planung der gesundheitlichen Versorgung“.

Eine Mogelpackung auch deshalb, weil vorgespiegelt wird, hier werde Vorsorge für die Menschen im Verteidigungsfall getrieben. Doch für den Kriegsfall unter den Bedingungen der heutigen Waffentechnik ist keine medizinische Hilfe zu gewährleisten. Die Bundesregierung nährt somit die gefährliche Illusion, daß es in diesem Krieg noch ärztliche Versorgung geben könne, und nährt den Vorwurf, sie wolle den Atomkrieg als führbar und überlebbbar verkaufen.

Verfassungsrechtlich fragwürdig sind die Elemente des Entwurfes, die die im Grundgesetz strikt getrennten Bereiche und Zuständigkeiten für den Zivilschutz und die Hilfe bei Katastrophen und Großunfällen im Frieden vermischen: die Meldepflicht für die nicht berufstätigen Angehörigen der Gesundheitsberufe, die Einbeziehung ehemaliger Zivildienstleistender, die im Gesundheitsbereich ihren Zivildienst geleistet haben, in den Zivilschutz, die allgemeine Zivilschutzdienstpflicht für Männer ab 18 Jahre, die wohl den Weg zur allgemeinen Dienstpflicht für Männer und Frauen, die jetzt noch verfassungsrechtlich blockiert ist, öffnen soll.

Die Gesundheitsämter, die Ärzte- und Apothekerkammern, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die „Träger der Einrichtungen der Gesundheitlichen Versorgung“, das heißt, jeder und jede einzelne im Gesundheitswesen Tätige wird in ein umfassendes System zur „gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung im Verteidigungsfall“ einbezogen, das ständig zu planen und fortzuschreiben ist, Einsatz- und Alarmpläne vorbereiten muß, indem der „vor-aussichtliche Bedarf an Personal, Gütern, Dienst- und Werkleistungen“ ermittelt wird. Vorzeitig pensionierte Beamte können im Fall X reaktiviert, zusammen mit ihren noch aktiven Kollegen kaserniert oder auch zu NATO-Zivilbehörden versetzt werden.

Zivilschutz ist eindeutig Notstandsrecht. Mit der Zivilschutzgesetzgebung soll die vierte Notstandssäule neben den bisherigen Notstandsregelungen

zur Aufrechterhaltung der Staats- und Regierungsfunktionen, der Beschaffung, Sicherstellung und Versorgung und der Sicherung der Einsatzfähigkeit und Unterstützung der militärischen Kräfte geschaffen werden. Deshalb lebt auch in diesem Gesetzesentwurf der Geist des Notstandsrechtes, die Prinzipien des Kriegsrechtes: Zwang, Suspendierung demokratischer Rechte und Freiheiten, Strafsanktionen (der Entwurf droht mit Bußgeldern bis zu 20 000 Mark).

Zum Charakter eines Notstandsgesetzes gehört es, den Notstand zu planen, ständig zu denken und vorwegzunehmen, Notstandsgesetzgebung impliziert, daß sie schon im Frieden greift. Erfassung und Planung müssen naturnotwendig im Frieden beginnen, und das heißt Datenerhebung. Was sich hinter den relativ neutralen Formeln des Entwurfes verbirgt, kann angesichts der Geschichte des Gesetzes und der diversen vergangenen Entwürfe nur vermutet werden: zivilschutzmedizinische Fortbildungspflicht für medizinisches Personal, kriegsfallmäßige Evakuierungsübungen von Krankenhäusern wie in der Schweiz, Beteiligung an Stabsrahmenübungen, koordinierter zivil-militärischer Sanitätsdienst, Gleichstellung des Zivildienstes mit dem Militärdienst.

Welchen konkreten Nutzen dieser Militarisierungsschub im Gesundheitswesen für den Staat haben kann, wissen wir schon jetzt: Der Staat schafft sich ein computergestütztes Tätigkeits- und Kriegstauglichkeitsprofil der gesamten Bevölkerung inklusive der Erfassung vermuteter Panikpersonen. Dieses Kataster ergänzt den Behörden andere Zugriffsmöglichkeiten auf die Daten der Bürgerinnen und Bürger, wie sie zum Beispiel die Sicherheitsgesetze eröffnen. Darin wird der wirkliche Nutzen für Zimmermann/Sprangers Politik der Formierung eines autoritären Staates zu sehen sein, denn für den angeblichen Zweck bringt dieses Gesetz nichts. Ganz im Gegenteil.

Angesichts der Ausmaße einer atomaren Auseinandersetzung hilft nur eine Politik der Kriegsverhütung, nicht die Entwicklung von Optionen zur Kriegsführung, wie die Zivilschutzmaßnahmen, die die Abschreckung unterlaufen, darstellen. Die sofortige Ratifizierung des Zusatzprotokolls I zu den Genfer Rotkreuz-Abkommen wäre dann der richtige Weg. Dies würde einerseits der Bevölkerung helfen, andererseits aber Vertrauen schaffen. Zivilschutz hilft den Menschen nicht, schafft aber Mißtrauen. Die Planer für den Fall X scheinen jedoch vom Titanic-Syndrom infiziert zu sein: Wenn man ein Schiff für unsinkbar hält, steuert man einen gefährlichen Kurs. Murphys Gesetz für diesen Fall lautet: Alles, was schiefgehen kann, geht auch einmal schief. □

»1984« ist vorbei

Vom 1. Januar 1989 an werden nun alle Ärztinnen und Ärzte und vor allen Dingen alle in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten total erfasst. Die unzähligen Daten über die Versicherten, über die Leistungen, die im Gesundheitswesen erbracht werden, übertreffen sämtliche Vorstellungskraft. Jährlich werden circa 400 Millionen Rezepte à 1,8 Verordnungen, rund 20 Millionen Heilmittelverordnungen, rund 40 Millionen Hilfsmittelverordnungen, rund 9 Millionen Krankenhausberechnungen und 340 Millionen Krankenscheine maschinenlesbar bei den Krankenkassen gespeichert, verarbeitet und ausgewertet werden. Nur ein Bruchteil davon wird für Richtgrößenprüfungen, Durchschnittsprüfungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder Stichprobenprüfungen wirklich gebraucht.

TRANENDRÜSE

BEERDIGUNGSGÄNGER (CARBONAT)

KEHLKOPF

KELLER u. BADEWANNENGÄNGER

LUFTRÖHRE

AUFZUGPHOBIE
(WOHNT 10. STOCK)

ZWERCHFELL

GESELLIGER LACHSACK

LEBER

HOCHPROZENTIGER ALKOHOLIKER

GALLENBLASE

BUSTAND: FÜR ALLES & JEDES

BLINDDARM

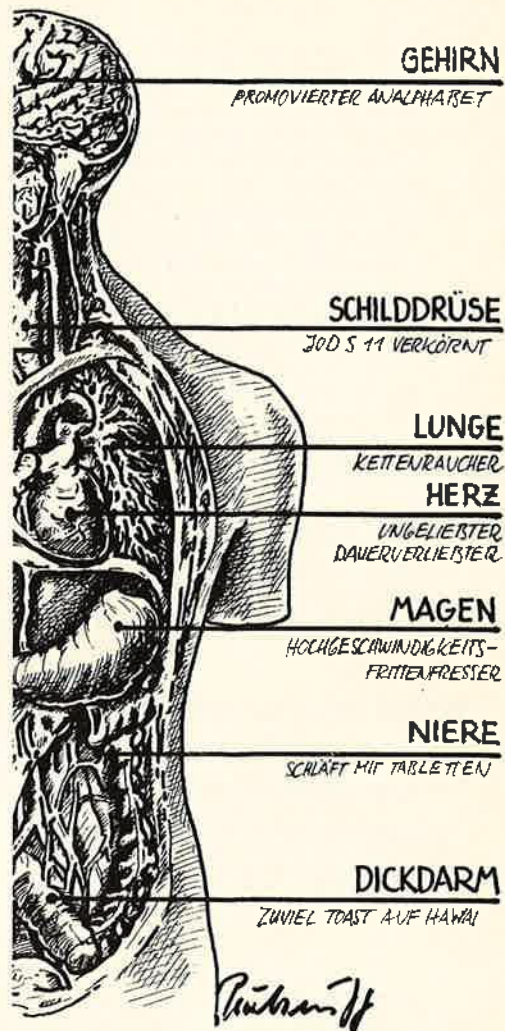
UNVERKÜHRE ERISTENZ

Diese Daten können selbstverständlich mit zahlreichen anderen Dateien verknüpft werden, was durch die Versicherungsnummer, die mit der Sozialversicherungsnummer identisch sein kann, und durch die Krankenversicherungskarte noch sehr erleichtert wird. Paragraph 312 des „Gesundheitsreformgesetzes“ sieht sogar vor, daß die Datenbestände versicherten-, leistungs- oder fallbezogen für Forschungsvorhaben ausgewertet und über die gesetzlichen Fristen hinaus aufbewahrt werden dürfen. Eine Information der Beteiligten, daß ihre Daten gemäß Paragraph 312 weitergegeben werden, oder gar eine Einspruchsmöglichkeit sind in dem Gesetzentwurf nicht vorgesehen.

Seltsam erscheint, daß gegen diese geplante Totalerfassung nicht über 50 Millionen gesetzlich Krankenversicherte protestieren. Lediglich eine kleine Gruppe, vornehmlich Ärzte, hat bisher gegen die Datensammlungen öffentlich Widerspruch erhoben. Ihnen wird jedoch in der öffentlichen Diskussion nur Eigeninteresse unterstellt. Die Versicherten sind sicherlich auch mit Absicht von offizieller Seite über die „Transparenz“ ihrer Person getäuscht worden. Erschrecken werden die meisten Betroffenen wohl erst, wenn ihnen die Kenntnisse, die aus diesen Daten gewonnen werden, an völlig unverhoffter Stelle, zum Beispiel durch Arbeitgeber oder den Medizinischen Dienst oder andere Einrichtungen der Sozialversicherung, entgegen gehalten werden.

Völlig unbekannt ist allerdings wohl auch den meisten Fachleuten, die gegen die Datensammlungen Sturm laufen, daß in Artikel 4 des Gesetzes vorgesehen ist, daß die Berufsgenossenschaften als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung eine personenbezogene Zentraldatei über sämtliche in den Berufsgenossenschaften erfaßten Menschen anlegen dürfen. Durch diese komplette Durchleuchtung von Versicherten kann über sie auch komplette Kontrolle ausgeübt werden. Die Kontrolleure hingegen sind nicht kontrollierbar.

Es ist ein Gebot der Demokratie und des Schutzes des informationellen Selbstbestimmungsrechts, daß dieser Aspekt der Totalerfassung noch sehr viel deutlicher in der Öffentlichkeit bekannt gemacht wird, damit die Menschen erfassen können, was auf sie zukommt, und sich hoffentlich dagegen wehren. □



Die gläsernen Patienten sind nicht länger eine Horrorvision für die ferne Zukunft. Das „Gesundheitsreformgesetz“ sieht die Erfassung und zentrale Speicherung unzähliger Daten vor. Ralf Kegel kommentiert

Ralf Kegel ist Koordinator der Aktionen zur Strukturreform für die Bundestagsfraktion der Grünen

Als ich mich vor gut zwei Jahren dazu entschied, meine Heilpraktiker-Praxis hauptsächlich auf klassisch homöopathische Behandlungen auszurichten, wurde mir von einigen Kollegen gesagt, das würde ich noch einmal bereuen. Das meinten sie nicht, weil sie die Homöopathie für wirkungslos hielten, sondern für eine brotlose Kunst. Besteht doch eine Behandlung aus einer gründlichen Anamnese, die beim ersten Besuch eines neuen Patienten sicherlich zwei Stunden dauert, und ihrer Auswertung, die den Anfänger gut und gerne nochmals sechs bis acht Stunden kostet, beim Fortgeschrittenen aber auch noch eine ganze Zeit dauern kann. Die Gebührenordnung sieht hierfür den lächerlichen Betrag von 30 bis 80 Mark vor.

Um mögliche Mißverständnisse gleich auszuräumen: Bei der üblichen Unterbewertung menschlicher Arbeit, im Gegensatz zur Überbewertung maschinellen Einsatzes in unserem Gesundheitssystem, geht es mir nicht um ein Plädoyer für die Einbeziehung der Heilpraktiker in die „Leistungen“ der gesetzlichen Krankenkassen. Für meine Arbeit würde das mehr Last als Erleichterung bedeuten. Meine Patienten müßten dann entweder doch noch selbst draufzahlen, oder ich müßte meine Arbeit kassengerecht zurechtstutzen oder mit ein paar teuren Geräten, die ja auch in Praxen von Heilpraktikern herumstehen, anreichern.

Erst während der Ausbildung habe ich meine erste Erfahrung mit Heilpraktikern gemacht. Ein voller Reinfall. Die Befragung über Beschwerden und Vorgeschichte nahm ungefähr zwei Minuten in Anspruch, danach wurde ich an das Irimikroskop gesetzt. Während der Heilpraktiker mir ins Auge guckte und mir dabei Zigarettenrauch in die Nase blies, fragte er, wie's denn mit der nervlichen Belastung aussähe. Danach setzte er sich wieder an den Schreibtisch und verschrieb auf einem überlangen Rezeptblatt eine Mischung verschiedener homöopathischer Komplexmittel. Die ganze Behandlung dauerte keine zehn Minuten. Als ich nach zwei Wochen wiederkam, schaute er mir wieder in die Iris und meinte, das mit den Nerven sei ja schon deutlich besser geworden, ich solle meine Tropfen mal schön weiternehmen und – „Auf Wiedersehen“.

„Solche Festschreibungen wie ‚Das ist nun mal so‘ oder ‚Damit müssen Sie leben‘ sind Sprüche, die mich auf die Palme bringen. Ungefähr die Hälfte meiner Patienten kommt mit solchen Vorurteilen.“

In meine Praxis – und das ist wohl bei den meisten Heilpraktikern so – kommen vorwiegend Patienten mit chronischen Beschwerden, die meist den verschiedenen schulmedizinischen Behandlungen getrotzt haben. Dies spricht meines Erachtens gegen eine besondere Placebowirkung bei der Behandlung mit alternativen Methoden, da die suggestibleren Patienten auch schon vorher genügend Möglichkeiten hatten, ihre Heilungswünsche und -hoffnungen in Heilungsimpulse umzusetzen.

Schwerpunkte in meiner Praxis sind die Behandlung von Kindern mit Neurodermitis und chronischen Atemwegserkrankungen, bei den jüngeren Erwachsenen sind es chronische Hauterkrankungen und Beschwerden des Bewegungsapparates, bei älteren überwiegen rheumatische Beschwerden, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und Wechseljahrsbeschwerden.

Seltener sind Akutbehandlungen wie bei einer knapp 30jährigen Frau aus dem Bekanntenkreis, die vier Wochen, nachdem sie bereits eine hochfieberhafte Seitenstrangangina gehabt hatte, wieder genau die gleichen Beschwerden hatte. Vorher war sie bereits erfolglos mit verschiedenen homöopathischen Komplexmitteln und dann mit Megacilin behandelt worden. Der Hausarzt – einer der wenigen, mit denen man gut reden kann – kam und meinte, ein paar Stunden könne man ja versuchen, mit Homöopathie etwas auszurichten, aber bei vierzig Grad Fieber, den massiven Kopfschmerzen und der Schwellung am Hals sei höchste Vorsicht geboten. Die Patientin bekam Silicea C 30 (nach Meinung mancher Kritiker inhaltslose Milchkügelchen, da 30mal im Verhältnis 1:99 verdünnt und verschüttelt). Nur wenige Minuten nach dem Schlucken der in Wasser aufgelösten Kügelchen empfand die Patientin eine starke Erleichterung im Kopf und das Fieber ging in den nächsten Tagen langsam zurück, so daß die Patientin nach drei Tagen beschwerdefrei war. Angenehme Nebenwirkung des Mittels: Die Patientin hatte in den zwei Jahren seit der Behandlung mit dem Mittel, das sie in der Zwischenzeit noch ein paarmal in unterschiedlichen Potenzstufen einnahm, nur noch einmal eine leichtere Sinusitis. Weder eine Blasenentzündung noch eine Eierstockentzündung

Inhaltslose Kügelchen?

Ein Heilpraktiker berichtet über seine Arbeit

sind seitdem aufgetreten, die sich seit der Geburt ihres Kindes vorher in solcher Regelmäßigkeit abgewechselt hatten, daß der Gynäkologe nach einer mehrmonatigen Sulfonamidbehandlung gemeint hatte, sie sei eben eine von den Frauen, die sich daran gewöhnen müßten, vor jedem Geschlechtsverkehr Antibiotika einzunehmen. Das sei nun mal so.

Solche Festschreibungen wie „das ist nun mal so“, „da kann man nichts machen“, oder „damit müssen Sie leben“, sind Sprüche, die mich auf die Palme bringen. Ungefähr die Hälfte meiner Patienten kommt mit derartigen Vorurteilen zu mir. Durchgehend wird in der klassisch homöopathischen Literatur immer wieder darauf hingewiesen, daß die Grenzen der Heilkunst selten in der Homöopathie oder im Patienten zu finden sind, sondern zunächst von den Fähigkeiten des Behandlers abhängen. Das heißt konkret, daß ich mich bei jedem Mißerfolg fragen muß, welchen Fehler ich gemacht habe, nicht, was die Methode nicht zustande gebracht hat. Fehlerquellen sind entweder ungründliche Anamnese, schlechte Kenntnis des Wirkspektrums der einzelnen Arzneimittel oder falsche Bewertung der erhobenen Daten (man nennt das Hierarchisieren).

Ein Beispiel aus der Praxis: Es erscheint eine junge Mutter mit ihrem dreijährigen Kind, das an Neurodermitis leidet. In der Befragung gibt die Mutter an, Schwangerschaft und Geburt seien problemlos verlaufen, sie sei nur etwas angespannt gewesen, als während der Schwangerschaft ihre Schwester schwer erkrankt sei und sie sie häufig im Krankenhaus besuchen mußte. Diese Tatsache hielt ich nicht für so gravierend, daß ich die Neurodermitis damit in Verbindung gebracht hätte. Die Mutter gab an, das Kind gewollt und sich sehr darauf gefreut zu haben. Ich bewertete die allgemeinen Körpersymptome des Kindes höher und gab ein Mittel. Die einzige Reaktion des Kindes darauf war ein kurzfristiges Abblassen des Ausschlages und eine starke Zunahme des Juckreizes. Nach ein paar Tagen war wieder alles beim alten. Nach drei Wochen kamen Mutter und Kind wieder. Ich fragte sie nun, wie das denn mit der Krankheit der Schwester gewesen sei. Da platzte es schon aus ihr heraus: Ihr ganzes

Leben sei verpfuscht, das Kind habe sie nur bekommen, um ihrem früheren Freund eins auszuwischen, niemand habe sich auf das Kind gefreut, sie habe sich furchtbar einsam gefühlt, weil alles sich nur um die Schwester gekümmert hätte. Sie hätte oft das Kind auf den Arm genommen und gewünscht, es sei nicht da. Weil das Kind selber sehr ruhig und lieb ist, sich stundenlang allein beschäftigt, sich gerne von anderen zurückzieht, habe ich als Hauptsymptom „unterdrückten Kummer“ angenommen und dem Kind Natrium muriaticum C 30, zwei Kügelchen, gegeben. Außerdem hatte ich bereits zu Beginn der Behandlung zucker- und weißmehlhaltige, künstlich gefärbte und konservierte Lebensmittel verboten. Gleich nach der Einnahme hat das Kind aufgehört, sich zu kratzen, nach anderthalb Wochen wurde die Haut besser, das Kind war viel anhänglicher als sonst. Die Gabe des Mittels wurde nach sieben Wochen wiederholt, weil die Beschwerden sich wieder leicht zeigten. Nach weiteren vier Wochen war kaum noch etwas zu sehen. Der nächste Termin konnte abgesagt werden, da nichts mehr zu sehen war.

Neben der Homöopathie setze ich vor allem bei Beschwerden, die den Bewegungsapparat betreffen, die Ohrakupunktur ein. Ohrakupunktur ist eine Reflexzonentherapie, die durch Nadelung bestimmter Punkte im Ohr auf die verschiedensten Organe Einfluß nimmt. Sie ist von ihren Ursprüngen her etwas ganz anderes als chinesische Akupunktur, wenngleich die Chinesen sie in den letzten Jahren sehr stark in ihren Behandlungskanon integriert haben. Vorteil der Ohrakupunktur gegenüber bestimmten anderen Behandlungsmethoden wie Neuraltherapie, klassische Akupunktur und Phytotherapie ist, daß sie die homöopathische Behandlung nicht antidotiert. Das heißt, daß ich sie anwenden kann, wenn während der Behandlung einer chronischen Krankheit eine dazukommende Erkrankung auftritt. Ähnlich ist es übrigens mit vielen schulmedizinischen Mitteln. Mir ist es daher während einer homöopathischen Behandlung lieber, der Patient greift zum einen oder anderen schulmedizinischen Mittel, als sich mit Tees oder Kräuterpillen kurieren zu wollen.

Die Zusammenarbeit mit Ärzten ist

überwiegend schlecht. Das liegt zum einen Teil sicher daran, daß die Patienten sich nicht trauen, den Ärzten mitzuteilen, daß sie beim Heilpraktiker in Behandlung sind. Ausnahmen sind einzelne Hausärzte, eine Gynäkologin, mit der die Zusammenarbeit sehr gut ist, obwohl sie nicht naturheilkundlich orientiert ist, und einige Kinderärzte. Die ermutigen Eltern auch schon mal, zum Heilpraktiker zu gehen, wenn die Eltern es ansprechen. Dies trifft zum Beispiel bei der Behandlung von Neurodermitis zu, wohl auch, weil die Kinderärzte aufgeschlossener und mehr am einzelnen Patienten orientiert sind, vielleicht auch wegen ihrer Erfahrungen mit den Hautärzten.

Ich bin sicher, von einer Zusammenarbeit zwischen Arzt und Heilpraktiker können alle Beteiligten profitieren. Zu allererst der Patient. Er käme aus dem

„Ich bin sicher, von einer Zusammenarbeit zwischen Arzt und Heilpraktiker können alle Beteiligten profitieren. Zu allererst der Patient.“

Stress heraus, dem Arzt verheimlichen zu müssen, daß er ja in Wirklichkeit nicht oder nur teilweise von ihm behandelt wird, auch wenn der Arzt ihm ständig Medikamente verordnet, die häufig nicht genommen, meist aber in der Apotheke geholt werden (Kostendämpfung!). Der Arzt hätte eine bessere Kontrolle über den Behandlungsverlauf. Er könnte auch offen mit dem Patienten über Vor- und Nachteile der verschiedenen Behandlungsansätze aus seiner Sicht sprechen; diese Aufgabe überläßt er ungewollt jetzt mir.

Der Patient könnte Geld sparen, indem der Arzt, wenn er das unterstützen kann, Medikamente verschreibt, die der Heilpraktiker vorschlägt. Ich hätte Einblick in die Gedanken, die der Arzt sich zu dem Patienten gemacht hat, und in seine Laborbefunde und Krankengeschichte. Ich wüßte nicht, wem das schaden könnte.

Johannes Sennekool

Johannes Sennekool ist Diplompädagoge und betreibt seit 1986 eine Praxis als Heilpraktiker



Infodienst der Gesundheitsläden

Der Infodienst...

- ◆ stellt wichtige gesundheitspolitische Schwerpunktthemen zur Diskussion
- ◆ dient der inhaltlichen Vorbereitung der Gesundheitsladentreffen
- ◆ ist in den Gesundheitsläden für 3.- DM erhältlich
- ◆ ist zu bestellen wie folgt: überweise den entsprechenden Betrag auf das Sonderkonto Infodienst: PGA Hamburg (BLZ 200 100 20) Kto-Nr. 1037 - 202 und vermerke auf dem linken Zahlkartenabschnitt deutlich deinen Wunsch und deine Anschrift.
- ◆ kostet incl. Porto einzeln: 4.- DM
- ◆ kostet incl. Porto im Abo: Nr. 25 - 29 (1987/88) 20.- DM



Nr. 30

Positionen und Widersprüche zu Gen- und Reproduktions-Technologie

Nr. 28
AIDS und Politik

Nr. 29
Gen-Technologie und Politik

Nr. 30
Macht - Ohnmacht - Gegenmacht

Sonderheft: Gesundheitsakademie

Erste ausführliche Darstellung dieses Projektes der Gesundheitsläden und -Initiativen mit Rückmeldebogen zur Mitarbeit.

Anfragen richtet bitte an:

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



Auf ein Neues

Boykott gegen Nestlé

yn- Wenn es ums Geld geht, ist es mit hehren Selbstverpflichtungen von Unternehmen schnell vorbei. Deshalb muß es an das Geld gehen, soll Nestlé seine Vermarktungspolitik von Babynahrung ändern. Die Kritiker rufen zum Boykott auf

„Die Gesundheit des Babys ist in Reichweite“, und wie zur Bestätigung greift ein gesunder, glücklicher Säugling in den Himmel. Doch nicht von dort kommt der Segen, sondern von Nestogen, einem Produkt der Firma Nestlé, - das „gesundheitsfördernd für das Baby“ sein soll. Jedenfalls wird dies in einer Werbebroschüre des Konzerns für die Philippinen behauptet. Wegen solcher Werbepraktiken war Nestlé sieben Jahre boykottiert worden. Der Boykott endete am 4. Oktober 1984, als sich Nestlé verpflichtete, den WHO-Kodex zur Vermarktung von Babynahrung einzuhalten.

Mit der Selbstverpflichtung des Unternehmens ist es wohl nicht weit her, denn obige Werbung war dem Internationalen Babyfood Action Network (IBFAN) 1987 und 1988 aufgefallen. Und auch andere Firmen, so der deutsche Babynahrungshersteller Milupa, nehmen es mit dem WHO-Kodex nicht so genau. Es sei „permanent zu schwerwiegenden Verstößen gegen die Vereinbarung gekommen“, stellte Jakob Scharf, Geschäftsführer der Aktionsgruppe Babynahrung, auf einer Pressekonferenz am 4. Oktober in Bonn fest.

Der Kodex der WHO, der am 21. Mai 1981 verabschiedet wurde, verfolgt vor allem das Ziel, das Stillen zu fördern, da dies „eine unübertroffene Methode der Versorgung mit idealer Nahrung für gesundes Wachstum und

gesunde Entwicklung des Säuglings ist“. Daß die aggressive Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten dieser Zielsetzung entgegenläuft, hat weitreichende Folgen, vor allem in der Dritten Welt. „Wenn die Flaschenfütterung einmal begonnen wurde, versiegt die Muttermilch. Wenn dann die kostenlose Probe aufgebraucht ist, sind die Mutter und ihr Kind von der industriellen Säuglingsnahrung abhängig“, so das IBFAN. Mangelnde hygienische Verhältnisse führen bei der Verwendung künstlicher Babynahrung häufig zu Infektionen. Die hohen Kosten bewirken, daß die Fertignahrung gestreckt wird, Fehl- und Unterernährung sind die Folge.

Die Einschränkungen in der Vermarktung von Babynahrung, wie sie der Kodex vorsieht, sind zwar gut und richtig, doch offenbar nicht das Papier wert, auf dem sie veröffentlicht sind, wenn es um die Gesundheit der Firmenbilanzen geht. So werden nach wie vor die Gesundheitseinrichtungen in der Dritten Welt in die Werbe- und Vermarktungsstrategien der Produzenten eingespannt. Laut IBFAN erhielten zum Beispiel in Pakistan 20 der 23 untersuchten Krankenhäuser kostenlose Säuglingsnahrung, 65 Prozent der Kliniken wurden von Nestlé beliefert. Von der Firma „American Home Products“ (AHP) wurden alle 13 in Thailand untersuchten Krankenhäuser kostenlos beliefert. 92 Prozent von ihnen wurden von Nestlé mit Schenkungen bedacht. Insgesamt bekamen nach Berechnungen des IBFAN diese 13 Kliniken so viele Muttermilchersatzprodukte, daß damit 110 Prozent der Säuglinge für die Dauer des Krankenhausaufenthalts voll versorgt werden könnten.

Verwendet werden dürfen solche Warengeschenke laut WHO-Kodex nur für Babies, bei denen eine Flaschenernährung notwendig ist. Und das sind so wenige, daß die WHO 1986 in der Resolution 39.28 forderte, die benötigten Muttermilchersatzprodukte auf dem normalen Versorgungsweg zu beschaffen.

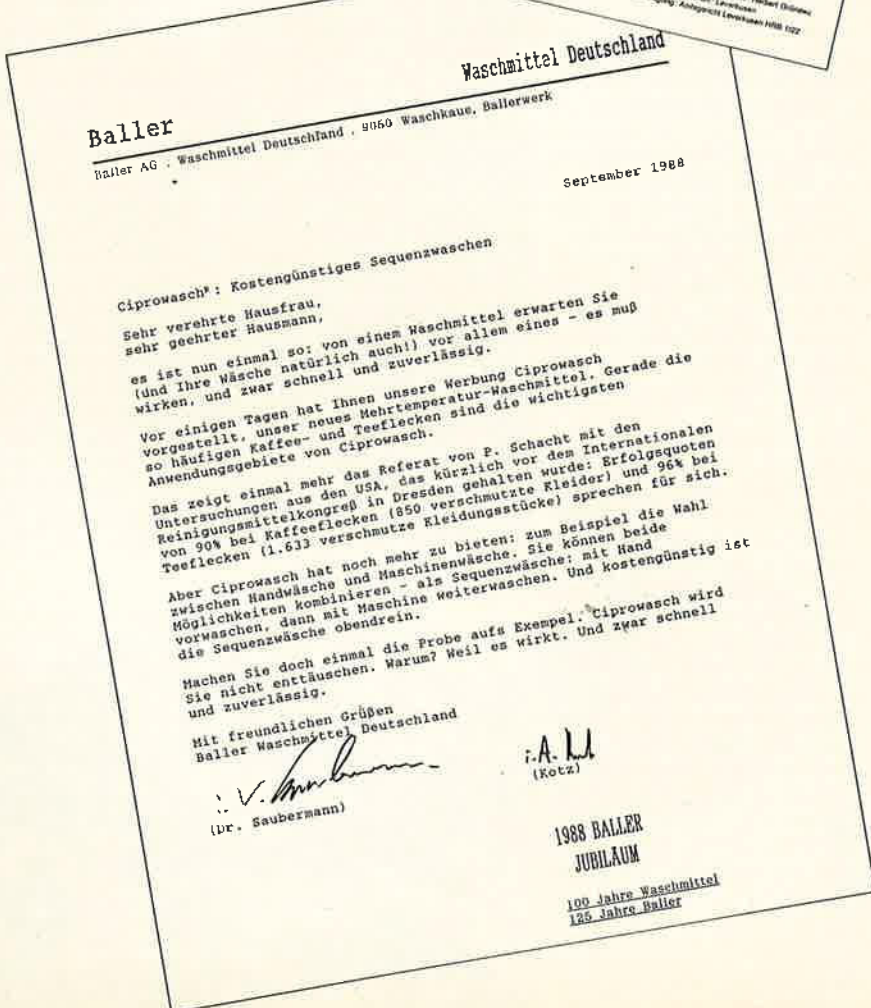
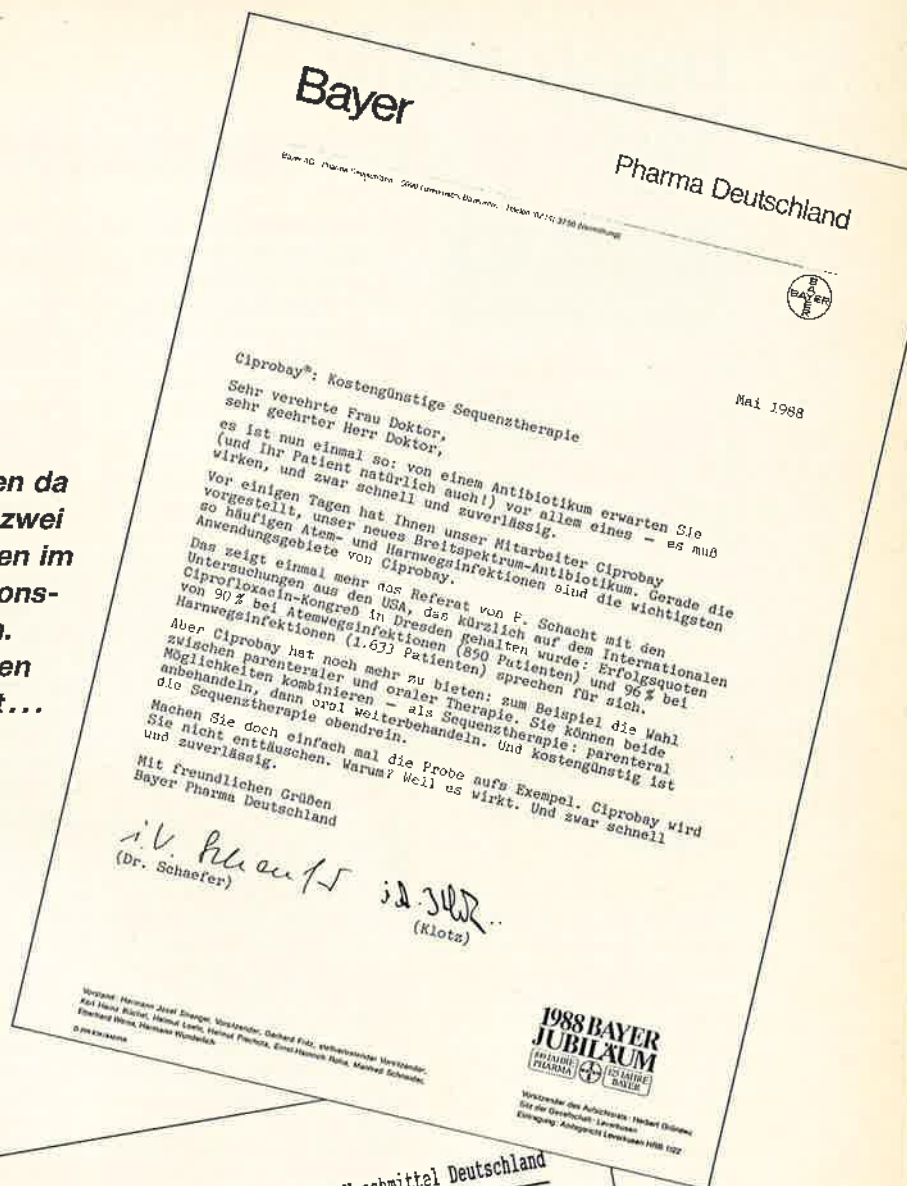
Offensichtlich scheinen die einzelnen Länder, denen es obliegt, die Einhaltung des Kodex zu überwachen, machtlos gegenüber den Konzernen. Zum Beispiel Kenia, wo nach Informationen der IBFAN von Nestlé Proben an Privatkrankenhäuser verteilt wurden, obwohl dies in einem Erlaß der Regierung verboten worden war.

Die ungehemmte Vergabe von Geschenken ist aber nicht der einzige Verstoß gegen die Richtlinien der WHO, den sich die Babynahrungshersteller zu Schulden kommen lassen. Verboten ist zum Beispiel werbende unwissenschaftliche Literatur. Außerdem muß Informationsmaterial den Hinweis auf die Vorteile und Überlegenheit des Stillens aufweisen. Die Firma Abbott ist da offensichtlich anderer Meinung. In einer Broschüre für ihr Produkt „Similac“, die an Ärzte in Taiwan gerichtet ist, heißt es: „Similac ist die beste Wahl der Säuglingsernährung“.

„Es ist die einzige Möglichkeit, die Hersteller zur Einhaltung der Richtlinien zu zwingen“, begründet die Aktionsgruppe Babynahrung ihren Schritt, ab 4. Oktober diesen Jahres erneut die Firma Nestlé zu boykottieren. Nur wirtschaftlicher Druck habe 1984 zum Abschluß der Vereinbarung zwischen Nestlé und dem Boykottkomitee geführt. 70 Millionen Dollar soll der Konzern nach seinen eigenen Berechnungen durch den ersten Boykott verloren haben. Zeitgleich beginnt in den USA der Boykott gegen Nestlé und AHP, Unterstützung findet sich für diese Maßnahmen bereits in 18 anderen Ländern.

Etwas schwer tun sich die Vertreter der Aktionsgruppe Babynahrung auf der Pressekonferenz mit der Frage, warum nur Nestlé boykottiert werde. Nestlé sei mit 50 Prozent Weltmarktanteil der größte Hersteller von Babynahrung, so die Antwort, und es sei ohnehin schwer, einen Boykott aufzuziehen. Da sei es gut, wenn man an vergangene Erfahrungen, die noch im öffentlichen Bewußtsein seien, anknüpfen könne. Und schließlich das pragmatische Argument, Milupa stelle nur Babynahrung her, während Nestlé wegen der vielen Produkte des Konzerns auch von Menschen boykottiert werden könne, die kein Baby hätten, zum Beispiel durch den Verzicht auf Produkte von Maggi, Thomy, Bärenmark oder Sarrötti-Schokolade.

**Flatterten da
neulich zwei
Schreiben im
Redaktions-
büro ein.
Wir waren
verblüfft...**





Zeitschrift für Sexualforschung, 1, 1. Jahrgang, Stuttgart 1988. Ferdinand Enke Verlag, 93 Seiten, Einzelheft 25 Mark

Zeitschrift für Sexualforschung heißt trocken das neue Produkt aus dem Enke Verlag, als dessen Herausgeber die Päpste der Sexualwissenschaft, Martin Dannecker, Friedemann Pfäflin, Gunter Schmidt, Eberhard Schorsch und Volkmar Sigusch, zeichnen.

Letzterer hat die erste Nummer mit dem programmatischen Artikel „Was heißt kritische Sexualwissenschaft?“ eingeleitet.

Kritische Sexualwissenschaft denke vom Widerspruch her, versuche den Prozeß der Aufklärung dialektisch zu begreifen, gehe beidem, dem Licht und dem Schatten, auch in sich selber, nach, so urteilt Sigusch seinen wissenschaftlichen Ansatz und wohl auch den der Zeitschrift.

Wie schade nur, daß es trotz Kenntnis der theoretischen Grundlagen, auf die sich Sigusch beruft (Horkheimer, Adorno, Elias zum Beispiel), fast nicht gelingt zu verstehen, was der Autor meint. Einmal abgesehen vom „dionysischen“ Gebrauch von Fremdworten, die einen Duden beim Lesen unabdingbar machen, läßt die Kompliziertheit seiner Sätze vermuten, daß er selbst manchmal nicht weiß, in welchem Verhältnis die Satzteile zueinander stehen. Wie etwa soll man verstehen, wenn Sigusch schreibt: „Ihr (der kritischen Sexualwis-

senschaft, ud) ist es nicht nebensächlich, das Wort Sexualität weder in der Bibel noch bei Homer noch bei Shakespeare zu finden, sondern die Sache selber: Vergesellschaftung von Geschlecht und Liebe, von Minne, Venus, Wollust usw. usf.“ Ist ihr die „Sache selber“ nun nebensächlich oder hauptsächlich oder ist die Tatsache, daß der Begriff Sexualität sich nicht

in der Bibel findet, die „Sache selber“, also der zentrale Gegenstand. So wird es Sigusch wohl gemeint haben, wie Kollege Dannecker in einem anderen Zusammenhang formuliert.

Siguschs letztendliche Unterscheidung der kritischen von der unkritischen Sexualwissenschaft ist unbescheiden und bescheiden zugleich: Kritische

Gerd Glaeske, Dian Schefold (Hrsg.), Positivliste für Arzneimittel, Baden-Baden 1988. Nomos Verlagsgesellschaft, 48 Mark

Positivlisten – eine alte Forderung noch aus den 70er Jahren. Solange dies als linke Außen-seiterposition abgetan werden konnte, entfiel die Notwendigkeit ihrer weiteren Konkretisierung. Mit dem nun in letzter Zeit gewachsenen Interesse an Positivlisten – sie gehören inzwischen in den gesundheitspolitischen Forderungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen und des Deutschen Gewerkschaftsbunds – hat sich das geändert.

Das in diesem Jahr erschienene Buch „Positivliste für Arzneimittel“ ist wohl die umfassendste und gründlichste Auseinandersetzung mit diesem Thema. Ausgehend von einer Beschreibung unserer Marktstrukturen, den Mängeln in der ärztlichen Verordnungstätigkeit und der Arzneimittelgesetzgebung werden bekannte und neue Argumente des Für und Wider unter Berücksichtigung pharmakologischer, juristischer und ökonomischer Aspekte zusammengetragen und gründlich auf ihre Tragfähigkeit untersucht.

Ergebnis der Analyse ist ein überzeugendes Plädoyer zugunsten der Positivliste. Die Autoren stellen beispielhaft an einigen Indikationsgebieten die mögliche Struktur einer Positivliste vor und lassen einen niedergelassenen Arzt zu Wort kommen als Stellvertreter der Berufsgruppe, die von der Einführung einer Positivliste am stärksten betroffen wäre. Er zitiert die insbesondere von ärztlicher Seite geltend gemachten Bedenken gegen eine solche Liste, hier vor allem die befürchtete Einschränkung ärztlicher Therapiefreiheit und stellt noch einmal klar, daß die Befürworter einer Positivliste – so auch die Herausgeber des Buches – diese als Beratungsangebot und Entscheidungshilfe, nicht aber als restriktiven Leit-faden verstanden wissen wollen.

Da es den Herausgebern zunächst darauf ankommt, die mit der Einführung der Positivliste verbundene Verbesserung der Verordnungsqualität darzustellen, wird der mit der Liste insbesondere von den Kassen erhoffte Einspareffekt eher beiläufig abgehandelt und (zu) bescheiden bewertet. Gerade diejenigen, die der Positivliste negative oder zwiespältige Gefühle entgegenbringen, sollten das Buch gründlich studieren – sie könnten zu „Positivisten“ werden. I. Simon

Sexualwissenschaft habe unkritischer nur einen Vorzug voraus: „sich nicht willentlich mit dem System gemein gemacht zu haben, sondern mit dem Aufstand der Geschlechts- und Sexualperversen solidarisch.“ Bescheiden ist dies aus zwei Gründen: Es bedenkt selbstkritisch mit, wie leicht es ist, sich mit „dem System“ gemein zu machen, und vergißt dabei, daß man mit dieser Aussage selbst zum Teil des Systems wird. Der sogenannte Geschlechts- und Sexualperverse ist doch in der Regel der Geschlechts- und Sexualperverse, der nicht nur für sich allein von geschriebenen und ungeschriebenen Normen der Sexualität abweicht, sondern sich dafür „Opfer“ sucht. Zur Logik des Systems gehört es, daß die Opfer des Schwachen noch Schwächere, Frauen und Kinder, sind. Die Verteidigung der „Perversion“ vergißt, daß diese zu den Mitteln der Unterdrückung der Frauen gehört.

Unter den Bedingungen des Marktes wird die Solidarität mit den „Geschlechts- und Sexualperversen“ leicht selbst vermarktbare Produktbezeichnung, ihr kritisches Gänsefußchen verschwindet dann, wie in „stern“ und „Sexualität konkret“ oft gesehen, unter der verkaufsträchtigen, die Realität der Entwürdigung von Frauen platt abbildenden Aufmachung. Die edle Haltung der Solidarität mit den Unterdrückten läuft komischerweise Gefahr, nur bestimmten Unterdrückten zu gelten. Die Sexualwissenschaft, die die Widersprüche der Sexualität von Männern und Frauen untersucht, steht wohl noch aus.

Der Männerblick findet sich im Aufsatz von Ulrich Clement und Kurt Starke wieder, die das „Sexualverhalten und Einstellungen zur Sexualität bei Studenten in der BRD und in der DDR“ untersucht haben wollen. Da wird festgestellt, daß die Anzahl anorgastischer Frauen unter den BRD-Studentinnen mit 19 Prozent dreimal so hoch sei wie unter den DDR-Studentinnen mit 6 Prozent. Und viel mehr DDR-Studentinnen seien immer oder fast immer orgasmusfähig. Gefragt worden war aber nur danach, wie oft die



Frauen beim Koitus einen Orgasmus hatten, was man nur noch als ignorant bezeichnen kann. Am Rande sei die Frage gestattet, was die Erbsenzählerei eigentlich soll.

Gleiche Männerzentriertheit, die sich sicher „Objektivität“ nennen wird, im Aufsatz von Rüdiger Lautmann mit dem irreführenden Titel „Die neue Gefährlichkeit der Pornographie“. Lautmann untersucht schön und genau die Versuche, die Gefahren der Pornographie zu belegen, und er entlarvt die Mehrzahl der Untersuchungen als solche, die Zirkelargumenten aufsitzen, die das zu Beweisende als bewiesen voraussetzen. Doch dann zeigt er sich als naiver Sexualpädagoge: Immerhin sei Pornographie auch eine Quelle zum Lernen, ein „Korrektiv für Erwachsene, die in restriktiver Umgebung aufgewachsen“ seien. Übrigens hatte Lautmann noch ein paar Seiten vorher den lerntheoretischen Ansatz von Pornographie-Kritikern (Lernen durch Imitation) als „einfach anmutend“ bezeichnet. Ganz aus dem Blick gerate auch die „sozialkommunikative Seite“ des Pornokonsums, daß mehrere Menschen

„das Material gemeinsam betrachten und darüber reden“ könnten. Ach Rüdiger.

Zwar kann auch Lautmann die „diffuse Besorgnis nachfühlen“, doch zum guten Schluß sei es doch so, daß die „Schadensvermutung das zunächst bloß Schamlose zum erogenen Material aufsteigen“ lasse. Und damit wären dann die Schuldigen gefunden.

Mag sein, daß Lautmann gar nicht einmal so unrecht hat, daß das Verdamnte und Verbote erst so richtig geil macht, doch kann sich diesen Blickwinkel nur einer leisten, der sich für gänzlich nicht betroffen hält. Das stimmt bloß nicht. Denn einer, der sich die Dialektik auf die Fahnen geschrieben hat, müßte doch zumindest auf die Idee kommen, daß Menschenbilder sowohl Symptom für die Verhältnisse der Geschlechter als auch ein wirkendes Moment in den Verhältnissen sein können. Die teilweisen wilden Experimente der psychologischen Wirkungsforschung darauf herunterzuholen, hätte gereicht, wenn man nur Kritik, nicht aber Gegenbeweise anzubieten hat.

ud

Augenzeuge Nam, 23. Ausgabe, Tagebuch eines Arztes. Erfahrungen eines Kriegsjahres von Dr. John Parrish, London, 1988. Verlag Publicator, 64 Seiten, 10 Mark

Ein solcher Bericht über den Vietnamkrieg ist mir bisher noch nicht unter die Augen gekommen.

Anzeige

men. Beim Lesen wechselten Übelkeit und Zorn. Denn erwartet hatte ich, wie es der Titel „Augenzeuge“ suggeriert, einen sachlichen Bericht zum Vietnamkrieg und seine Verursacher. Dies aber fehlte ganz und gar.

Es berichtet ein Arzt, tätig im Kriegslazarett, über kaum vorstellbare Kriegsverletzungen der Soldaten. Vor dem Hintergrund meiner Erfahrungen auf der Intensivstation vermochte

Bildunterschrift:
„Bomben und Kugeln machten keine Unterschiede und die Sanitäter auch nicht. Freund oder Feind, Zivilist oder Soldat, der ärztliche Verhaltenskodex galt für alle.“

Aus dem Text:
„Laßt die Finger von verdammt Zivilisten; rings um euch liegen Marines im Sterben. Den nächsten, der einen verwundeten Zivilisten anrührt, bringe ich vors Kriegsgericht!“



ich seine übermenschliche Leistung bewundern. Zumal er, wie er schreibt, auch Vietnamesen behandelte, unter anderem ein Kind. „Wie toll, wie menschlich“, war mein erster Gedanke. Doch dann fiel mir ein, daß ich während des Vietnamkriegs vom Schicksal einer vietnamesischen Mutter gelesen hatte, deren schwangerer Leib von amerikanischen Bajonetten aufgeschlitzt wurde und deren Kind zum Fußball amerikanischer Füße wurde.

In dem Heft wird nicht die Ungeheuerlichkeit des Krieges entlarvt, es ist so geschrieben, daß man versucht ist, sogar Mitleid mit den verstümmelten Soldaten zu empfinden. Die Vietnamesen werden von den handelnden Personen der Darstellung beschimpft, sie wurden im Krieg beraubt und vergewaltigt. In jeder Hinsicht. Doch folgt man einigen Aussagen der „Dokumentation“, könnte man

meinen, der Krieg habe im Interesse der Vietnamesen stattgefunden. Das Machwerk strotzt nur so von Zynismus und Arroganz, wenn es zum Beispiel lapidar heißt, daß ein Dorf „irrtümlich“ mit Napalm bombardiert wurde.

Ich bin entsetzt, daß 20 Jahre nach dem Krieg immer noch falsche Emotionen in Bewegung gesetzt werden. Ob der Arzt nach seinen Erfahrungen in Vietnam Konsequenzen gezogen hat, davon steht nichts in „Nam“. Er resümiert: „Grausig, entstellt, verstümmelt, zerstört. Junge Menschen! Was für eine Verschwendung, sagte ich immer und wieder.“ Wen er da bedauert, das läßt der Text offen, ob es die „amerikanischen Jungs“ sind oder die Vietnamesen oder beide. Als ob man da etwas offen lassen kann, war mein letzter wütender Gedanke, als ich das Heft zuklappte.

bk

Handbuch Arbeitsmedizin

In der betrieblichen Praxis reicht es nicht aus, den medizinischen Arbeitsschutz den »Experten«, also den Betriebsärzten, allein zu überlassen. Dennoch sind viele Betriebs- und Personalräte den Anforderungen, die der medizinische Arbeitsschutz an sie stellt, nicht gewachsen: »Von der Medizin verstehen wir nichts!«

Das Handbuch Arbeitsmedizin gibt den betroffenen Arbeitnehmern und den Betriebs- und Personalräten anhand praktischer Beispiele eine unverzichtbare Hilfestellung für den alltäglichen Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Die Autorinnen und Autoren sind Betriebs- und Gewerbeärzte, Wissenschaftler und Gewerk-

schafter, die über langjährige betriebliche Erfahrung verfügen.

- Politische und rechtliche Rahmenbedingungen
- Krankheitsursachen
- Arbeits- und berufsbedingte Krankheiten
- Arbeitnehmerbefragungen

240 Seiten; DM 34,80
ISBN 3-87975-441-1

Gina Elsner (Hrsg.)

Gina Elsner (Hrsg.)

Handbuch Arbeitsmedizin



Ein Leitfaden für Betriebsräte, Personalräte und Gewerkschafter

VSA

VSA-Verlag, Hamburg Postfach 50 15 71, 2000 Hamburg 50

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1, Tel. 0228/693388 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

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

Redaktion:

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

Ausbildung: Uschi Thaden (uth), Demokratisierung: Edi Erkan (ee), Frauen: Karin Kieseyer (kk), Monika Gretenkort (mg), Ethik: Helmuth Copak (hc), Frieden: Walter Popp (wp), Gewerkschaften: Norbert Andersch (na), Historisches: Helmut Koch (hk), Peter Liebermann (pl), Internationales: Peter Schröder (ps), Stefan Schözel (st), Krankenpflege: Bettina Kolmar (bk), Gesundheitspolitik: Matthias Albrecht (ma), Klaus Priester (kp), Niedergelassene: Gunar Stempel (gst), Pharma: Uli Raupp (urp), Prävention/Selbsthilfe: Uli Menges (um), Psychiatrie: Joachim Gill-Rode (jg), 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. 02 21/38 00 20, Konten: Postgiroamt Köln 6514-503, Stadtsparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Dezemberheft: 4. November 1988

Graphik: Renate Alf, Christian Paulsen

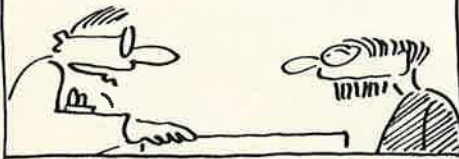
Titelblatt: yn, Linie 4

Layout: Ursula Daalman, Joachim Neuschäfer

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

ISSN: 0932-5425

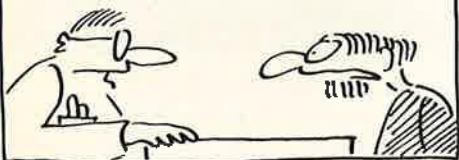
Nun, Herr Nehrkorn, was haben Sie für Beschwerden?



Tja, Herr Doktor, beschweren könnt' ich mich beispielsweise...



... über Ihre alberne Sprechstundenhilfe, ...



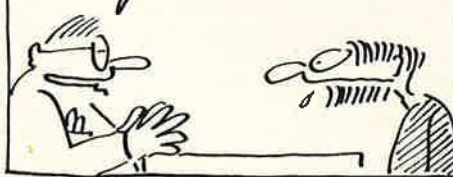
... über den niveaulosen Lesestoff im Wartezimmer...



... sowie die haarsträubende Ignoranz Ihrer Diagnosen!!



In solchen Fällen verschreiben wir gemeinhin mit schönem Erfolg...



... Placebin forte, 3x täglich auf nüchternen Magen. Rein allopathisch, versteht sich.



Da bin ich ja erleichtert.



wir über uns

Was lange währt, wird endlich...?

Was lange Zeit als linke Spinnerei abgetan wurde, findet mittlerweile auch dort Zuspruch, wo man es nie vermutet hätte. Zum Beispiel die Positivliste in der Enquete-Kommission des Bundestags zur Gesundheitsreform. Dort haben sich die Sachverständigen prinzipiell für eine Positivliste ausgesprochen. Die ins Feld geführte Einschränkung der Therapiefreiheit hält der CDU-Abgeordnete Norbert Gänzel für kein stichhaltiges Argument gegen eine solche Liste. Aus seiner Erfahrung im Krankenhaus könne er sagen, daß sie dort mit einer Liste von 150 Medikamenten hervorragend arbeiten würden. Streitpunkt in der Kommission ist weniger die Positivliste selbst, sondern für wen sie Gültigkeit haben soll. Ob sie zentral für alle durch ein Arzneimittelinstitut festgelegt wird, wie dies die Sachverständigen Eugen Glombig, Ellis Huber, Hartmut Reiners und Rolf Rosenbrock vorschlagen, oder bloß als Vorschlag zu begreifen ist, der durch Wahltarife die Versorgung mit weiteren Medikamenten zuläßt.

In dg 9/88 haben wir einen Vorschlag zu einer Positivliste von Gerd Glaeske veröffentlicht. Sicher nicht *die* endgültige, aber eine Vorlage, mit der Sie Erfahrungen sammeln können. Und solche Erfahrungen werden gebraucht, um die Liste zu verbessern. Wir bitten Sie deshalb dringend, uns Ihre Meinung und Ihre Kritik mitzuteilen, und danken denjenigen, die dies schon getan haben.

Übrigens: Wem der Dokumententeil von dg zu unhandlich ist, im Kalender „Gesundheit – Tag für Tag“, den dg herausgibt, finden sie die Positivliste wieder, aber im Taschenformat.



Ihre dg-Redaktion

Größenwahn hat die dg-Redaktion nicht gepackt. Auch wenn die Werbung von Leserinnen und Lesern für dg auf Kongressen und Veranstaltungen einen spürbaren Zuwachs an neuen Abonnements gebracht hat, sind wir weiter für Sie in unserem Büro in der Kölnstraße 198 in Bonn erreichbar. Aber: Es darf weiter geworben werden.

Anzeige:

30 x



für 25 DM

Eine neue Welle der bundeszentralen AIDS-Aufklärung schwappt wieder über das Land. Da suchen

**die/der LehrerIn
die/der BildungsarbeiterIn
die/der VolkshochschuldozentIn
Studienseminare an Uni und FH
die politische Partei
Gewerkschaft oder Jugendgruppe**

nach einem geeigneten
ARBEITSMATERIAL.
Seit zwei Jahren bewährt, noch lieferbar:

ZU WORT kamen in OPERATION AIDS auf 100 Seiten

Volkmar SIGUSCH, Hermann L. GREMLIZA, Gunter SCHMIDT, Martin DANNECKER, Rosa VON PRAUNHEIM, Günter AMENDT, Helles ROTH, Irene STRATEN-WERTH, Bobby HATCH, Ulrich CLEMENT, Norbert SCHMACKE, Sophinette BECKER, Eberhard HÜBNER, Annegret KLEVENOW, Christel DORMAGEN, Paul PARIN, Adolf-Ernst MEYER, Michael Lukas MOELLER, Horst BREDEKAMP, Eberhard SCHORSCH, Frank RÜHMANN, Heide SOLTAU, Ingrid KLEIN, Edith KOHN, Gabriele KREIS, Nathan FAIN, Peter ROGGE

Wir liefern jetzt aus:
Einen Gruppen/Klassensatz (= 30 Stück)
gegen 25 DM Vorkasse (inkl. Versand, am besten Scheck) bei

KONKRET-Leserservice
Osterstraße 124, 2000 Hamburg 20

PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000 KOELN
G 2961 E 394711 356

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

Viktor Tokarewa, Michail Scholochow, Viktor Astafjew und Daniil Granin!

Ihre Literatur ist wesentlicher Teil der literarischen Auseinandersetzung in der Sowjetunion, Teil von Glasnost und Perestroika.

Viktor Tokarewa
ZICKZACK DER LIEBE
Erzählungen
316 Seiten, Leinen mit Schutzumschlag, DM 29,80

Artjom Wesjoly
RUSSLAND IN BLUT GEWASCHEN

Roman
596 Seiten, Leinen mit Schutzumschlag, DM 34,-

Michail Scholochow
NEULAND UNTERM PFLUG
Roman
Erstes Buch, 448 Seiten, Leinen mit Schutzumschlag, DM 32,-

Zweites Buch, 506 Seiten, Leinen mit Schutzumschlag, DM 34,-

Viktor Astafjew
DER TRAUERIGE DETEKTIV
Roman
206 Seiten, Leinen mit Schutzumschlag, DM 28,-

Daniil Granin
DAS GEMÄLDE
Roman
467 Seiten, Leinen mit Schutzumschlag, DM 29,80

Daniil Granin
DER GENETIKER
Das Leben des Nikolai Timofejew-Ressowski, genannt Ur
Roman
380 Seiten, Leinen mit Schutzumschlag, DM 36,-

Wenn Sie wissen wollen, welche Bücher sonst noch zu den verschiedensten Auseinandersetzungen beitragen, schauen Sie in unser Gesamtverzeichnis.
Wenn Ihre Buchhandlung das Verzeichnis nicht vorrätig hat, bestellen Sie es direkt bei uns.

Pahl-Rugenstein Verlag GmbH
Gottesweg 54, Postfach 5108 68
5000 Köln 51

Ich möchte _____ Exemplare
Ihres Gesamtverzeichnisses.

Name _____

Anschrift _____

Unsere Bücher sind Lebens-Mittel
PAHL-RUGENSTEIN

