

dg

**DEMOKRATISCHES
GESUNDHEITSWESEN**
ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE



**Arbeitgeber Kirche
Laienwerbung
für Arzneimittel
Windscale
Umweltskandal in England**

der kommentar

dg-Redakteur
Detlev
Uhlenbrock
(34) arbeitet als
Radiologie-
Assistent
in Dortmund.



Volkshygiene

„Die schwierigste und vielleicht dramatischste Tarifrunde der Nachkriegszeit hat begonnen“, lautet der einleitende Satz eines Kommentars in der FAZ vom 14. 12. 83. Es geht um die Verkürzung der Wochenarbeitszeit, die IG Metall und andere Einzelgewerkschaften wollen 1984 die 35-Stunden-Woche erkämpfen — die Arbeitgeber wollen dies mit allen Mitteln verhindern. Zweifellos eine richtige Einschätzung der klugen Tageszeitung.

Die IG Metall hat als wichtigstes Argument die zweieinhalb Millionen Arbeitslosen für sich, denn wenn die jetzt vorhandenen Arbeitsplätze über zwei Millionen Menschen draußen lassen, muß man doch über eine Verkürzung der Arbeitszeit Platz schaffen, damit alle unterkommen können. Oder etwa nicht? Das erscheint logisch.

Just in dieser Situation meldet sich der Hartmannbund Nordrhein-Westfalen zu Wort: Eine Verkürzung der Wochenarbeitszeit auf 35 Stunden kann gesundheitliche Gefahren zur Folge haben, denn den Arbeitnehmern droht verstärkter Streß und Leistungsdruck, weil die bisherige Leistungsanforderung dann in

einer verminderten Arbeitszeit erbracht werden müsse.

Haben die Verantwortlichen beim Hartmannbund sich nicht sachkundig gemacht, überlesen, was die IG Metall eigentlich bezieht? Sie benutzen die Argumente der Arbeitgeber und geben ihnen eine Prise Volkshygiene, Gesundheitspolitik hinzu. Die Arbeitnehmer sollen also die Finger von der 35-Stunden-Woche lassen — es sei nur zu ihrem eigenen Schaden. Daß die Arbeitgeber durch die Verkürzung der Wochenarbeitszeit zur Einstellung neuer Arbeitskräfte gebracht werden sollen, fällt unter den Tisch. Dabei sind die Bedenken schlau formuliert, denn sie lassen nicht mal einen Zipfel von den Vorstellungen der IG Metall zum Vorschein kommen.

35-Stunden-Woche macht krank — und der Streß der 40-Stunden-Woche? Gibt es den etwa gegenwärtig nicht? Scheiden nicht mehr als 50% der Arbeiter vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus, krank, kaputt, verschlissen durch immer mehr Leistungsdruck und Arbeitsetze?

Ganz zu schweigen von den Arbeitslosen — denn Arbeitslosigkeit macht krank, was längst (auch wissenschaftlich) erwiesen ist. Wollen wir — liebe Kollegen vom Hartmannbund — die nicht auch gesund halten, indem wir Ihnen Arbeit verschaffen?

Es ist das alte Problem — die sozialen Nöte und gesundheitlichen Folgen unseres Wirtschafts- und Gesellschaftssystems werden nicht wahrgenommen, weil man sich selbst in diesem System so wohl fühlt. Aber was dem einen sein hohes Einkommen, ist dem anderen seine Sozialhilfe — diese Unterschiede sind nie verschwunden und kommen jetzt mehr als zuvor ans Tageslicht. Die Arbeitslosen, die Sozialhilfeempfänger — sie alle haben — auch aus gesundheitlichen Gründen — ein Recht auf Arbeit, und die IG Metall sowie die anderen Einzelgewerkschaften tun gut daran, den Finger in diese offene Wunde unseres Gesellschaftssystems zu legen.

Dem Hartmannbund ist zu wünschen, daß dies nicht seine letzte Stellungnahme zur 35-Stunden-Woche gewesen ist, daß er sich dem Problem krankmachender Arbeitsplatzbedingungen in seinem ganzen Umfang widmet und nicht mit sozialhygienischen Argumenten den Gewerkschaften in den Rücken fällt, auch wenn in seinen Reihen viele kleine Arbeitgeber organisiert sind.

DEMOKRATISCHES
GESUNDHEITSWESENZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE

1/84

Inhalt

dg-Report

Unbarmherzige Schwestern	9
Ärger mit dem Arbeitgeber Kirche	
„Ein Arbeitgeber wie jeder andere“	12
Interview mit Pater Anatol Feld	
MAV und MAVO	
Arbeitnehmerrechte in kirchlichen	
Einrichtungen	14

Aktuelle Gesundheitspolitik

Medica in Düsseldorf	19
Rp.: 35 Stunden!	
Arbeitszeitverkürzung als Gesundheitspolitik	24
„Verstärkt Menschen helfen“	
Kommentar von J. P. Stössel	24

Frieden

Noch keine Entscheidung	
Friedensbewegung nach dem	
Pershing-Beschluß	26

Pharma

Es wird gelogen, daß sich die Balken biegen	
Laienwerbung für Arzneimittel	16

Umwelt

„Ein ausgewähltes Gebiet“	
Windscale-Skandal in England	20
„Ich würde dort nicht wohnen wollen“	
Interview mit Strahlenbiologen	22

Ausbildung

Nicht besser, nur billiger	
Fünfte AO-Novelle	18

Internationales

Die Revolution findet (auch)	
im Krankenzimmer statt	
Ein Bericht aus Vietnam	28

Kultur

„Drachenblut“	
Eine Novelle von Christoph Hein	30

In memoriam

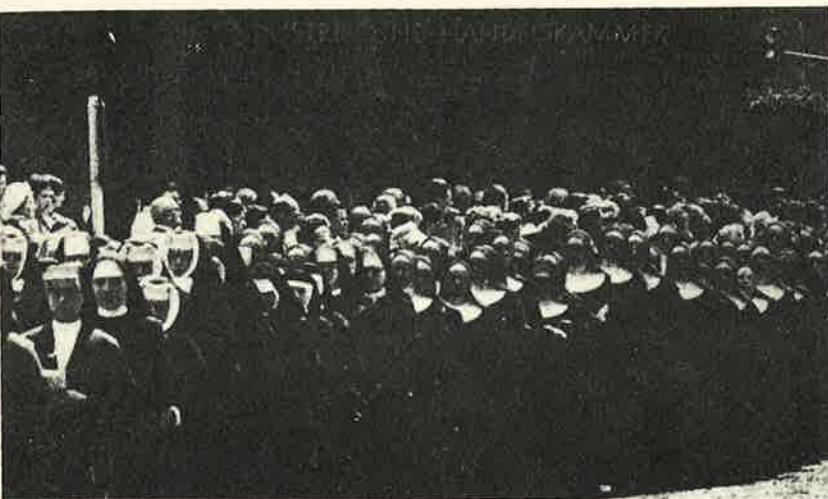
Nicht nur Gesundschreiber	
Vertrauensärzte im Dienste der Patienten	28

Dokumente

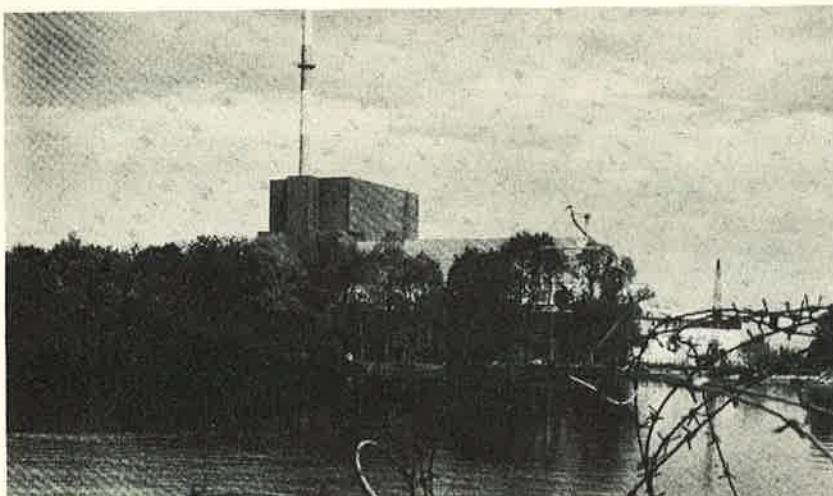
Entwurf einer Fünften Verordnung	
zur Änderung der Approbationsordnung	
für Ärzte	IV

Rubriken

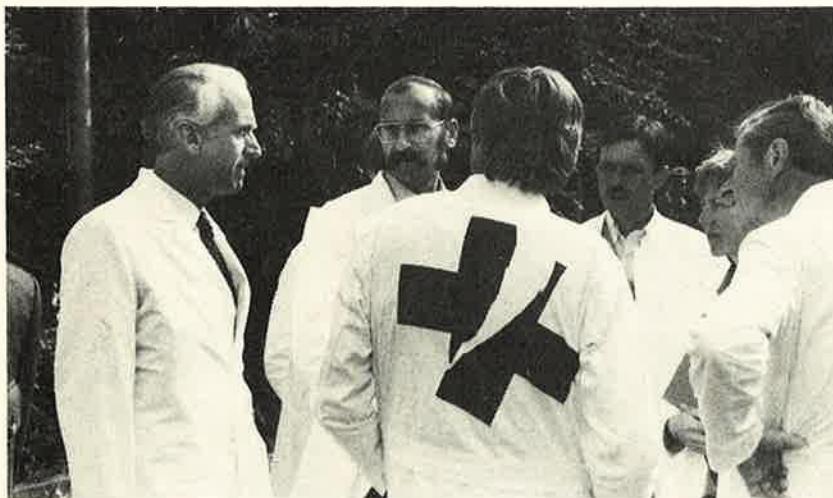
Leserbriefe	4
Aktuelles	5
Verschiedenes	8
Kongreßberichte	31
Buchkritik	33
Wir über uns	35



Die Kirchen sind der zweitgrößte Arbeitgeber in der Bundesrepublik. Von der Verschärfung geistlicher und weltlicher Macht profitieren Staat und Kirche — auf Kosten der Arbeitnehmer.



„Kernenergie ist sauber“ — dieser Werbespruch wurde im englischen Windscale brutal widerlegt. Kommen ähnliche Risiken auch auf uns zu?



Nach dem Beschuß des Bundestages, jetzt endgültig zu stationieren, ist die Friedensbewegung zwar nicht müde geworden. Aber wie es weitergehen soll, ist noch nicht ausgemacht.

Leser-Briefe

Schludrig

dg 6/83: „Bittere Pillen“

Wenn sich ein Apotheker kritisch mit den „bitteren Pillen“ auseinandersetzt, gerät er leicht in den Verdacht, Kritik zu üben und dabei dem Umsatz im Auge zu haben. Sei's drum, dem werde ich nicht entgehen können. Mulnig wie meinen Kollegen Glaeske wird mir allerdings nicht. Ich kann also nur hoffen, daß Sie meine Kritik sine ira et studio aufnehmen.

1. Die kritische Auseinandersetzung mit Fortigarnnoimitteln ist dringend geboten. Deshalb halte ich es für gut, wenn sich jemand dieser Aufgabe unterzieht, weil ich die Diskussion für dringend geboten halte.
2. Leider kann ich die „bitteren Pillen“ nur insofern für hilfreich finden, als es überhaupt zur Diskussion anregen kann.
3. Das Buch ist wissenschaftlich schludrig gemacht, deshalb fällt es gar zu leicht, auch positive Ansätze in Verruf zu bringen. Dies empfinde ich als besonders schmerzlich.
4. Viele pharmazeutische Unternehmer sehen nur die Krankheit und das für diese Krankheit bestimmte Arzneimittel. Der Mensch mit seiner Anamnese wird vergessen. Mir scheint, daß die Autoren genau von der gleichen geistigen Grundlage ausgegangen sind. Dies kann nicht hilfreich sein.
5. Die Rede von der Natur ist bei Arzneimitteln recht problematisch, denn in der Natur gibt es nicht nur harmlose Pflanzen und Pflanzen-Inhaltsstoffe, sondern auch viele Gifte. Trotzdem finde ich die Kritik an pflanzlichen Arzneimitteln nicht sachgemäß und oft auch noch sachlich falsch.
6. Penetrant empfinde ich das moralische Katheder, auf das sich die Autoren stellen. Da drängt sich doch der Verdacht auf, daß die Autoren genau das tun, was sie der Pharma-Industrie vorwerfen, nämlich aus einem Bedürfnis reichlich Kapital schlagen.

Im übrigen möchte ich auf die sorgfältige Kritik von Erwin Jahn in der

„Sozialen Sicherheit“ hinweisen, der ich nichts hinzuzufügen habe. (Übrigens: Ich esse gern mein eigenes Brot, und sing gerne auch eigene Lieder!)

FRIEDER KLEINKNECHT
Metzingen

„Spiegel“-Stil

dg 5/83:
„Halbgötter im grauen Kammgarn“

Zunächst erscheint der Inhalt gut lesbar, flott geschrieben, zuspitzend, provozierend, inhaltlich durchaus zutreffend.

Beim zweiten Blick aber kommt Ärger auf! Hier wird im flapsigen „Spiegel“-Stil über Entwicklungen und Veränderungen im BRD-Gesundheitswesen geschrieben, die den brutalen, unmenschlichen Charakter des Sozialabbaus zeigt. Daß bei diesem Prozeß natürlich auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen auf der Strecke bleiben, ist klar. Nur frag' ich mich, ob denen (und mir) damit geholfen ist, wenn ein Besserwissen vom Schreibtisch aus den Beschäftigten die Schuld an der Entwicklung zuschreibt, indem er ihren mangelnden Kampfeswillen rügt. So kann nur jemand reden, der offensichtlich noch nie die ausgesprochen zähen und mühseligen Anstrengungen einer ÖTV-Betriebsgruppe im Krankenhaus erlebt hat, der — auch theoretisch — wenig Ahnung von der wirklichen Lage und vom Bewußtsein der Beschäftigten im Gesundheitswesen hat. Ein Blick auf die politische und wirtschaftliche Situation in den anderen Bereichen dieser Gesellschaft, ein Gedanke verschwendet an die seit Jahrzehnten vorherrschenden Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen und an die sehr wirksamen ideologischen Formeln, die diese Bedingungen gestützt haben und weiterhin stützen, hätten genügt, weniger leichtfertig in diese törichte Vorwurfshaltung zu verfallen.

Weiter würde ich noch bemängeln, daß zwar viele richtige Bemerkungen und Thesen aufgestellt werden, aber auf die Nennung von Quellen und konkreten Beispielen

verzichtet wurde, vielleicht weil der Autor sich nicht die Mühe gemacht hat, zu recherchieren.

DR. KLAUS HENNICKE
Mannheim

Sobald unsere Betriebsärztin den gefährlichen Inhalt der in Ihrer Liste aufgeführten Medikamente bestätigt, werden sie aus dem Krankenhaus verbannt.

KLAAS-STEFFEN JACOBS
Troisdorf

Entzückt

Eure letzte Ausgabe hat uns sehr entzückt. Hoffe, daß Ihr trotz Catechol-Streß und Hektik bei der Herausgabe eines monatlichen dg Euren Stil behaltet.

Einige Beiträge haben wir für unsere Fachschaftszeitung an der FU verwendet. Bitte berichtet doch mehr über Hochschulpolitik, bzw. richtet eine Hochschulseite ein, denn die Medizinstudenten haben kein Informationsorgan, trotz der VDS-Fachtagung Medizin.

Für viele Studenten sind 4,20 Mark auch etwas happig, aber das könnte man ja langfristig bei gemeinsamen Anstrengungen ändern.

Ansonsten viel Erfolg, besonders im Orwell-Jahr.

WOLFGANG HÄMEL
Fachschaftszeitung Medizin
Westberlin

Anm. d. Red.: Am Preis haben wir schon was ändern können: Von sofort an kostet dg im Abo nur noch 3,50 Mark, wird also um genau siebzig Pfennig billiger.

Dioxin

dg 6/83: Aktuelles

dg 5/83: Dioxin im Nachtschränchen

Wie ihr in der Ausgabe 6/83 berichtet habt, hat es in unserer Klinik eine rege Diskussion über diese Medikamente gegeben. Einige wollten einfach nicht glauben, daß es wirklich dioxinhaltige Medikamente gibt. Wir möchten von euch gerne wissen, warum diese Medikamente eigentlich nicht dioxinfrei sind. Geht das technisch nicht, ist das zu teuer, oder welche Gründe sind dafür anzuführen? In der Hoffnung auf eine überzeugende Antwort verbleibe ich mit freundlichen Grüßen

MARTINA WÜFFEL
Krankenschwester
Mönchengladbach

Auch bei uns im Sankt-Josef-Hospital in Troisdorf ist der Artikel über Dioxin in Krankenhäusern (dg 5/83) auf großes Interesse gestoßen. Die Betriebsärztin überprüft zur Zeit auf Anregung der Mitarbeitervertretung den Sachverhalt. Aber wir haben etwas Schwierigkeiten. Denn als Nichtärzten fällt es uns schwer, die Zusammenhänge zwischen Dioxin und HCP und TCP und Agent Orange zu begreifen.

Deshalb möchte ich Sie bitten, uns weiterführende Literatur zu empfehlen. Auch interessiert uns, wie man dioxinhaltige Mittel erkennt. So läßt z.B. der Aufdruck auf Kodan-Flaschen m. E. keinen Schluß auf Dioxin zu.

Anm. d. Red.: Die Zusammenhänge zwischen Dioxin und Hexachlorophen, dem Holzschutzmittelzusatz, Pentachlorphenol oder dem Vietnamgift Agent Orange sind zwar kompliziert, vom chemischen Gesichtspunkt aus gesehen. Aber vom Herstellungsvorgang dieser zu einer gemeinsamen Stoffgruppe gehörenden Substanzen ist es etwas einfacher zu begreifen. PCP, HCP und Agent Orange, bestehend aus 2,4 Dichlorphenoxyessigsäure und 2,4,5 Trichlorphenoxyessigsäure, werden aus einer gemeinsamen Muttersubstanz hergestellt, dem Trichlorphenol. Bei der Herstellung von Trichlorphenol — z. B. das Werk ICMLSA bei Seveso produzierte diesen Stoff — fallen nun zwangsläufig, sozusagen als technische Verunreinigung, zahlreiche abgewandelte, höher chlorierte Kohlenwasserstoffe an. Hierunter befindet sich auch das Dioxin, welches mit vollem Namen 2,3,7,8 Tetrachlordibenzo-para-dioxin (TCDD) heißt.

Dieses Supergift läßt sich nun durch kein Verfahren vollständig aus dem Trichlorphenol und auch nicht aus sämtlichen Folgeprodukten entfernen. Bei Agent Orange haben sich die US-Produzenten keine große Mühe bei der Reinigung gemacht, entsprechend hoch war auch der Dioxingehalt. In Seveso konnte gar nicht erst gereinigt werden, die verheerenden Folgen der hochgradig dioxinverseuchten Trichlorphenolwolke sind allgemein bekannt.

Anders sieht es dagegen bei Hexachlorophen und auch beim Pentachlorphenol aus. Hier sind Reinigungen vorgeschrieben. Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten belegen jedoch, daß eine vollständige Beseitigung von Dioxin und ähnlicher Verbindungen nicht gelingt. Der Weg von Dioxin in Krankenhäuser und Haushalte ist damit vorgegeben.

Als wichtigste Bücher für einen guten Überblick kann ich empfehlen:
1 Zum Töten von Fliegen und Menschen. Dioxin — das Gift von Seveso und Vietnam und wie wir täglich damit in Berührung kommen. Von H.J. Dohmeier und E. Janson, vororo aktuell Nr. 3152.

2 Seveso ist überall. Die tödlichen Risiken der Chemie. Von E. Koch und F. Vahrenholt, Fischer-Taschenbuch.

Wenn Ihr dioxinhaltige Medikamente herausfinden wollt, müßt Ihr auf den Inhaltsstoff Hexachlorophen achten. In Zweifelsfällen kann beim Hersteller oder beim Bundesgesundheitsamt nachgefragt werden. Es steht sicher nicht immer auf der Packung. Auf keinen Fall werdet Ihr jedoch Hinweise auf Dioxin von den Firmen erwarten dürfen.

Ich würde mich freuen, wenn Ihr über die weiteren Erfahrungen an Eurer Klinik berichten würdet.

Peter Walger

„Institut für Sexualwissenschaft“

Fünfzig Jahre nach der Zerschlagung des von Magnus Hirschfeld gegründeten „Instituts für Sexualwissenschaft“ hat sich jetzt in Berlin ein Verein „Institut für Sexualwissenschaft“ gegründet.

Der Verein hat sich zum Ziel gesetzt, ein Forum für wissenschaftliche Veranstaltungen zum Thema Sexualität anzubieten. Eine Fachbibliothek und ein Informations- und Beratungsservice sollen eingerichtet werden. Des Weiteren ist eine Monatszeitschrift geplant, die über die sexualwissenschaftliche Forschung berichtet und sich mit „emanzipatorischer Sexualerziehung“ befassen soll.

Der Verein stellt sich ausdrücklich in die Tradition des praktischen Arztes Magnus Hirschfeld und seines Werks der Sexualberatung und Volksbildung.



Bundesverband gegen Giftgas

Die Initiative gegen Giftgas im rheinland-pfälzischen Pirmasens, dem Hauptquartier für chemische Operationen der US-Army in Europa, hat sich zu einem Bundesverband ausgewachsen. Der Verband richtet sich nicht nur gegen die Stationierung chemischer Waffen in der Pfalz oder an anderen Orten der Bundesrepublik, sondern gegen die Produktion, Lagerung und Anwendung chemischer und biologischer Waffen allgemein, auch gegen den Einsatz von Polizeigas.

Wer Mitglied werden will (Jahresbeitrag 40 Mark), wende sich an den Bundesverband gegen Giftgas e.V., Waldemar Stadtherr, Gärtnersstraße 10, Postfach 2704, 6780 Pirmasens.

Weißbuch 1983: Chemische Waffen und Zivilschutz

Im Verteidigungsweißbuch der Bundesregierung für 1983 findet sich neben der in der Tagesspresse schon kommentierten Forderung, die „C-Waffen-Abwehrfähigkeit zu verbessern“, auch ein Kapitel zum „Zivilschutz als Beitrag zur Glaubwürdigkeit der Abschreckung“. Die

AKTUELLES

Einbeziehung von Zivilschutz und „Katastrophenmedizin“ in die Abschreckungsdoktrin der NATO, die vor allem von Friedensinitiativen im Gesundheitswesen heftig kritisiert wird, wird damit offen von der Bundesregierung vertreten. Wörtlich heißt es über die „zivile Verteidigung“: „Sie versorgt die Bevölkerung und die Streitkräfte mit notwendigen Gütern und Leistungen. Sie unterstützt die Streitkräfte bei ihrem Verteidigungsauftrag.“

Bundshaushalt 84: Rüstung rauf, Gesundheit runter

Der neue Bundeshaushalt, der im Dezember gegen die Stimmen der SPD und der Grünen beschlossen

wurde, sieht bei einer Steigerungsrate von 1,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr eine Steigerung des Verteidigungshaushalts um 2,4 Prozent und des Anteils der (separat aufgeführten) Verteidigungsstaaten um 4,6 Prozent vor. Gleichzeitig werden die Ansätze für Verkehr um 0,8, Post- und Fernmeldewesen um 18,9, Bildung und Wissenschaft um 18,0 und Jugend, Familie und Gesundheit um 3,8 Prozent gekürzt.

Neben weiteren Belastungen für Arbeitnehmer bei der Sozialversicherung, dem Mutterschaftsgeld und den Löhnen, Kürzungen beim Krankengeld, Arbeitslosengeld und Mutterschaftsgeld stehen Entlastungen für die Unternehmen in Höhe von insgesamt 3,5 Milliarden Mark.



„Um zu verhindern, daß die Menschheit in einem Meer der Tyrannie ertrinkt“, sind die Reagan-Leute zum „letzten Gefecht gegen den Kommunismus, die Ausgeburt alles Bösen“ (Reagan), angetreten. Folgt nach der Generalprobe auf Grenada die Invasion gegen Nicaragua? Oder der großangelegte Einsatz von US-Marines im Libanon? Gerät die Welt durch den Kriegskurs Washingtons an den Rand des atomaren Abgrunds?

Diesen und anderen Fragen gehen wir in AIB 1/1984 nach. Im neuen Jahr kommen wir in neuer Aufmachung und mit bewährtem Rezept: Hintergrundberichte, Analysen und Dokumente zu weltpolitischen Krisenherden und Befreiungskämpfen.

AIB 1/1984 bringt folgende Themen:
 Die Grenada-Invasion der USA und die Konsequenzen für Mittelamerika • Vier Jahre Revolution und Krise der New-Jewel-Regierung • Exklusiv-Interview mit Dessima Williams (OAS-Repräsentantin Grenadas) • Stimmen zur US-Invasion und deren Konsequenzen in der Region: Fidel Castro, Tomás Borge, FMLN/FDR • Chronologie der Destabilisierung • Materialien zur Solidarität • Außerdem: Air-Land-Battle • Militärisch-industrieller Komplex in den USA • Südafrika • Türkei • Libanon/PLO • Angola • Argentinien • Sri Lanka
 Die Grenada-Berichte gibt es auch separat als AIB-Sonderheft 1/84.

Einzelp. 2,50; Sonderh. 2 DM; Jahresabo 25 DM.
 Ab 10 Ex. 33% Rabatt. Erhältlich im linken Buchhandel oder gegen Einsendung des Coupons.

Coupon/Bitte einschicken!

Ich bestelle:

- ein kostenloses Probeheft
 AIB Nr. _____
 AIB-Sonderheft zu Grenada
 ein Jahresabo ab Nr. _____

Name: _____

Adresse: _____

Unterschrift: _____

4

AIB
 DIE Dritte-WELT-ZEITSCHRIFT
 Liebigstraße 46, 3550 Marburg 1

WIRTSCHAFT

„Mutter und Kind“

Bundesfamilienminister Heiner Geißler (CDU) hat für Mitte dieses Jahres angekündigt, eine Stiftung „Mutter und Kind“ — zum Schutz des ungeborenen Lebens“ ins Leben zu rufen. 1984 soll mit 25 Millionen, 1985 mit 50 Millionen Mark schwangeren Frauen geholfen werden.

Experten sehen einen Zusammenhang mit dem in Bonn kursierenden Gesetzentwurf von 52 Abgeordneten der CDU/CSU-Fraktion zur „Reform“ des § 218, demzufolge die Notlagenindikation nicht mehr anerkannt werden soll. Die Stiftung kommt der Forderung vor allem von CDU-Frauen entgegen, bei möglichen Änderungen bei der Schwangerschaftsunterbrechung sogenannte „flankierende Maßnahmen“ zu schaffen.

Fall Spancken: Träger geht in Berufung

Der Mönchengladbacher Reformpsychiater Dr. Elmar Spancken muß vom Landschaftsverband Rheinland zum Abteilungsarzt ernannt werden. Das entschied am 8. November des vergangenen Jahres das Arbeitsgericht Köln. Unter Berufung auf den Artikel 33 Abs. 2 des Grundgesetzes wurden die Versuche des Krankenhausträgers, den renommierten Arzt, der sich wiederholt als einziger auf die ausgeschriebene Stelle beworben hatte, von der Stelle

Tod durch die „Pille“

Zu einem Schmerzensgeld von umgerechnet etwa 5,5 Millionen Mark hat ein Gericht im amerikanischen Detroit den Pharma-Konzern Parke-Davis verurteilt, weil der Konzern durch unzureichende Aufklärung über Nebenwirkungen den Tod einer Frau verschuldet hat. Das Präparat führt bei Trägern der Blutgruppen A, B und AB (etwa 60 Prozent der Bevölkerung) zu erhöhter Thromboseneigung.

„Qualitätsdämpfung“ in Berlin

Zu beträchtlicher Empörung haben in Berliner Krankenhäusern die Auswirkungen von Verfügungen durch Senat und Krankenkassen geführt, „Gewinne“ zu erwirtschaften.

fernzuhalten, für rechtswidrig erklärt. dg berichtete.

Wie inzwischen bekannt wurde, hat der Landschaftsverband Rheinland gegen das Urteil Berufung eingereicht. Aus diesem Grund wird jetzt eine Unterschriftenliste, die schon seit dem Mai 1983 kursiert und von namhaften Persönlichkeiten des Fachs unterzeichnet wurde, erneut an die Öffentlichkeit gegeben.

Die dg-Redaktion bittet ihre Leser, den Unterschriftencoupon auszufüllen und an Eckhard Kleinlützum, Trierer Str. 22, 4050 Mönchengladbach 2, zu schicken.

Ich verurteile die verfassungswidrige berufliche Benachteiligung Dr. Spanckens aufgrund seiner persönlichen Weltanschauung.

Name, Vorname	Wohnort	Beruf	Unterschrift

Mit der Veröffentlichung meines Namens bin ich einverstanden — wenn nicht, bitte ankreuzen (X)!

Die Vertrauensleute der ÖTV an den Berliner Krankenhäusern wandten sich jetzt in einem offenen Brief an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen. Sie kritisieren vor allem, daß es den Krankenhäusern überlassen bleibt, wie sie einsparen wollen. „Die ‚Gewinne‘ sind auch dadurch erwirtschaftet worden, daß die Krankenhäuser dringend benötigte Pflegekräfte nicht einstellen konnten“, schreiben die Gewerkschafter. Die Kostenstreuung habe die Qualität der Pflege verschlechtert. Es sei die Aufgabe der Kassen, auf die Qualität der von ihnen „gekauften“ Pflege zu achten: „Wir fordern die Krankenkassen auf, sich darum zu kümmern, wie viele Sekunden am Tag eine Schwester mit einem Kranken sprechen kann, um ihn zu trösten oder zu beraten. Sie sollen uns sagen, wie oft ein wundgelegener Kranke umgelagert werden soll und zu welcher Nachtstunde Patienten gewaschen werden dürfen“, heißt es in dem Brief.

Patientendaten weitergegeben

Mangelnden Schutz vor Weitergabe persönlicher Daten von Psychiatrie-Patienten hat die Bundeskonferenz der Leiter psychiatrischer Krankenhäuser kritisiert.

Der Hamburger Professor Klaus Böhme berichtete auf der Konferenz von der Praxis einiger Bundesländer, eingewiesenen Patienten automatisch den Führerschein abzunehmen. Die Patienten erhalten von den Ordnungsämtern die Aufforderung, gegen eine Gebühr von 50 Mark ihren Führerschein abzugeben.

Daneben wurde bekannt, daß einzelne Polizeidienststellen die Daten von Suicidalen in ihrem Computer speichern — aus Fürsorgepflicht, wie die befragten Behörden vorgaben.

Erstmals wurde die Konferenz mit einer Gedenkfeier und einer Kranzniederlegung für die Opfer der „Euthanasie“ während des Nationalsozialismus eröffnet.

Sondermeldung

Mit Liebe gezeugt am Aschermittwoch, erblickte nach neunmonatigem Brüten Janna Marie am 11. 11. 83 das Licht der Welt, auch wenn sie nicht in der dg-Jahresplanung angekündigt war. Es freuen sich die Eltern Gunar Stempel und Barbara Horbach-Stempel.

Atowaffenfreie Krankenhäuser in Bremen

In einer Presseerklärung hat sich mit dem Zentralkrankenhaus Bremen-Ost die vierte kommunale Bremer Klinik — von insgesamt sechs — zur atomwaffenfreien Zone erklärt. Nunmehr hat in den Zentralkrankenhäusern Bremen-Nord, Bremen-Ost, Links der Weser und im Krankenhaus Findorff jeweils die Mehrheit der Beschäftigten sich dem Aufruf der Friedensbewegung angeschlossen, mit entsprechenden Erklärungen die Ablehnung der Raketenstationierung zu bekunden.

„Apotheker für den Frieden“

Eine „bundesweite Zusammenarbeit“ von Pharmazeuten, die sich mit „Katastrophenpharmazie“, Gesundheitssicherstellungsgesetz und Bewahrung des Friedens auseinandersetzen soll, steht vor der Verwirklichung.

Schon am Tag vor dem endgültigen Stationierungsbeschuß im Bundestag war in der „Süddeutschen Zeitung“ ein offener Brief von mehr als 300 Apothekern, PTAs und Helferinnen an die Abgeordneten des Bundestages erschienen. Ein Antrag auf dem Deutschen Apothekertag 1983 in Berlin, in dem die Unmöglichkeit jeder Medikamentenversorgung im Atomkrieg festgestellt und die Forderung nach Maßnahmen zur Verhinderung eines Krieges erhoben worden war, fand keine Mehrheit.

Auf dem „Medizinischen Kongreß zur Verhinderung eines Atomkriegs“ im April/Mai in Tübingen soll eine Arbeitsgruppe Pharmazie zusammentreten, die durch Regionalgruppen vorbereitet werden soll. Interessenten für die Regionalgruppen melden sich bei Frau Dr. Ulrike Faber, Stendaler Straße 5, 1000 Berlin 21.



dg

DEMOKRATISCHES
GESUNDHEITSWESEN



AKTION LESER WERBEN LESER

Wer einen dg-Leser wirbt, erhält kostenlos eines der folgenden Bücher. Coupon einfach ausfüllen, ausschneiden und abschicken an:

Karl D. Bredthauer,
Sage niemand, er
habe es nicht wis-
sen können.
Eine Dokumenta-
tion, 192 Seiten



Detlef Uhlenbrock
(Hrsg.), Mobilma-
chung für die Hei-
matfront. Militari-
sierung des Ge-
sundheitswesens,
156 Seiten



Jürgen Grumbach
(Hrsg.), Grünbuch
Ökologie II. Ein
Jahrbuch, 220 Sei-
ten



Pahl-Rugenstein Verlag GmbH
Gottesweg 54
5000 Köln 51



Gisela Preuschhoff,
Von 0 bis 3. Alltag
mit Kleinkindern,
2., überarb. Aufl.,
380 Seiten mit
zahlr. Fotos u. Illu-
strationen



K. Platonow, Unter-
haltsame Psycholo-
gie, 380 S. mit
zahlr. Fotos u. Illu-
strationen



Susanne v. Daniels,
Frajo Krick, Gusti
Steiner u. a. (Hrsg.),
Krüppel-Tribunal.
Menschenrechts-
verletzungen im So-
zialstaat, 171 Sei-
ten



Winfried Schwamborn (Hrsg.),
Schwulenbuch. Lie-
ben, kämpfen, lie-
ben, 219 Seiten mit
zahlreichen Abbil-
dungen



Lorenz Knorr,
Geschichte der
Friedensbewegung
in der BRD, 231 S.



Ich abonneiere von Januar 1984 an die Monatszeitschrift DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN zum Preise von DM 3,50 zuzüglich Porto gegen Verlagsrechnung. Das Abonnement verlängert sich um ein weiteres Kalenderjahr, wenn es nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres gekündigt wird.

Ich erhalte für das von mir geworbene Abonnement ein Buchgeschenk. Ich habe mir das folgende Buch ausgesucht (Kurztitel bitte ankreuzen):

- Knorr, Geschichte der Friedensbewegung
- Sage niemand, er habe...
- Mobilmachung für die Heimatfront
- Grünbuch Ökologie II
- Krüppel-Tribunal
- Schwulenbuch
- Preuschhoff, Von 0 bis 3
- Platonow, Unterhaltsame Psychologie

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Beruf _____

Unterschrift _____

Bitte, schicken Sie das Buch an folgende Adresse:

Name _____

Vorname _____

PLZ/Ort _____

Verschiedenes

Kleinanzeigenmarkt:

Preis: 5 Zeilen à 25 Anschläge nur 5 DM. Jede Zeile mehr (25 Anschläge) 1 DM. Postkarte an: 'Demokratisches Gesundheitswesen', Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3

Kinder- und/oder Nervenärztin/Arzt zur Niederlassung im Verbund mit bestehender psychologisch-therapeutischer Institution im Raum Südwest-Niedersachsen gesucht. Zuschriften unter Chiffre 683002 an die Redaktion

Suche Partner/in für meine homöopathisch-naturheilkundliche Allgemeinpraxis am Rande einer oberbayr. Kreisstadt. Voraussetzung: gutes gegenseitiges Verständnis und gleiche Vorstellung über patientenorientierte Therapie. Kontakte über Chiffre 683003.

Suche Partner/in für Gemeinschafts-/Gruppenpraxis aus allen Gesundheitsberufen, die sich von Anfang an in dieses Projekt knien möchten. Norddeutscher Raum bevorzugt, aber kein Muß. Ziel sollte eine 35-Stunden-Woche sein, um Zeit für Familie und andere Aktivitäten zu haben. Bin selber kurz vor der Allgemeinarztprüfung, danach zunächst Hausmann. Gunar Stempel, Aachener Str. 198, 4000 Düsseldorf 1, Tel. (02 11) 15 11 87

Die Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Duisburg e. V. sucht für das psycho-soziale Kontaktzentrum in Duisburg-Nord einen psychiatrisch erfahrenen

Krankenpfleger

Wir, das Team, Psychologin und mehrere Sozialarbeiterinnen, wünschen einen zur Kooperation und zur Teamarbeit aufgeschlossenen Kollegen.

Das Kontaktzentrum ist eine Einrichtung im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie und stellt eine Verbindung in der gemeinde-

Diplom-Pädagogin mit Erfahrung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sucht so bald wie möglich Stelle als ärztliche Hilfskraft in Kinderarztpraxis (mind. 20 Std.), Raum Tübingen/Freiburg bevorzugt. Angela Eberding, Hansjakobstr. 98a, 7800 Freiburg

Klinische Psychologin mit Schwerpunkt Psychosomatik sucht **engagierte Gynäkologin, Hebammme und Kinderärztin** für Gemeinschaftspraxis in südwestdeutscher Großstadt. Chiffre 683001.

Frauen und Gesundheit — wegen Planung eines solchen Frauengemeinschaftsprojekts/praxis suchen wir Kontakt zu Frauen, die Näheres über ähnliche Projekte in BRD, bes. Raum Hessen, wissen, Susanne, Tel. (06 11) 49 84 85.

Wer hat sich mit **amb. Krankenpflege u./o. „Sozialstationen in freier Trägerschaft“** beschäftigt und kann mir Informationen, evtl. auch über sein Scheitern geben? Wer ist im Raum DU/OB/MH an einer amb. Krankenpflege interessiert? Kontakt bitte mit: K. Maaß, Bogenstraße 57, 4200 Oberhausen, oder Tel. (02 08) 285 29.

nahen psycho-sozialen Versorgung der Stadt Duisburg dar. Aufgabenschwerpunkte des Kontaktzentrums sind ambulante Betreuung psychisch Erkrankter, Betreuung von Wohngemeinschaften, Freizeitangebote und Krisenintervention.

Wir bieten Vergütung nach BAT und selbständiges Arbeiten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an:

Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Duisburg e. V. — Kontaktzentrum — Weidmannstraße 15 4100 Duisburg-Hamborn

Die PRO-FAMILIA-Beratungsstelle Köln-Hansaring sucht zum sofortigen Eintritt eine(n)

Ärztin/Arzt

(20 Std. pro Woche) mit gynäkologischen Vorerfahrungen. Beraterische bzw. therapeutische Zusatzerfahrung ist erwünscht, aber nicht Bedingung.

Bewerbungen:
PRO FAMILIA
Hansaring 84/86
5000 Köln 1

Erzieherin, 2 Jahre Berufserfahrung in einer Kindertagesstätte, sucht neuen Arbeitsbereich, wichtig:

keine Vorschulerziehung, kreative Freiraum, auch Interesse an Arbeit mit Behinderten, älteren Menschen, Jugendlichen, Erwachsenen (bes. Frauen), in diesen Bereichen jedoch keine Erfahrungen. Bärbel Wiese, Steinstr. 15, 5778 Meschede, Tel. (02 91) 69 50

Nervenarzt sucht Partner/in mit Schwerpunkt Psychotherapie für Gemeinschaftspraxis. Ort offen, Tel. (052 02) 43 03 (Peter) — Tel-Nr. in der letzten Ausgabe war falsch.

Suche **Ausbildungsstätte** im soz. Bereich (bundesweit und W-Berlin). Bin 21 J. und möchte an der Berufsakademie Sozialwesen studieren. Frau Saskia Baier, Auf der Steige 15, 7255 Rutesheim, Tel. (071 52) 5 24 84.

Termine:

Alle Termine veröffentlichen wir völlig kostenlos, im Gegenteil, wir wissen immer gerne, wo was los ist! Bitte beachtet, daß wir die Termine mindestens 3 Wochen vor Erscheinen der Ausgabe haben müssen!

● 24./25.2. Kassel

● 24./25.2.

Kassel

Tagung „Professionalisierung und Laisierung in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung alter Menschen.“

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie.

Kontakt: Prof. Schmitz-Scherzer, GHS Kassel, Heinrich-Plett-Str. 40, 3500 Kassel-Oberzwehren

● 9.-11.3.84

Königstein/Taunus

Seminar „Medizinische und psychologische Aspekte der Behandlung von Folteropfern“

Kontakt: amnesty International, Arbeitskreis Medizin/Psychologie, Dr. Johannes Bastian, Meisenweg 8, 7130 Mühlacker, Tel. (070 41) 43 15 55

● 12.-16.3.84

Marl

Patientenzentrierte Pflege und schülerzentrierter Unterricht

3. Woche in der Seminarreihe des Allgemeinen Krankenpflegeverbandes Marl

Kontakt: AK, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstr. 55, 4370 Marl

● 4.2.

Düsseldorf

Treffen der Friedensinitiativen im Gesundheitswesen NRW

15 Uhr im Büro der DFG/VK, Oberbilk Allee 17

● 4.2.

Solingen

Treffen der „Alternativen Bayer-Aktionäre“

Hofstr. 27 a, 5650 Solingen 11, Tel. (02 12) 33 37 10

● 19. bis 24. 2. 84

Berlin

Dritter Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Thema: Wege aus der Krise?

Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Postfach 1343, 7400 Tübingen, Tel. (070 71) 3 26 97.

● 31.3./1.4.84

Tübingen

4. Medizinischer Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges

Kontakt: Kongreßbüro, Kurt A. Rumler, Belthlestr. 29, 7400 Tübingen 1

● 14.-18.5.

Marl

Seminar: Praxisanleiter — eine neue Funktion. Für Praxisanleiter in der Kranken- und Altenpflege.

Kontakt: Allg. Krankenpflege-Verband, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstr. 55, 4370 Marl

INDUSTRIE UND HANDELSKAMMER

Unbarmherzige Schwestern

Der Arbeitgeber Kirche kann sich wieder ein härteres Auftreten leisten

Elisabeth-Krankenhaus, Marienhospital, Herz-Jesu-Stift, Antoniushospital, Heilig-Geist-Krankenhaus, Johanniter-Krankenhaus usw., in fast jeder Stadt der Bundesrepublik stehlen Krankenhäuser der Kirchen. Sie werden verwaltet von den Kirchen, über Einstellungen und Entlassungen entscheiden Kirchenvertreter, über die Bezahlung der Mitarbeiter entscheiden die Kirchen.

Die Finanzierung aller dieser Bauten und Einrichtungen ist aber höchst weitlich: Entsprechend Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972, Paragraph 23, Absatz drei, werden in allen Krankenhäusern die Investitionen zu hundert Prozent vom Staat übernom-

men, ein Drittel Bund und zwei Drittel Land.

Rechnet man alle Mitarbeiter zusammen, in Krankenhäusern und Altenheimen, Kindergärten und Waisenhäusern, Sozialstationen und Beratungsstellen, so gebieten die Kirchen über ca. 600000 „Dienstnehmer“, sind damit der zweitgrößte Arbeitgeber überhaupt. In manchen Bereichen der Sozialdienste gibt es an vielen Orten überhaupt keine Alternative zu kirchlich beeinflußten Einrichtungen. Daß sich aber nur noch einige wenige Prozent der Kirchensteuerzahler so weit mit der Kirche verbunden fühlen, daß sie einigermaßen regelmäßig die Messe besuchen, bestreitet auch die katholische

Kirche nicht. Jedoch scheuen viele davor zurück, dieses Desinteresse durch einen Kirchenaustritt zu dokumentieren, denn ein konfessionsloses Kind findet nicht leicht einen Kindergartenplatz, in der Schule gibt es Ärger beim Religionsunterricht, in vielen Sozialberufen ist ein konfessionsloser Stellenbewerber chanceless, und noch bei der Beerdigung gibt es ohne „Glauben“ große Probleme.

Die Kirchen als Arbeitgeber und Anbieter sozialer Leistungen haben Macht, und die nutzen sie seit einiger Zeit wieder weitlich aus; besonders seit dem Anstieg der Arbeitslosenzahlen, verstärkt noch seit der „Wende“ zur konservativ-christlich geführ-

WECHSELWIRKUNG

Zeitschrift

für

TECHNIK NATURWISSENSCHAFT
GESELLSCHAFT



WECHSELWIRKUNG berichtet über politische Aktivitäten im naturwissenschaftlich-technischen Bereich, Gewerkschaftsarbeit und soziale Konflikte.

WECHSELWIRKUNG analysiert die soziale, politische und ökonomische Funktion von Wissenschaft und Technik und zeigt deren Perspektiven und Alternativen auf.

WECHSELWIRKUNG ist ein Diskussionsforum für Naturwissenschaftler, Ingenieure und Techniker.

WECHSELWIRKUNG erscheint vierteljährlich.

Schwerpunkt:

Industriekultur – den Dingen lauschen * Interview mit H. Glaser * Körper, Ökonomie und Maschine * Die Faszination der Maschine * Spaziergänge am Bahn-damm * Ein Volk auf Achse * Funktionelle Musik * Alles Plastik *

Weitere Themen:

DB-Neubaustrecken * Pharmaproduktion in Nicaragua * Tierversuche * Neues (?) Denken (?) * Humboldts Erben * Riesenzwerge für Nachwuchs-huber * Interview mit P. Starlinger *

Bestellungen an **WECHSELWIRKUNG**
Gneisenaustr. 2, 1000 Berlin 61

DM 5.— Einzelheft

DM 20.— Abonnement für 4 Hefte
(incl. Versandkosten).

erscheint vierteljährlich

ten Bundesregierung. Scheidung und Ehe mit einem Geschiedenen, wilde Ehe oder Homosexualität, gewerkschaftliche oder politische Betätigung sind nur einige der Gründe, weshalb Mitarbeiter in kirchlichen Einrichtungen ihren Arbeitsplatz verlieren, obwohl diese privaten Angelegenheiten dem Schutz des Grundgesetzes unterliegen, vor einem Arbeitsrichter als Kündigungsgrund jedenfalls keinen Bestand haben dürften, wenn da nicht die vom Staat eingeräumten Sonderrechte der Kirchen wären.

Im St.-Josefs-Hospital in Troisdorf wurde der Assistenzarzt Gregor Weinrich nach der Probezeit entlassen, obwohl sein Chef sich für ihn einsetzte. Die Ordensfrauen, die über Einstellungen und Entlassungen zu entscheiden hatten, nahmen ihm übel, daß er auf einer oppositionellen Ärztekammerliste kandidiert hatte und in die Ärztekammer gewählt wurde. Und eben diese Liste hatte sich im Wahlprogramm für die gesetzliche Regelung des § 218 ausgesprochen, wie sie jetzt besteht. Da nutzte es auch nichts, daß der Ärztekammerpräsident der Krankenhausverwaltung einen Brief schrieb und auf die Rechte jedes Arztes hinwies, zur Ärztekammer zu kandidieren, und daß ihm daraus keine Nachteile entstehen dürften.

Im evangelischen Elisabeth-Stift in Darmstadt wurde Anfang 1983 einer erfahrenen Krankenschwester gekündigt, weil sie aus der Kirche ausgetreten war. Und das in einer Einrichtung, die eine psychiatrische Modell-einrichtung für den gesamten Darmstädter Raum sein soll, an der bisher problemlos auch Ärzte ohne Konfession arbeiten. Inzwischen wurde nach massivem Protest fast der gesamten Mitarbeiter und der ÖTV die Kündigung zurückgenommen.

Im Gocher Wilhelm-Anton-Hospital müssen Lernschwestern per Kopplungsvertrag im Schwesternwohnheim wohnen, Lernpfleger nicht. Selbst Lernschwestern, die weiterhin zu Hause wohnen, müssen ein Zimmer mieten und sauber halten, sonst ist „damit die Ausbildung beendet“. Am selben Ort: Eine Lernschwester lebt mit ihrem Freund zusammen und möchte heiraten, beide bekommen jedoch nicht einen Tag frei dazu, obwohl es sonst sogar zwei Tage

Wenn Mutter Kirche die Chefin ist . . .

„Die katholische Leiterin eines katholischen Pfarrkindergartens, die in weltlicher Ehe einen geschiedenen Mann heiratet, setzt damit einen personen- und betriebsbedingten Grund für ihre fristgemäße Kündigung.“ So lautet eine Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) von 1978. Die Kindergartenleiterin hat also höchstrichterlich ihren Arbeitsplatz verloren, obwohl ihr höchst privates Verhalten bei einem nichtkirchlichen Arbeitgeber nur insofern Bedeutung hätte, daß er die Änderung der Steuerklasse zur Kenntnis zu nehmen hätte und Sonderurlaub gewährt hätte. Dazu muß man noch wissen, daß dieser Kindergarten weit und breit der einzige ist, der auch anders- und nichtgläubige Kinder aufnimmt, keinerlei „Religionsunterricht“ betreibt und keiner der betroffenen Eltern oder Kinder sich über die sonst unbedeckte Leiterin beschwert hatte.

Ähnlich knallhart ging die „Krankenpflegeanstalt der Barmherzigen Schwestern von der heiligen Elisabeth zu Essen“ gegen die Ärzte HaJo Bomholt und Maximilian Rommelfanger vor. Beide verloren im Frühjahr 1980 ihren Arbeitsplatz in diesem Krankenhaus, weil sie es wagten, zusammen mit anderen Unterzeichnern im Herbst 1979 im „Stern“ in einem Artikel für die derzeit gültige Regelung des § 218 zur Schwangerschaftsunterbrechung einzutreten. Dieser Artikel, „Ärzte gegen Ärztefunktionäre“, richtete sich gegen Äußerungen eines Vorstandsmitgliedes der bayerischen Ärztekammer, der Schwangerschaftsunterbrechungen, die nach der gültigen Rechtslage straffrei möglich sind, mit Massenmorden in Auschwitz verglichen hatte. Das Landesarbeitsgericht Düsseldorf entschied dazu im Sommer 1980 in einem vielbeachteten Urteil, daß „die Kirche verlangen könne, daß der Arbeitnehmer in seiner persönlichen Lebensführung die kirchliche Ordnung respektiere“.

Die Krankenschwester Gaby Pater (dg berichtete) wurde im Frühjahr 1983 unter üblichen Anschuldigungen vom Kinderkrankenhaus in Bonn (zugehörig zum Marienhospital) gekündigt, obwohl sie Vorsitzende der Mitarbeitervertretung (MAV) war und eigentlich besonderen Kündigungsschutz gehabt hätte. Die Anschuldigungen wurden schließlich im Wege des Vergleichs zurückgenommen, da sie sowieso völlig hältlos waren, aber die offenbar unbedeckte Gewerkschaftlerin und MAV-Vorsitzende war man los.

Trotz Scheidung

Ich bin Kinderklinikschwester, 33 Jahre, geschieden, ein Kind. Bald zehn Jahre habe ich in der Uni-Klinik gearbeitet, bis ich, um dem baldigen Umzug in das Neuklinikum zu entgehen, in der Erziehungsberatungsstelle des Caritasverbandes eine Stelle angetreten habe. Über die Tatsache, daß ich geschieden bin, wurde großzügig hinweggesehen. Meine Arbeitskollegen vertrauten mir aber an, besser nicht publik zu machen, daß ich mit meinem Freund zusammen wohne, geschweige denn, über eine mögliche Heirat zu sprechen. So machte ich mich auf die Suche nach einem neuen Job, da mir das Risiko zu groß war, plötzlich auf der Straße zu stehen. Ich schrieb alle münsterischen Krankenhäuser an und hatte in Hiltrup Erfolg: das Krankenhaus der Missionsschwestern gab mir einen Vorstellungstermin. Die freundliche Schwester Oberin erklärte mir, daß ich aufgrund der langjährigen Erfahrung als Krankenschwester angesprochen wäre, obwohl ich geschieden sei. Sie müsse mich auch fragen, ob ich in Beziehung mit einem Mann stände oder gar vorhätte, in nächster Zeit zu heiraten. Wenn das der Fall wäre, würde sich jedes weitere Gespräch erübrigen.

Nun arbeite ich doch im Neuklinikum.

Christiane

Sonderurlaub dafür gibt. Offenbar ist die Arbeitskraft der Lernschwestern in der Ausbildung besonders dringend erwünscht.

„Schwere Vergehen gegen kirchliche Sitten- gesetze“

Wir könnten diese Reihe skandalöser Vorfälle vor allem aus katholischen Einrichtungen noch sehr lange fortsetzen.

Allen diesen Vorfällen gemeinsam ist, daß die Kirchen als Arbeitgeber sich in private Angelegenheiten ihrer Mitarbeiter einmischen, ihnen Vorschriften für ihre politischen und gewerkschaftlichen Aktivitäten machen und ganz offensichtlich versuchen, durch die Kündigung einzelner Mitarbeiter alle anderen einzuschüchtern, sich nur ja kirchenkonform und angepaßt zu verhalten.

Die Kirchenvertreter vor Gericht und die Arbeitsrichter, die in ihrem Sinne entscheiden, berufen sich dabei auf den Artikel 140 des Grundgesetzes (GG), mit dem Artikel 137, Absatz 3 der Weimarer Reichsverfassung übernommen wurde:

„Die organisierte Kirche, ihre rechtlich selbständigen Teile und alle der Kirche in bestimmter Weise zugeordneten Einrichtungen ohne Rücksicht auf ihre Rechtsform sind Größen, bei deren Ordnung und Verwaltung die Kirche grundsätzlich frei ist, wenn sie

„In der Kirche ist vieles umstritten — die Justiz entscheidet für die Würdenträger.“

nach kirchlichem Selbstverständnis ihrem Zweck oder ihrer Aufgabe entsprechend berufen sind, ein Stück Auftrag der Kirche in dieser Welt wahrzunehmen und zu erfüllen.“

Selbst unter Juristen ist aber strittig, ob damit die Kirchen das Recht erhalten, für ihre Mitarbeiter andere Grundrechte der Verfassung und sonstige staatliche Gesetze, z. B. das Kündigungsschutzgesetz, außer Kraft zu setzen. Da die Kirchen das Recht beanspruchen, auch privates Verhalten der Mitarbeiter beurteilen zu dürfen, da „im kirchlichen Dienst der ganze Mensch gefordert“ sei, schränken sie so gleichzeitig das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, auf Vereinigungsfreiheit (Gewerkschaften z. B.) oder freie politische Betätigung ein. Weltliche Gerichte erleichtern der Amtskirche ihr Tun, indem sie sich selbst in kirchenrechtlichen Fragen, die innerkirchlich erheblich umstritten sind, auf die Seite der Kirchenführung stellen. „Aus Art. 140 GG folgt auch, daß das Gericht die in der Kirche herrschenden, anerkannten, in maßgeblichen Texten wie Kirchenverfassung und Synodalverlautbarungen niedergelegten Maßstäbe, dagegen nicht die Maßstäbe breiter Kreise unter Kirchengliedern oder gar ‚avantgardistischer‘ Mitarbeiter zugrunde zu legen hat.“ (1. Senat, Bundesarbeitsgericht).

So einfach machen es sich Richter, wenn z. B. eine große Zahl auch der Katholiken der Meinung ist, es sei eigentlich nicht zu verantworten, Menschen vom Empfang der Sakramente und sonstiger kirchlicher Rechte auf Lebenszeit auszuschließen, wenn sie ihre Ehe nicht mehr aushalten und schließlich einen anderen Partner weltlich heiraten. Nicht nur schwere Vergehen gegen kirchliche Sitten gesetze, schon „grobe Achtungsverletzungen“ gegenüber leitenden Personen und wesentlichen Einrichtungen der katholischen Kirche reichen zur Kündigung. Kann da ein Mitarbeitervertreter ohne Angst vor Kündigung einen Leitenden noch engagiert kritisieren, wenn dieser eine vermeintliche oder tatsächliche Fehlentscheidung trifft?

Seit Beginn der krisenhaften Wirtschaftsentwicklung in den letzten Jahren mit Arbeitslosenzahlen jetzt weit über 2 Millionen und verstärkt noch seit der „Wende“ in Bonn verschärft sich der Druck auf Mitarbeiter in kirchlichen Einrichtungen, sich konform der kirchlichen Lehre zu verhalten, wird das Zahlen der Kirchensteuern immer mehr zu einer Art Arbeitslosenversicherung. Bei hundert und mehr Bewerbern für eine Stelle als Arzt oder Psychologe z. B. hat ein Konfessionsloser fast nur noch die Freiheit, Arbeitslosengeld zu beziehen, sofern er ein Anrecht darauf hat. Nach jahrelangen Durststrecken, in denen Kirchen zur Aufrechterhaltung ihrer Einrichtungen auch Moslem oder sogar Ungläubige als Ärzte einstellen mußten, können sie nun wieder nach Herzenslust den „katholischen Oberarzt“ suchen und finden.

Daß der Arbeitsmarkt die Moral regelt, zeigt der Fall eines konfessionslosen Arztes, der in einem katholischen Krankenhaus in Münster abgelehnt wurde, weil er nicht Mitglied der Kirche ist. Dreißig Kilometer weiter in Warendorf wurde er akzeptiert, immer noch konfessionslos und auch in einem katholischen Krankenhaus. Nur daß man in Warendorf dringend einen Arzt brauchte, in Münster als Unistadt aber offenbar genug Bewerber hatte.

Herbert Kretschmann, Geschäftsführer der evangelischen Kirche in Düsseldorf, bestätigte dg das gleiche Verhalten der evangelischen Kirche: „Natürlich nimmt die evangelische Kirche jetzt nur noch evangelische Bewerber, wo es genügend Bewerber gibt. Früher, bei Arbeitskräftemangel, konnten wir ja nicht anders.“

„Die Aufgabe des Arztes in einem kirchlichen Krankenhaus besteht nach dem Selbstverständnis der Beklagten (kirchliches Krankenhaus in Essen) in der entschiedenen Hinwendung zum Kranken.“ So das Landesarbeitsgericht Düsseldorf.

Und was macht denn ein Arzt in einem nichtkirchlichen Haus? Wendet er sich entschieden ab, oder nimmt er teilnahmslos die Nöte seiner Patienten zur Kenntnis?

Im Prozeß gegen den Arzt Hajo Bonholt führte ihr Rechtsvertreter an: „Das Ansehen der Beklagten in der Öffentlichkeit werde auch nachhaltig am Auftreten der bei ihr tätigen Ärzte gemessen.“ Dem Ansehen der Kirche wäre sicher mehr gedient, wenn sie für fachlich und menschlich qualifizierte Ärzte Sorge tragen würde anstatt vorrangig für katholische und moralkonforme!

Das Verhalten der Kirchen ihren Mitarbeitern gegenüber fördert natürlich nicht unbedingt den Glaubenseifer. Es bestärkt eher die Tendenz, jeweils einzeln ein Schlupfloch zu suchen, die Kirche auszutricksen. „Ich glaube auch nicht, daß das funktioniert“, meint dazu Pater Anatol Feid. Es läßt den Mitarbeiter nur besonders darauf achten, daß über Privatleben oder politische Einstellungen am Arbeitsplatz möglichst nicht geredet wird, er wird besonders darauf achten, was die Personalabteilung von ihm erfährt, z. B. beim Umzug keinen Mietvertrag vorlegen, den der in „wilder Ehe“ lebende Partner mit unterschrieben hat.

Die Katholische Krankenhausgeschäftsführungsgesellschaft im Erzbistum Köln, Clever Str. 37, 5000 Köln 1 sucht baldmöglichst – spätestens zum 1. 10. 1983 – für das ihr angeschlossene kath. St.-Markus-Krankenhaus in Bonn-Bad Godesberg einen/eine Arzt/Ärztin für Anästhesie und Intensivmedizin als Oberarzt/-ärztin

Das St.-Markus-Krankenhaus verfügt über 140 Planbetten (60 Chirurgie – 24 Urologie – 56 innere Medizin, inkl. 4 interdisziplinär betriebene Intensivbetten) und liegt im Stadtzentrum von Bonn-Bad Godesberg.

Interessierte katholische Bewerber/innen unterlagen mit Lebenslauf, Werdegang, Zeugnissen-Kopien, Foto und Angabe des frühestmöglichen Tätigkeitsbeginns an:

Katholische Krankenhaus-Geschäftsführungsgesellschaft im Erzbistum Köln, Clever Str. 37, 5000 Köln 1

Uli S., Arzt

dg: Was ist das Motiv für die Kirche, heute noch Krankenhäuser zu unterhalten?

Pater Feid: Es geht der Kirche darum, den Einfluß auf den Staat zu behalten, möglicherweise sogar auszudehnen und mit Hilfe dieses Einflusses wieder rückwirkend die eigenen Mitarbeiter zu beeinflussen.

In Zeiten der Arbeitslosigkeit potenziert sich das.

dg: Sie meinen den Druck, den die Kirche auf ihre Mitarbeiter ausübt, nach kirchlichen Moralvorstellungen zu leben?

Pater Feid: Da muß man zunächst mal zwei Dinge trennen. Das eine ist: Inwieweit sind die Moralvorstellungen des Papstes die einzigen möglichen auf der biblischen Grundlage. Darüber muß man in der Kirche diskutieren, und darüber wird auch diskutiert — allerdings nicht auf gleicher Ebene: die einen haben Machtmittel, die anderen haben eben keine. Das ist das eine.

Das andere: Inwieweit darf es sich ein Staat gefallen lassen, sich von der Kirche so unter Druck setzen zu lassen?

dg: Mit welcher Begründung stellt die Kirche eigentlich bestimmte Moralanforderungen an ihre Mitarbeiter? Wird in kirchlichen Krankenhäusern anders gearbeitet als in weltlichen?

Pater Feid: Ich bin in kirchlich geführten Krankenhäusern und in sogenannten weltlich geführten Krankenhäusern gewesen. Von der Arbeit, die da geleistet wird, gibt es zunächst mal keinen Unterschied. Wenn nur Leute eingestellt werden, die den katholischen Moralvorstellungen entsprechen, geht man davon aus, daß der Christ von seinem Wesen her immer missionarisch ist. Und jeder Arzt wird durch das, was er lebt — wenn er mit den Patienten spricht, wenn er von seiner Familie, von seinen Sorgen erzählt, wie er ein Problem angeht — immer beeinflussen. Das ist wahrscheinlich auch überhaupt nicht schlecht. Aber wo ich Druckmittel einsetzen muß, da wird es für mich unmoralisch.

dg: Sozialberufler, die von der Kirche nicht akzeptiert werden, finden oft keinen anderen Arbeitsplatz.

Pater Feid: Eben. Wenn ich die Zahlen richtig im Kopf habe, sind ja 90 Prozent der sozialen Einrichtungen immer noch in kirchlicher Trägerschaft oder zumindest stark von kirchlichem Einfluß durchsetzt.

dg: Welche Vorteile haben denn Kirche und Staat von diesem Verhältnis?

Pater Feid: Nun, die religiösen Gemeinschaften, die Diözesen, beziehen ja einen großen Teil ihrer Einnahmen aus diesen Sozialwerken. Und für den Staat, der sich sicher nicht immer wohl dabei fühlt, ist das letztlich eine Güterabwägung. Die Kirche, so, wie sie in ihrer Mehrheit ist, nützt dem Staat.

dg: Könnten nicht Ordensleute auch in nicht-kirchlichen Einrichtungen karitativ arbeiten?

Pater Feid: Das wird ja teilweise in den Ostblockländern so praktiziert, oder auch in Vietnam. Dort arbeiten ganz selbstverständlich auch Priester und Ordensschwestern in Drogen-Rehabilitationszentren und Krankenhäusern. Nur, wenn die Religion zur Privatsache gemacht wird, verliert

die Kirche ihren Einfluß als Institution. Dann kann nur noch der einzelne durch seine Überzeugungsarbeit Einfluß ausüben.

dg: Was hat die Kirche denn davon, wenn ihre Mitarbeiter nur aus opportunistischen Gründen nicht austreten? Wenn die Kirchensteuerzahlung zur Arbeitslosenversicherung wird?

Pater Feid: Ich glaube ja auch nicht, daß das so funktioniert! Es ist zum finanziellen Vorteil der Kirche, über Krankenhäuser zu verfügen, und es ist zum Vorteil des Staates, eine Kirche zu haben, die um *ihres* Vorteils willen im Interesse des Staates sich verhält. Ein gutes Beispiel dafür ist der Umgang mit der Friedensbewegung. Da kommen Richtlinien von den Bischöfen an die einzelnen Pfarrer, daß man Kirchen nicht von der Friedensbewegung zur Ver-

man die Leute nicht mehr, die werden einfach wieder beobachtet.

dg: Dann gibt es die Wende auch in der Kirche?

Pater Feid: Die Wende gibt es, und zwar sehr konkret mit der Wahl dieses Papstes. Man wollte jemanden haben, der diese — ich sage das gar nicht negativ — alten Werte, die traditionellen Werte überzeugend lebt und darstellt. Und man hat einen gefunden, der das von vorgestern so lebt, als wenn es von übermorgen wäre. Und das fasziniert zunächst mal viele Menschen.

dg: Bei Einstellungen und Entlassungen kommt es mitunter vor, daß nichteheliche Verhältnisse eher toleriert werden als etwa Wiederverheiratungen. Sind das Ausrutscher oder steckt System dahinter?



Foto: Erken

„Ein Arbeitgeber wie jeder andere“

dg-Interview mit dem Dominikanerpater Anatol Feid

fügung stellen dürfe. Dafür, daß sie ihre Leute zurückpfeifen, erwarten sie Privilegien. Das wichtigste Privileg scheint mir das Erziehungsprivileg zu sein. Krankenhäuser sind vielleicht nicht mal das entscheidendste.

dg: Läßt sich die große Angst der Kirche vor den Gewerkschaften eigentlich ausschließlich mit Arbeitgeberinteressen erklären? Damit, daß man leichter mit unorganisierten Arbeitnehmern umgehen kann?

Pater Feid: Man kann das natürlich auf Arbeitgeberinteressen zurückführen. Aber diese Interessen werden mit Hilfe einer Ideologie durchgesetzt. Man sagt: Die Kirche ist die Gemeinde Christi, hier gibt es nicht Arbeitnehmer und Arbeitgeber, wir sind hier alle Brüder. Und da ist die Gewerkschaft natürlich fehl am Platze. In der Praxis ist es natürlich überhaupt nicht so.

Und jetzt kommt mit dem neuen Papst — ich würde fast sagen — eine Art Erweckungsbewegung. Man will die Strukturen, die man noch hat, auf keinen Fall aufgeben, sondern sie wieder füllen. Dem kommt natürlich auch die Arbeitslosigkeit entgegen. Vor zehn Jahren hatte man keine Priester. Man hat den Schwerpunkt auf Mitarbeiter gelegt, die keine Priester sind.

Man hat völlig zu Recht gesagt: was braucht man Priester für Verwaltungsarbeiten? Das können andere doch viel besser! Jetzt, bei der Arbeitslosigkeit, braucht

Pater Feid: Es steckt schon ein System dahinter. Ich kenne viele Fälle, da wird gesagt: Ja gut, aber sag das nicht noch! Wir sind alle kleine Sünderlein, und wir haben ja alle unsere Schwächen. Aber wenn du etwas beanspruchst, gar homosexuell bist und mit deinem Freund zusammenleben willst, auch öffentlich, dann bist du weg vom Fenster. Gerade die Wiederverheiratung ist ja auch so ein Anspruch. Da will jemand Rechte in Anspruch nehmen und sich nicht als Sünder fühlen für den Rest seines Lebens.

dg: Gibt es denn nicht so etwas wie Gegendruck?

Pater Feid: Regelrechten Gegendruck spürt man nicht. Die Leute machen einfach das, was sie für richtig halten. Es bringt auch nichts, grundsätzlich darüber diskutieren. Den Leuten, die aus bestimmten Gründen anders leben, würde ich Mut machen, trotzdem zusammen zu leben.

dg: Die Kirche — ein ganz normaler Arbeitgeber?

Pater Feid: Die Kirche ist ein Arbeitgeber wie jeder andere auch, aber ein von vornherein privilegierter Arbeitgeber. Andere müssen sehr viel Bestechungsgelder zahlen, um ähnliche Privilegien zu bekommen. Wir sind von vornherein privilegiert, und das ist eine schlechte Sache, vor allem für die Glaubwürdigkeit der Kirche selbst.

Warum fördert der Staat diese im Sozialbereich kaum noch zu entwirrende Verflechtung von Staat und Kirche, warum darf sich auf die beschriebene Weise ein immer größerer Staat im Staate, nämlich die verfaßte Kirche, bilden, in dem ein erheblicher Teil der sonst geltenden staatlichen Gesetze keine Gültigkeit hat? Daß er es nicht nur gezwungenermaßen toleriert, weil es nun mal Gesetz ist, bewies Johannes Rau, der stolz darauf verwies, daß gerade im sozialdemokratisch regierten Nordrhein-Westfalen kirchliche Krankenhäuser und andere Einrichtungen besonders gefördert werden.

In der französischen Revolution enteignet, heute von Sozialdemokraten gefördert

Konfessionelles Krankenhauswesen hat eine lange Geschichte. Im Gegensatz zu Frankreich, wo schon in der französischen Revolution 1789 die Kirchengüter verstaatlicht wurden, konnte in Deutschland vor allem die katholische Kirche ihre aus dem Mittelalter überkommenen Besitztümer weitgehend retten.

Die Vorfäder der heutigen Krankenhäuser entstanden damals zumeist in Klöstern als Einrichtung zur Pflege erschöpfter und erkrankter Pilger (Pilgerheime ca. um 1100 u. Z.), etwa ab 1600 bis 1700 entstanden größere, den heutigen Krankenhäusern vergleichbare Einrichtungen. Diese übernahmen dann allmählich auch die Versorgung der Bewohner einer Stadt oder des Umlandes, soweit sie dies leisten konnten.

Vertraglich geregelt werden die Beziehungen zwischen Staat und Kirche in Konkordaten. Zwischen dem deutschen Reich und dem heiligen Stuhl in Rom wurde 1933 ein Konkordat geschlossen. Die entsprechenden Bestimmungen aus der Weimarer Reichsverfassung wurden als Artikel 140 ins Grundgesetz der Bundesrepublik übernommen.

Juristisch also leiten die Kirchen ihre Sonderrechte aus diesen Konkordaten ab, geschichtlich erklärt sich die Bedeutung der Kirchen für die Gesundheitsversorgung aus der Zeit, als Krankenpflege und -versorgung noch kein staatliches Anliegen war. Die katholische Kirche konnte diese Aufgabe damals mit Mitgliedern ihrer Orden (z. T. spezielle Krankenpflegeorden) ausführen, die evangelische Kirche seit dem Ende des neunzehnten Jahrhunderts mit Diakonissen. Heute ist der Anteil „eigener“ Personals in kirchlichen Krankenhäusern beider Konfessionen minimal. Selbst die Verwaltung und Leitung dieser Häuser wird vorwiegend von weltlich ausgebildetem Personal wie Verwaltungsfachleuten und Juristen ausgeübt, denn natürlich ist nicht qua Amt der Gemeindepfarrer oder der Bischof qualifiziert, ein Krankenhaus zu leiten.

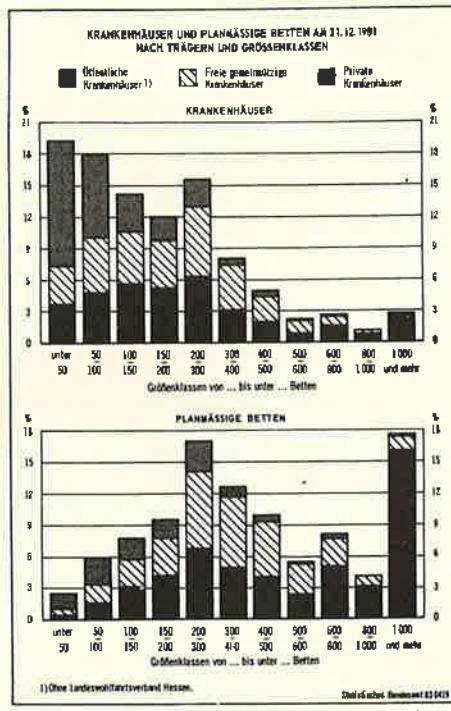
Im gesamten Sozialbereich hat inzwischen die katholische Kirche, und in geringerem Umfang auch die evangelische, eine solche Machtstellung erreicht, daß sie dem Staat mit der Einstellung oder Reduzierung ihrer Leistungen drohen können in einem Um-

Beide profitieren: Macht für die Kirche — brave Bürger für den Staat

fang, den dieser kurzfristig gar nicht ersetzen könnte, wenn er es wollte.

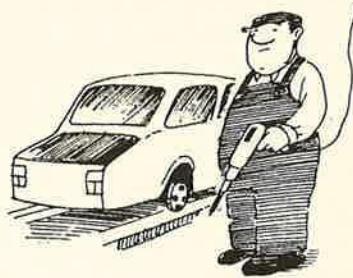
Neben diesen Nachteilen, den finanziellen Verpflichtungen und den Verlusten an gesetzgeberischer Kompetenz, brachte die Übertragung sozialer Aufgaben auf Kirchliche Träger dem Staat auch erhebliche Vorteile.

Zumindest solange die Kirchen mit viel „eigenem“ Personal arbeiten konnten, konnten die Leistungen teilweise erheblich billiger erbracht werden, da diese „eigenen“



Leute erheblich ausgebeutet wurden. So müssen erst seit den siebziger Jahren von den Kirchen Rentenbeiträge an die BfA für Ordensleute entrichtet werden, sonst übliche Arbeitszeitregelungen gelten für diese sowieso nicht. So wurde z. B. im Josefs-Hospital Bonn-Buel bis vor kurzer Zeit noch der Labordienst rund um die Uhr incl. Wochenden von einer einzigen Laborronne ausgeführt, dafür braucht man in weltlichen Einrichtungen unter Einhaltung der Tarifverträge vier bis fünf Leute. Auch die Arbeitszeiten von Ordensschwestern als Stationsschwestern z. B. ließen und lassen sich nach 40-Stunden-Wochen nicht messen. Dieser Kostenvorteil beim Faktor Arbeitskraft hat sich allerdings mit der Notwendigkeit, weltliches Personal unter mehr oder weniger weltlichen Bedingungen einzustellen, weitgehend verringert. Kirchliche Krankenhäuser mit ähnlichen Aufgaben wie weltliche unterscheiden sich in den Tagessätzen heute nicht mehr ernsthaft.

Trotzdem hat ein Staat Vorteile davon, einen großen Bereich wie Sozial- und Gesundheitsdienst zu haben, in dem über eine halbe Million Mitarbeiter weniger Mitbestimmungsrechte haben, die Ableistung von Mehrarbeit unter Verweis auf christliche und soziale Pflichten verlangt wird, unter Ver-



Am Baude steht der Erwin Krämer, seines Zeichens Arbeitnehmer

weis auf die kirchlichen Moralgesetze die Dienstnehmer auch außerdiensllich zu angepaßtem und nicht allzu aufmüfigem Verhalten angehalten werden können. Forderungen nach mehr Mitbestimmung lassen sich leicht abschmettern mit Verweis auf diesen großen Bereich, wo schon die jetzigen Mitbestimmungsrechte nicht gelten. Maßhalteappelle und Sparbeschlüsse sind wirkungsvoller, wenn die Kirchen sie in ihrem Bereich unterstützen wie schon 1975 die Ar-



Hier dagegen Dr. Reber ist von Berufe Arbeitgeber

beitsrechtliche Kommission der evangelischen Kirche: Sie empfahl, zur Kostensenkung einzelne Arbeitsbereiche wieder verstärkt auf ehrenamtliche Kräfte zu übertragen, die Arbeitszeiten für „eigene“ Mitarbeiter wieder zu verlängern, oder einzelne Arbeitsbereiche sogar ganz einzustellen. Der jetzigen konservativen Regierung kommt die konservative „Wende in der katholischen Kirche seit der Wahl des jetzigen Papstes besonders gelegen. Nichts anderes predigt die Regierung den Bürgern: zurück zu den alten Werten Fleiß, Anständigkeit und Bescheidenheit statt 35-Stunden-Woche und mehr Mitbestimmung.



Zu dem sprach der Pastor von Bremen: „Geben ist seliger als Nehmen!“

Mitarbeiterrechte bei der Kirche sind nicht überwältigend. Aber oft werden nicht einmal die vorhandenen genutzt. Manfred Plum sagt, was auch in der Kirche verbrieftes Recht ist.

Die betriebliche Interessenvertretung in katholischen Krankenhäusern wie in allen kirchlichen Betrieben wird durch die „Rahmenordnung der katholischen Kirche für eine Mitarbeitervertretungsordnung vom 24. 1. 1977“ (kurz: MAVO) arbeitsrechtlich anerkannt geregelt. Die MAVO ist dennoch bindende Ordnung bei der Organisation und Repräsentation der Beschäftigten an kirchlichen Einrichtungen, entsprechend dem Personalvertretungsgesetz im Öffentlichen Dienst sowie dem Betriebsverfassungsgesetz in privaten Betrieben. In § 118 des Betriebsverfassungsgesetzes (BetrVG) und § 112 des Personalvertretungsgesetzes (BPersVG) ist die Freistellung der Religionsgemeinschaften und ihrer karitativen und erzieherischen Einrichtungen von den Bestimmungen dieser Gesetze fixiert.

Es ist lohnend, die historische Herausbildung dieser Sonderstellung zu betrachten: die erste umfassende Regelung der Betriebsverfassung in Deutschland, das Betriebsrätegesetz von 1920, erfaßte auch die Kirchen, die dies damals widerspruchlos hinnahmen; der Regierungsentwurf zum ersten Betriebsverfassungsgesetz der BRD von 1950 bezog ebenfalls die Kirchen als Tendenzunternehmen ein; in der endgültigen Fassung des Gesetzes im Jahre 1952 war jedoch in § 118 eine Freistellung der Kirchen erfolgt, um keine abweichende Regelung von den Bestimmungen in der DDR (Freistellung der Kirchen vom BetrVG der DDR) zu schaffen und so die Einheit der Kirche in ganz Deutschland nicht zu gefährden bzw. „die Lage der kirchlichen Einrichtungen in der Ostzone (zu) verschlechter(n) ...“ (Zitat Bundesstagsprotokoll 1952). Zudem hatte Kardinal Frings als Vorsitzender der Deutschen Bi-

der 22 Bistümer ist die MAVO inzwischen vom Bischof als oberstem kirchlichem Gesetzgeber in Kraft gesetzt — mit geringfügigen Abweichungen. Im Bistum Würzburg existiert interessanterweise eine dem staatlichen Personalvertretungsgesetz angepaßte „Personalvertretungsordnung“.

Die MAVO ist nicht nur innerkirchliches Recht, sondern klarer Bestandteil der staatlichen Arbeitsrechtsordnung. Bei Rechtsstreitigkeiten zwischen kirchlichem Arbeitgeber und Arbeitnehmer beachten die Arbeitsgerichte vom Mitarbeitervertretungsrecht geregelte Sachverhalte, d. h. die Stellungnahme der MAV; der Arbeitnehmer kann gegenüber dem Arbeitsgericht hierauf bestehen (z. B. Kündigungsschutzklage). Bei Streitigkeiten aus dem Mitarbeitervertretungsrecht zwischen Arbeitgeber und MAV (z. B. Wahlbarkeit von Mitarbeitern, Urlaubsregelung, Festlegung der Arbeitszeit) sind nicht die staatlichen Gerichte, sondern sogenannte Schlichtungsstellen als besondere kirchliche Gerichte auf Bistumsebene zuständig. Beschlüsse der Schlichtungsstelle sind allerdings durch ordentliche Gerichte überprüfbar, wenn hierdurch für alle geltende Gesetze verletzt werden.

Die MAVO postuliert in der Präambel einen religiösen Bezug des Dienstes an kirchlichen Einrichtungen, als sei jedem Arbeitnehmer bei Abschluß des Arbeitsvertrages kirchliches Sendungsbewußtsein überzustülpen. Der Interessengegensatz Arbeitgeber — Arbeitnehmer wird gelegnet und statt dessen die verschleiernde Ideologie der Dienstgemeinschaft ohne Rücksicht auf die arbeitsrechtliche Stellung vorgegeben.

Eine MAV muß an kirchlichen Einrichtungen mit mindestens fünf Mitarbeitern gewählt werden, unabhängig von der Rechtsform (Stiftung, GmbH, e.V., Genossenschaft). Die MAV vertritt hauptberufliche, nebenberufliche und auszubildende Mitarbeiter in nicht leitender Stellung, also auch Stundenfrauen und Krankenpflegeschüler. Positiv ist die fehlende Differenzierung zwischen Arbeitern und Angestellten; dies bleibt für den Öffentlichen

der Gewerkschaften und keine Festlegung des Wahlzeitpunktes und macht so einen organisierten Wahlkampf unmöglich. MAV-Arbeit ist ehrenamtlich, eine Regelfreistellung von Mitarbeitervertretern ist nicht vorgesehen, Fortbildungsurkaub wird nur für von der Caritas, also vom Arbeitgeber durchgeführte Veranstaltungen und Seminare gewährt; Mitarbeiterversammlungen sind mindestens einmal jährlich vorgeschrieben.

An Mitwirkungsrechten sind vorgesehen: Information, Anhörung, Vorschlags- und Antragsrecht sowie Beteiligung an zustimmungspflichtigen Entscheidungen des Arbeitgebers. Vetorechte und Mitbestimmung kennt die MAVO nicht. Unter das Informationsrecht fallen: Vorlage von Unterlagen, Vorbringen von Beschwerden, Einstellungsverfahren (Bewerbungsunterlagen), Einsicht in Personalakten (mit Zustimmung des Mitarbeiters). Das Anhörungsrecht erstreckt sich auf: Hausordnung, Stellenplan, Arbeitszeit, Fortbildung, ordentliche Kündigung, Arbeitsschutz, Sozialplan, Wohnungswirtschaft, außerordentliche Kündigung von Wahlausschuß- und MAV-Mitgliedern. Bei Einwänden der MAV ist lediglich eine gemeinsame Sitzung vorgesehen, danach ist der Arbeitgeber in seiner Entscheidung frei.

Die Möglichkeit, selbst aktiv zu werden, bietet sich für die MAV beim Vorschlagsrecht (Information, Hausordnung, Maßnahmen zur Hebung der Arbeitsleistung (!), berufliche Fortbildung, Arbeitsschutz) sowie, im Konfliktfall, auch über die Schlichtung, beim Antragsrecht (Arbeitszeit, Urlaubsplan, Ausbildung, Veranstaltungen für Mitarbeiter, soziale Einrichtungen). Eine Beteiligung der MAV in Form ihrer Zustimmung ist zwingend vorgesehen bei: Festlegung der Arbeitszeit, Urlaubsplan, Einstellungsverfahren, Höher- und Rückgruppierung, Versetzung, Veranstaltungen für Mitarbeiter, Sozialeinrichtungen, Festlegung von Bereitschaftsdiensten. Bei fehlender Zustimmung kann nur das Schlichtungsverfahren eingeleitet werden. Zustimmungsverweigerung setzt allerdings den Nachweis eines Verstoßes gegen Rechtsverordnungen oder einer unzutrefflichen Störung des Betriebsfriedens voraus und ist somit auf Ausnahmesituationen beschränkt.

Die Schlechterstellung der kirchlichen Mitarbeiter in Sachen Betriebsverfassung gegenüber ihren Kollegen im Öffentlichen Dienst und an privaten Betrieben ist eine Tatsache. Erfolgreiche Mitwirkung ist, das zeigt die Erfahrung, trotzdem möglich in dem Maße, wie aktive, gewerkschaftlich organisierte Mitarbeitervertreter die falsche Ideologie der Dienstgemeinschaft ablehnen, eine konsequente und transparente Interessenvertretung gegenüber dem Arbeitgeber praktizieren und die Belegschaft durch gute Information und vernünftige Forderungen zu mobilisieren vermögen.

Manfred Plum

Literatur: ÖTV (Hrsg.): Rahmenordnung für eine Mitarbeitervertretungsordnung der katholischen Kirche. Kurzkommentar von R. Bietmann. Stuttgart 1982.

Dr. med. Manfred Plum ist Mitarbeitervertreter und ehemaliger MAV-Vorsitzender am Marienhospital Herne I.

MAV und MAVO

Arbeitnehmerrechte in kirchlichen Einrichtungen

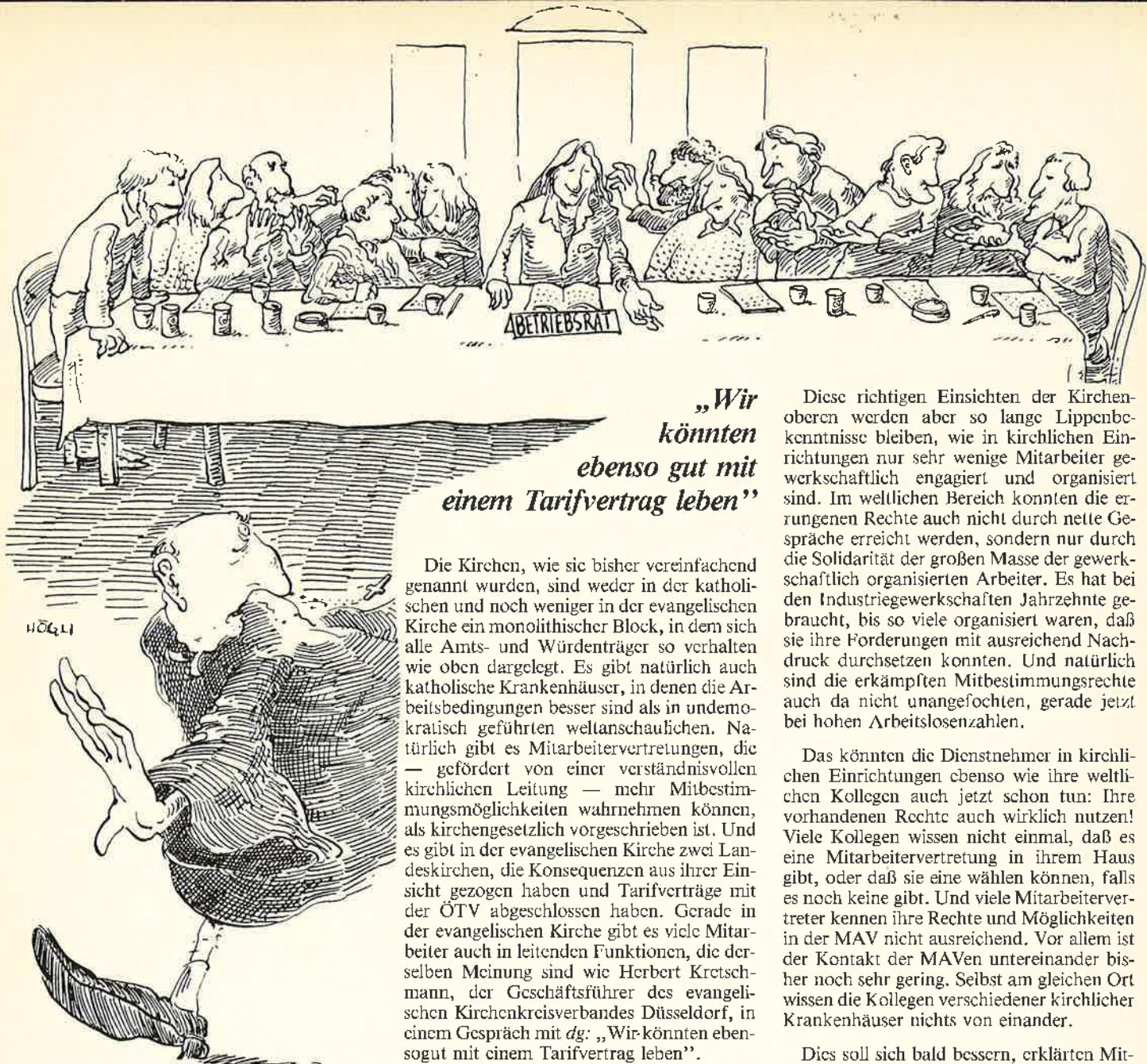
schofskonferenz dem damaligen Bundeskanzler Adenauer versichert, die Kirche werde für den Fall ihrer Freistellung ein in sozialer Hinsicht beispielhaftes Mitbestimmungsrecht schaffen.

Zunächst tat sich jedoch fast zwanzig Jahre lang gar nichts. Lediglich die „Deutsche Caritas“ brachte 1956 für unmittelbar dem Caritasverband angeschlossene Einrichtungen eine „Ordnung für Mitarbeitervertretungen“ heraus. Erst 1971, als im Bundestag die Reform des BetrVG beraten wurde und die kirchliche Feststellungsklausel umstritten war, erließ die katholische Kirche die „Rahmenordnung für Mitarbeitervertretungen“, die von den einzelnen Diözesen übernommen werden sollte und am 24. 1. 1977 durch die heute noch gültige Neufassung abgelöst wurde. In 21

Dienst ein noch zu erkämpfendes Ziel (einheitliches Dienstrecht).

Aktives Wahlrecht ist erst an sechsmonatige, passives Wahlrecht an zwölfmonatige Betriebeugehörigkeit gebunden. Aktives Wahlrecht wird Teilzeitbeschäftigte vorerhalten. Passives Wahlrecht setzt auch das Fehlen kirchenrechtlicher „Unwürdigkeit“ voraus (Scheidung, Exkommunikation, Kirchenausstoss) sowie Mitgliedschaft in der katholischen Kirche. Manche Bistümer fordern Mitgliedschaft in irgendeiner Kirche; danach könnte z. B. ein syrischer Angehöriger des Islam gewählt werden, ein konfessionsloser Bundesbürger jedoch nicht!

Die Amtszeit der MAV beträgt drei Jahre. Die MAVO kennt kein Vorschlagsrecht



**„Wir
können
ebenso gut mit
einem Tarifvertrag leben“**

Die Kirchen, wie sie bisher vereinfachend genannt wurden, sind weder in der katholischen noch in der evangelischen Kirche ein monolithischer Block, in dem sich alle Amts- und Würdenträger so verhalten wie oben dargelegt. Es gibt natürlich auch katholische Krankenhäuser, in denen die Arbeitsbedingungen besser sind als in undemokratisch geführten weltanschaulichen. Natürlich gibt es Mitarbeitervertretungen, die — gefördert von einer verständnisvollen kirchlichen Leitung — mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten wahrnehmen können, als kirchengesetzlich vorgeschrieben ist. Und es gibt in der evangelischen Kirche zwei Landeskirchen, die Konsequenzen aus ihrer Einsicht gezogen haben und Tarifverträge mit der ÖTV abgeschlossen haben. Gerade in der evangelischen Kirche gibt es viele Mitarbeiter auch in leitenden Funktionen, die derselben Meinung sind wie Herbert Kretschmann, der Geschäftsführer des evangelischen Kirchenkreisverbandes Düsseldorf, in einem Gespräch mit dg: „Wir könnten ebenso gut mit einem Tarifvertrag leben“.

Es kommt aber darauf an, auszuloten, ob dies nur Lippenbekenntnisse sind, weil die Gefahr zur Zeit nur klein ist, daß es soweit kommt. Denn der gleiche Geschäftsführer sagt einige Sätze weiter auch: „Eigentlich dürfte es in kirchlichen Einrichtungen keine unlösbaren Konflikte geben. Vom Anspruch und Selbstverständnis der Kirche her muß man immer miteinander reden können, auch bei Konflikten.“

Wie sich Mitarbeiter denn verhalten sollen, wenn sie keinen so verständnisvollen Chef haben, konnte er dg auch nicht beantworten.

In der katholischen Kirche entsprechen die Forderungen nach Gleichstellung der kirchlich gebundenen Mitarbeiter mit weltlichen Arbeitnehmern eigentlich der Glaubenslehre des höchsten Amtsträgers: „Die Angehörigen aller Berufe können sich der Gewerkschaften zur Sicherung der jeweiligen Rechte bedienen“, so heißt es in der Enzyklika „Laborem exercens“ von Papst Johannes Paul II. Mit dem Synodenbeschuß „Kirche und Arbeiterschaft“ hat kurz darauf die katholische Kirche in der Bundesrepublik festgestellt, daß „die Förderung der Lebenslage der Arbeiter ohne Gewerkschaften nicht möglich“ sei.

Diese richtigen Einsichten der Kirchenoberen werden aber so lange Lippenbekenntnisse bleiben, wie in kirchlichen Einrichtungen nur sehr wenige Mitarbeiter gewerkschaftlich engagiert und organisiert sind. Im weltlichen Bereich konnten die erungenen Rechte auch nicht durch nette Gespräche erreicht werden, sondern nur durch die Solidarität der großen Masse der gewerkschaftlich organisierten Arbeiter. Es hat bei den Industriegewerkschaften Jahrzehnte gebraucht, bis so viele organisiert waren, daß sie ihre Forderungen mit ausreichend Nachdruck durchsetzen konnten. Und natürlich sind die erkämpften Mitbestimmungsrechte auch da nicht unangefochten, gerade jetzt bei hohen Arbeitslosenzahlen.

Das könnten die Dienstnehmer in kirchlichen Einrichtungen ebenso wie ihre weltlichen Kollegen auch jetzt schon tun: Ihre vorhandenen Rechte auch wirklich nutzen! Viele Kollegen wissen nicht einmal, daß es eine Mitarbeitervertretung in ihrem Haus gibt, oder daß sie eine wählen können, falls es noch keine gibt. Und viele Mitarbeitervertreter kennen ihre Rechte und Möglichkeiten in der MAV nicht ausreichend. Vor allem ist der Kontakt der MAVen untereinander bisher noch sehr gering. Selbst am gleichen Ort wissen die Kollegen verschiedener kirchlicher Krankenhäuser nichts von einander.

Dies soll sich bald bessern, erklärten Mitarbeiter verschiedener MAVen bei einem Treffen im Dezember in Köln. Zumindest in Nordrhein-Westfalen soll versucht werden, bei regelmäßigen Treffen der MAVen katholischer Einrichtungen Erfahrungen auszutauschen und gemeinsame Arbeit zu planen. Nur so wird etwas auszurichten sein angesichts der schon lange funktionierenden zentralen Absprachen der Arbeitgeber z. B. in regelmäßigen Treffen der Krankenhausleitungen und hinsichtlich der Ablehnung unliebsamer Stellenbewerber.

Und auch in Kreisen kirchlicher Mitarbeiter regt sich Widerstand gegen den zunehmenden Druck der Dienstherren: Das Komitee „Christenrechte in der Kirche“ sammelt schlimme Fälle der Benachteiligung oder Entlassung kirchlicher Mitarbeiter und versucht zumindest in Einzelfällen, Hilfe zu leisten.

Das Ziel aller gemeinsamen Aktivitäten benannte Paul Schobel, Industriepfarrer in Böblingen, so: „Nun geht es den Gewerkschaften gewiß nicht darum, in die Autonomie der Kirchen hineinregieren oder gar Amt und Verkündigung antasten zu wollen. Es geht vielmehr und ausschließlich darum, daß kirchliche Mitarbeiter nicht länger minderprivilegierte Arbeitnehmer bleiben.“

Gabriele Bernhard

„Komitee Christenrechte in der Kirche“

Christen, die etwa als wiederverheiratete Geschiedene oder als Homosexuelle ihren Arbeitsplatz verlieren, können sich an das „Komitee Christenrechte in der Kirche“ wenden. Die Organisation, der etwa 7000 katholische und evangelische Christen angehören, bringt Fälle von Diskriminierung kirchlicher Mitarbeiter an die Öffentlichkeit.

In den 23 Regionalgruppen des Komitees werden auch Fragen wie Zölibat, Priesterwahl von Frauen, Entzug der kirchlichen Lehrerlaubnis usw. behandelt. Seine Gründung geht auf den Entzug der kirchlichen Lehrerlaubnis für den katholischen Theologen Hans Küng zurück.

Anschrift:
Komitee Christenrechte in der Kirche
Frau Anne Jensen
Charlottenstraße 21
7400 Tübingen

Das „Heilmittelwerbegesetz“ bietet eine beschränkte Handhabe gegen verantwortungslose Arzneimittelwerbung. Aber wer kennt das Gesetz, und wer wendet es an?

kennbarkeit, nicht Lesbarkeit. Und das ist — juristisch betrachtet — ein Unterschied!

Diese wenigen Beispiele von Mängeln, Widersprüchen und Verstößen im Zusammenhang mit dem HWG stehen stellvertretend für täglich zigfach begangene Anschläge auf die Arzneimittelsicherheit des Verbrauchers durch die Laienwerbung.

Wer aber von den Verbrauchern, wer von den Ärzten und Apothekern kennt schon das HWG? Während hier von allem Treu und Glauben in das Gesetz und seine Einhaltung vorherrschen, hat sich die Pharma-Industrie — wen wundert's — sehr ausführlich mit dem seit Januar 1978 geltenden HWG befaßt. Sie suchte gründlich nach Schwachstellen, formulierte in ihren Kommentaren genehme Interpretationen und fährt gut damit.

So steht es im Gesetz:

Paragraph 3 verbietet eine irreführende Werbung. Sie liegt u.a. dann vor, wenn Arzneimitteln eine therapeutische Wirksamkeit oder Wirkungen beigelegt werden, die sie nicht haben. Eine Irreführung ist es auch, wenn fälschlich der Eindruck erweckt wird, daß ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann und bei bestimmungsgemäßem oder längerem Gebrauch keine schädlichen Wirkungen eintreten.

Paragraph 4 legt fest, welche Angaben die Laienwerbung mindestens enthalten muß. Angegeben werden müssen der Herstellername, der Name des Medikaments und seine Anwendungsbereiche. Die Zusammensetzung kann genannt werden, Angaben über Nebenwirkungen und Gegenanzeigen können entfallen, wenn sie nicht gemacht werden können. Warnhinweise sind anzugeben, wenn sie für die Kennzeichnung der Behältnisse und äußeren Umhüllungen vorgeschrieben sind. Alle hier verlangten Angaben müssen mit denen der Packungseinlage übereinstimmen.

Paragraph 10 verbietet die Werbung für verschreibungs-pflichtige Arzneimittel beim Laien sowie die Werbung für Medikamente, die dazu bestimmt sind, beim Menschen die Schlaflosigkeit oder psychische Störungen zu beseitigen oder die Stimmungslage zu beeinflussen.

Paragraph 11 verbietet die Werbung mit der Wiedergabe von Krankengeschichten, mit der bildlichen Darstellung von

Es wird gelogen, daß sich die Balken biegen

**Ingeborg Simon
zur Laienwerbung
für Arzneimittel**

Laienwerbung, wie sie jeder von uns kennt:

- „Eusovit® strafft die Haut, läßt sie jugendlich erscheinen, steigert die Leistungsfähigkeit. Es brachte den VfB Stuttgart auf einen vorderen Tabellenplatz. Einzigartig!“ meint der amerikanische Vitamin-Papst Dr. Shute.“ (BILD S. 12 vom 4. 11. 83)

Anmerkung dazu:
Obgleich das Heilmittelwerbegesetz (HWG) Irreführung verbietet und ein Mindestmaß an Information verlangt, ist diese als Gesundheitsartikel getarnte Werbung möglich. „Werbemaßnahmen, die quasi versteckt in den Medien untergebracht werden, können allenfalls unter Heranziehung des Landespressengesetzes, in der Regel aber wohl gar nicht, verfolgt werden.“ (Ministerialrat Dr. Jägerhuber, Baden-Württemberg)

- Recatol® — umsatzstarker Appetitzügler — wirbt mit dem Slogan „Abnehmen und dabei Mensch bleiben“. (Brigitte 19/83 S. 184)

Anmerkung dazu:
In sehr klein gedruckten Verbraucherinformationen sucht man vergebens die Angabe wichtiger Nebenwirkungen wie die der Gefahr der Abhängigkeit und schwerer geistiger Veränderungen bei Dauergebrauch. Sie fehlen, obgleich das HWG sie verlangt.

- Bio Bekunis®, „die neue Absführ-Spezialität für Schwangere.“ („Wegweiser aus der Apotheke“ vom Dezember 83)

Anmerkung dazu:
Während der Preis einer „Vor-tilspackung“ stark herausgestellt wird — obgleich das HWG Preisangaben nicht verlangt —, fehlen die gerade für Schwangere wichtigen Angaben über die Zusammensetzung des Mittels. Sie werden vom HWG auch nicht verlangt. Die dann folgenden Verbraucherhinweise sind so winzig ausgedruckt, daß sie für den Laien unlesbar sind. Aber: das ist kein Verstoß gegen das HWG, denn es verlangt nur Er-

Personen in Berufskleidung oder bei der beruflichen Ausübung. Es dürfen keine fremd- und fachsprachlichen Bezeichnungen verwendet werden, so weit sie nicht in den allgemeinen Sprachgebrauch eingegangen sind.

Auffällig im HWG sind folgende Mängel bzw. Auslassungen:

- Die Zusammensetzung des Arzneimittels kann dem Verbraucher vorenthalten werden.
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sowie mit Nahrungs- und Genußmitteln müssen überhaupt nicht angegeben werden.
- Die gesetzlich verlangten Mindestangaben müssen sich am Inhalt des Beipackzettels orientieren, dessen Inhalt zum großen Teil ergänzungs- und erneuerungsbedürftig ist. Grade bei den Alt-Arzneimitteln (und sie machen immer noch den Hauptteil aller Arzneimittel aus) sind die Packungsinformationen — und damit automatisch auch die Angaben in der Laienwerbung — oft weit hinter dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zurück, da sie erst ab 1990! den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes entsprechen müssen.
- Da für die wichtigen Verbraucherinformationen nur Erkennbarkeit gefordert wird, sind sie häufig nur mit großer Mühe auch lesbar.

Soweit zum Gesetz selber, nun zu seiner Kontrolle auf Einhaltung. Dafür sind die Überwachungsbehörden der Länder zuständig. Sie haben sich gemäß Paragraph 64 (3) des Arzneimittelgesetzes davon zu überzeugen, daß die Vorschriften über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens beachtet werden.

Ist schon das HWG selbst voller

Mängel, so ist es seine Überwachung noch mehr. Das belegen am überzeugendsten die mit der Kontrolle beauftragten Beamten selbst.

Das soll an einigen Beispielen näher erläutert werden.

- 1.) Die Überwachung der Heilmittelwerbung ist seit dem Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes am 1.1.1978 eine völlig neue zusätzliche Aufgabe für die Landesbehörden. Dennoch wurden die Behörden weder personell noch finanziell entsprechend umfangreicher ausgestattet. Damit ist eine mangelhafte bis Gar-nicht-Kontrolle schon vorprogrammiert. Die Überwachungsbeamten räumen selbst ein, daß sie in der Regel nur auf Anzeigen von außen reagieren (können), zumal sie auch weder Kenntnis noch Überblick über die von ihnen zu überwachenden Druckerzeugnisse haben. In Baden-Württemberg tritt zweimal jährlich eine Sachverständigenkommission zusammen, die dan an Hand von Stichproben von jeweils drei Tagen u.a. eine Auswertung der Zeitungen und Zeitschriften vornimmt und gegebenenfalls aktiv wird — und das ist schon eine besondere Leistung. Das Eingeständnis, daß in der Praxis kaum Bußgeld- und Strafverfahren eingeleitet werden, kann da nicht mehr überraschen. Diese traurige Bilanz steht im krassen Gegensatz zu der von niemandem bestrittenen Tatsache, daß gerade in der Arzneimittelwerbung gegenüber Laien gelogen wird, daß sich die Balken biegen.
- 2.) Die verschiedenen Kommentare zum HWG zeigen teilweise starke Abweichungen in der Interpretation einzelner Paragraphen. Dazu zwei Beispiele: Während das Bundesgesundheitsamt der Auffassung folgt,

die Pflichtangaben wie z. B. Nebenwirkungen und Gegenanzeigen „sollten der zentralen Bedeutung, die die Informationen für die Therapie haben, Rechnung tragen und so erkennbar sein, daß auch der flüchtige Beobachter sie wahrnimmt,“ sind die pharmazeutische Industrie und offenbar auch einzelne Behörden der Auffassung, daß „erkennbar“ noch nicht „lesbar“ bedeuten muß. So beruft sich z.B. die Abteilung Pharmaziewesen beim Senator für Gesundheit, Soziales und Familie Berlin auf die Ausführungen eines Münchener Augenarztes (!), der eine 4-Punkt-Schrift (1,504 mm Höhe) noch für zumutbar hält. „Diese Schrift ist sogar aus 50 cm Entfernung mit der Sehschärfe unter 1,0 noch zu lesen ... Aber auch für Sehschwäche, deren Sehschärfe unter 0,6 liegt — meist sind das ältere Menschen — ist ein solcher Text lesbar, wenn sie eine zusätzliche Lesehilfe z. B. eine Leselupe zur Hand nehmen.“ Bei Zeitungsdruckern gilt eine Schrifttype unter 6 Punkt (Höhe: 2,56 mm) als untere Grenze der Lesbarkeit.

Mit der Rechtsunsicherheit

beim Werbeverbot für Schlafmittel mußte sich sogar schon der Bundesgerichtshof befassen. Er entschied, daß unter ein Werbeverbot nur solche Mittel fallen, die den Schlaf erzwingen, nicht aber solche, die lediglich dazu dienen, die Schlafbereitschaft zu fördern. Wie soll nun der Laie im Anblick einer auf weichen Wolken schlafenden Frau mit seligem Gesichtsausdruck (Reklame für MORDORM - S erkennen, daß hier nicht für ein Mittel gegen Schlaflosigkeit geworben wird! Diese Haarspalterien mit dem Segen des Bundesgerichtshofs machen eine extensive Schlafmittelwerbung möglich.

3.) Die Überwachungsbehörden stehen mit dem Auftrag, die Heilmittelwerbung zu kontrollieren, noch ganz am Anfang. Sie treffen dabei auf routinierte an Erfahrung reiche Organisationen, die von der pharmazeutischen Industrie seit langem unmittelbar oder mittelbar finanziert werden wie z. B. der „Gemeinschaftsausschuß zur Selbstkontrolle der Heilmittelwerbung“, der „Zentralausschuß für Werbewirtschaft“, die „Begegungsstelle für Arzneimittelwerbung“, der „Verein für

lautere Heilmittelwerbung“, der „Arbeitsausschuß für wissenschaftliche Information und Werbung“ des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, der Verein „pro virtute“ etc. Angesichts der eigenen Übersforderung neigen die meisten Kontrollbehörden dazu, das Feld angesichts der Existenz zahlreicher „Selbstkontrollorgane“ der Industrie dieser teilweise oder ganz zu überlassen. „Der Staat sollte bei der Aufgabenerfüllung dort der Selbstkontrolle und Selbstverwaltung den Vorrang lassen, wo diese funktionsfähig und funktionstüchtig sind ... Soweit Selbstkontrollmaßnahmen wirksam sind, besteht für die staatlichen Überwachungsbehörden meines Erachtens keine Notwendigkeit einzutreten.“ (Pharmaziedirektor Dr. Fresenius, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport, Rheinland-Pfalz)

4.) Aus Insider-Kreisen stammt die Aussage, daß es auch Behörden gibt, „bei denen man gelegentlich den Eindruck hat, daß sie Verstöße gegen eigene Unternehmen nicht erkennen oder nicht erkennen dürfen“ (Ministerialrat Dr. Jägerhuber, Baden-Württemberg).

Ein unzureichendes Gesetz zum Schutz des Verbrauchers und schwerwiegende Mängel in der Überwachungspraxis der zuständigen Landesbehörde zwingen zum Handeln!

Auf ihrem Gewerkschaftstag 1976 nahm die ÖTV den von der Fachgruppe Apotheken in der ÖTV Berlin eingebrachten Antrag, sich für ein generelles Arzneimittelwerbeverbot einzusetzen, an, statt dessen sollen — so die ÖTV — industrieunabhängige Informationszentren aufgebaut werden. Seitdem die Selbstmedikation des Bürgers zum gesundheitspolitischen Programm der Regierung gehört — die Einführung der Negativlisten, die die Verordnung ganzer Arzneimittelgruppen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ausschließen sowie ihre sich heute schon abzeichnende Erweiterung sind dafür deutlichster Beweis — power die Pharmaindustrie nach ei-

genen Angaben mehr denn je in die Laienwerbung, um so auf die Kaufentscheidung des „mündigen“ Bürgers Einfluß zu nehmen. (Die dafür aufgewendeten Mittel in Milliardenhöhe werden dann zu unserer aller Lasten voll auf die Preise abgewälzt.)

Wenn das unter den dargestellten Bedingungen passiert, muß jedem klar werden, daß hier der Bürgersicherung und der Arzneimittelsicherheit neue Gefahren drohen. Die Dringlichkeit des Arzneimittelwerbeverbots der ÖTV muß ständig — auch durch das Anzeigen von Verstößen gegen das HWG — unterstrichen werden.

Nach dem Studium des Heilmittelwerbegesetzes, dessen siebzehn Paragraphen einigermaßen verständlich und übersichtlich sind, ist jeder in der Lage, zumindest formale Verstöße, die an der Tagesordnung sind, zu melden (an den zuständigen Senator, Regierungspräsidenten, am Gesundheitsamt — das ist je nach Land unterschiedlich). Wünschenswerte Versuche allerdings, die allseits bekannte Praxis der Irreführung des Verbrauchers hinsichtlich der Wirkungen eines Arzneimittels im konkreten Fall zur Anzeige zu bringen, sind gegen die Gutachtermafia der Industrie nicht durchsetzbar, auch wenn eine Juristin des Bundesgesundheitsamtes in der Anwendung des § 263 StGB „eine — leider nur selten benutzte — Handhabe gegen nicht gerechtfertigte Wirksamkeitsansprüche“ sieht. (Ob die am 1.1.1983 in Kraft getretene neue Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Arzneimittelgesetzes an der massiven Irreführung etwas ändern wird, bleibt abzuwarten.)

Lassen wir die Behauptung der Werbung, sie könne Busen liften, Liebesverlust erzeugen, Haare wieder zum Wachsen bringen, beiseite — es gibt auch sonst genug anzuziegen. Und das scheint z. Zt. das einzige Mittel, um die Überwachungsbehörden der Länder zum Handeln zu bewegen, die aus Opportunismus oder Blauäugigkeit dabei sind, zu Gunsten der Pharmaindustrie das Feld ganz zu räumen!

„Vorsicht, Arzneimittel!“ ist der Titel einer Broschüre zur Laienwerbung, die von der Fachgruppe Apotheken in der Berliner ÖTV herausgegeben wird. Sie ist im Oktober 83 erschienen und kann bezogen werden bei der ÖTV, Joachimsthaler Straße 20, 1000 Berlin 15.



In den Landesblättern war eitel Sonnenschein: Zustimmung auf breiter Basis wurde den Plänen von Gesundheitsminister Geißler signalisiert: an das sechsjährige Medizinstudium soll eine zweijährige Praxisphase angehängt werden. Was viele Monate lang unermüdlich als großer Wurf zur Verbesserung der ärztlichen Ausbildung angekündigt wurde, entpuppt sich bei näherem Hinsehen als schlichter Rückfall in die Zeiten vor der Approbationsordnung, also als Wiedereinführung der Medizinalassistentenzeit. Geißlers Semantiker-Truppe — ansonsten mit der Produktion von Wort-Geschoßhülsen für die politische Schlammenschlacht beschäftigt („die Pazifisten haben Auschwitz erst möglich gemacht“) — machten aus diesem Rückfall in die sechziger Jahre eine neue, vornehm klingende Wort-Schöpfung: „Arzt im Praktikum“.

Nimmt man die Zielsetzung des „Entwurfs eines Vierten Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung“ wörtlich, dann soll „eine bessere praktische Qualifikation der Ärzte erreicht“ werden. Kernargument: die jetzige praktische Ausbildung sei unzureichend, „bedingt durch die hohe Zahl der Medizinstudenten“ (Vorblatt zum Gesetzentwurf). Damit sind wir schon bei der einzigen ernstzunehmenden Begründung für das ganze Gesetz. Die nur einen kleinen Schönheitsfehler hat: daß sie nämlich vollkommen falsch ist. Denn die praktische Ausbildung war schon bei der Einführung der Approbationsordnung (AO) miserabel, als die Studentenzahlen noch erheblich geringer waren.

Die Studentenzahlen müssen wieder einmal — als leibhaftiges Gespenst der „Ärzteschwemme“ — als Publikumsschreck herhalten. Die jahrelangen Veräumnisse von Bund, Ländern und Hochschulen, an der Ausbildung inhaltlich etwas zu verbessern, das Lernen in kleinen Gruppen in Praktikumssaal und am Krankenbett zu ermöglichen, sollen jetzt mit einer neuen Papp-Kulisse kaschiert werden.

Die zweijährige Praxisphase soll „in jedem Krankenhaus (Akut- und Sonderkrankenhäusern) und in jeder ärztlichen Praxis abgelistet werden können“ (Begründung zum Gesetzentwurf, S. 4). Die Tätigkeit im betriebsärztlichen Dienst soll bis zu sechs, im öffentlichen Gesundheitsdienst bis zu zwei Monaten anerkannt werden.

Was soll der „Arzt im Praktikum“ machen? Er soll „ärztliche Tätigkeiten“ einüben und

Nicht besser, nur billiger

Fünfte AO-Novelle

„allgemeine ärztliche Erfahrungen sammeln“. Dazu wird die „Berufsausübung auf eine Praktikantentätigkeit in untergeordneter Stellung und damit auf einer unteren Stufe innerhalb der ärztlichen Hierarchie eines Krankenhauses“ beschränkt.

Die offensichtlichen Ähnlichkeiten mit dem Medizinalassistenten der Vor-Approbations-Ära stricken der Gesetzentwurf ab.

Die jetzt vorgesehene Lösung habe immerhin den „Vorteil“, daß der „Arzt im Praktikum“ auch im „Bereitschaftsdienst verwendbar“ sei und „Tätigkeitszeiten des Praktikums auf die Weiterbildung“ angerechnet werden könnten. Ja, noch besser, die Gesetzmacher entdecken auch noch Vorteile gegenüber der faschistischen „Bestallungsordnung von 1939“.

Nachdem die „Praktikumsphase“ so wortreich und vage zugleich angepriesen wird, sucht man natürlich nach präzisen Vorschriften für die Realisierung. Und die kommen:

- Bezahlung: „höchstens ein Gehalt in Höhe der Hälfte der Vergütungsstufe BAT IIa“ (Begründung, S. 6). Da die gesamte Regelung die „gesetzliche Krankenversicherung nicht zusätzlich“ belasten soll, also im Geißler-Deutsch „kostennutral“ sein soll und gleichzeitig die bestehenden Assistentenstellen im Verhältnis 1:2 oder 1:3 umgewandelt werden sollen (Begründung S. 2), wird es weniger als BAT II-Halbe geben.

- Anzahl der Stellen: 24000 Stellen werden benötigt: im Krankenhausbereich sollen etwa 6000-7000 jährlich frei werden und im Verhältnis 1:2 — an anderer Stelle 1:3! — in Praktikantstellen umgewandelt werden. Für die Praktikumszeit bei niedergelassenen Ärzten — sie sollen in gleichem Maß wie der Krankenhaussektor beitragen — fehlen Zahlenangaben völlig. Zufall?

- Qualifikation der Ausbildungsstellen: gibt es für das Praktische Jahr noch gewisse Vorschriften, so fehlen für das

„Praktikum“ jegliche Mindeststandards.

- Einordnung in die Weiterbildung: nach den geheimnisvollen Andeutungen, die Praktikumszeit könne auf die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin oder ein Spezialfach angerechnet werden, sucht man vergeblich nach konkreteren Aussagen. Der suchende Leser wird so beschieden: „Die Anrechenbarkeit müßte in den Weiterbildungsvorschriften vorgesehen werden, für die die Länder zuständig sind“ (Begründung, S. 5).

So geht es munter im Konjunktiv weiter: würde, würden, wäre wünschenswert ... Worum es dem Gesetzentwurf letztlich tatsächlich geht, taucht nur sehr blaß und vage in der Begründung auf: „Angesichts der Wahrscheinlichkeit, daß es wegen der großen Zahl der Ärzte künftig nicht mehr jedem Arzt möglich sein wird — wie bisher üblich nach der Approbation eine Weiterbildung aufzunehmen ... kommt der Notwendigkeit, im Berufsrecht Vorkehrungen zur Sicherung einer ausreichenden praktischen Qualifikation zu treffen, heute und für die Zukunft ein wesentlich größeres Gewicht zu“ (Begründung, S. 4).

Mit Verbesserung der praktischen Ausbildung hat das alles nichts zu tun, vielmehr mit ganz „antimarktwirtschaftlichen Schutzmaßnahmen gegen unliebsame Konkurrenz“ durch die „Ärzteschwemme“. Im gleichen Sinne wird im gleichen Zuge auch die Approbationsordnung geändert. Wie es die marktwirtschaftlichen Schein-Heiligen schon lange fordern, werden noch mehr mündliche Prüfungen eingebaut, die „nicht nur Wissenskontrolle, sondern auch ein Selektionsinstrument“ sein sollen (Der deutsche Arzt 8/83). Natürlich wird mit diesen Maßnahmen nicht die „Ärzteschwemme“ vom Tisch gebracht, sondern das Problem um zwei Jahre verschoben.

Der Geißlersche Gesetzentwurf dient weder der Verbesserung der Ausbildung noch einer besseren gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Es ist vielmehr der liederlich kaschierte Versuch, den „Ausstoß“ an Hochschulabsolventen zu vermindern und ihre Arbeitskraft als Berufsanfänger „kostennutral“ zu verbilligen.

Ganz im Sinne der Geißlerschen Wortfabrik fassen wir zusammen: „Geißlers Gesetz macht die Katastrophe der ärztlichen Ausbildung erst (perfekt) möglich“.

Brigitte Mews



DOKUMENTE

ENTWURF einer Fünften Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

Auf Grund des § 4 der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Oktober 1977 (BGBl. I S. 1885), geändert durch das Vierte Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung vom 00. 00. 0000 (BGBl. I S. 0000), wird mit Zustimmung des Bundesrates verordnet:

Artikel 1

Die Approbationsordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. April 1979 (BGBl. I S. 425, 609), geändert durch die Vierte Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte wird wie folgt geändert:

Erster Abschnitt Die ärztliche Ausbildung

§ 1 Gliederung der Ausbildung¹⁾

(1) Die ärztliche Ausbildung umfasst

1. ein Studium der Medizin von sechs Jahren an einer wissenschaftlichen Hochschule. Das letzte Jahr des Studiums umfasst eine zusammenhängende praktische Ausbildung in Krankenanstalten von achtundvierzig Wochen;
2. eine Ausbildung in Erster Hilfe;
3. einen Krankenpflegedienst von zwei Monaten;
4. eine Famulatur von vier Monaten und
5. folgende Prüfungen:
 - a) die Ärztliche Vorprüfung und
 - b) die Ärztliche Prüfung, die in drei Abschnitten abzulegen ist.

Die Regelstudienzeit im Sinne des § 10 Abs. 2 des Hochschulrahmengesetzes vom 26. Januar 1976 (BGBl. I S. 185) beträgt einschließlich der Prüfungszeit für den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach § 16 Abs. 1 Satz 2 sechs Jahre und drei Monate.

(2) Die Prüfungen nach Absatz 1 Nr. 5 werden abgelegt:

1. Die Ärztliche Vorprüfung nach einem Studium der Medizin von zwei Jahren,
2. der erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach einem Studium der Medizin von einem Jahr nach Bestehen der Ärztlichen Vorprüfung,
3. der Zweite Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung und einem Studium der Medizin von drei Jahren nach Bestehen der Ärztlichen Vorprüfung und
4. der Dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach einem Studium der Medizin von einem Jahr nach Bestehen des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung.

§ 1 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift in § 1 erhält folgende Fassung: „Ziele und Gliederung der Ausbildung“.
- b) Es wird folgender neuer Absatz 1 eingefügt:

„(1) Die Ausbildung zum Arzt erfolgt auf wissenschaftlicher Grundlage. Sie soll praxis- und patientenbezogen sein. Sie dient

- der Vermittlung der grundlegenden medizinischen, fachübergreifenden und methodischen Kenntnisse,
- der Vermittlung der Fertigkeiten und
- der Entwicklung der geistigen und psychischen Fähigkeiten,

deren es bedarf, um in Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Gesundheitsstörungen eigenverantwortlich und selbstständig nach den Regeln der ärztlichen Kunst tätig zu sein. Sie soll die Befähigung zur Weiterbildung und die Bereitschaft zur ständigen Fortbildung vermitteln. Die Ausbildung soll zum Denken in Zusammenhängen, zu kritischem Beurteilen, zu gewissenhaftem Handeln sowie zur Fähigkeit und Bereitschaft zu eigenständiger Problemlösung und Entscheidung führen. Sie soll dazu befähigen, die Grenzen des eigenen Wissens und Könnens zu erkennen und zu beachten. Sie soll die Bereitschaft und Befähigung zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit Angehörigen anderer Berufe vermitteln. Die Ausbildung soll darauf gerichtet sein, eine dem einzelnen Menschen und der Allgemeinheit verpflichtete ärztliche Einstellung zu vermitteln.“

- c) Absatz 1 wird Absatz 2 und wie folgt geändert:
 - aa) Hinter Nummer 1 wird folgende neue Nummer 2 eingefügt:
„2. im Anschluß an das Medizinstudium eine zweijährige Tätigkeit als Arzt im Praktikum;“.
 - bb) Die Nummern 2 bis 5 werden Nummern 3 bis 6.

§ 2 Unterrichtsveranstaltungen

(2) Bei den praktischen Übungen soll die notwendige praktische Anschauung gewährleistet sein. Soweit der Lehrstoff eine unmittelbare Unterrichtung in kleinen Gruppen erfordert, soll dies angestrebt werden. Bei den praktischen Übungen in den klinisch-praktischen Stoffgebieten soll die Unterweisung am Patienten im Vordergrund stehen. Im übrigen soll der Unterricht, soweit zweckmäßig, nicht am einzelnen Fachgebiet, sondern am Lehrgegenstand ausgerichtet werden.

(3) Der Studierende weist durch Bescheinigungen nach dem Muster der Anlage 4 zu dieser Verordnung seine regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an den in Absatz 1 genannten praktischen Übungen und den regelmäßigen Besuch der diese praktischen Übungen vorbereitenden oder begleitenden Vorlesungen nach, soweit der Besuch von der Hochschule in einer Studienordnung vorgeschrieben ist. Eine erfolgreiche Teilnahme an einer praktischen Übung nach Absatz 1 liegt vor, wenn der Studierende in der praktischen Übung in einer dem betreffenden Fachgebiet angemessenen Weise gezeigt hat, daß er sich die erforderlichen methodischen Grundkenntnisse und Fertigkeiten angeeignet hat und sie in der Praxis anzuwenden weiß.

§ 2 wird wie folgt geändert:

(Wir dokumentieren nur die Paragraphen, an denen wichtige Änderungen vorgesehen sind. Der Text der z. Zt. geltenden Fassung ist kursiv gesetzt.)

- a) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Die praktischen Übungen sind so zu gestalten, daß die notwendige praktische Anschauung gewährleistet ist. Soweit der Lehrstoff dies erfordert, ist in kleinen Gruppen zu unterrichten. Bei den praktischen Übungen in den klinisch-praktischen Stoffgebieten soll die Unterweisung am Patienten im Vordergrund stehen. Es sollen jeweils nur wenige Studenten gleichzeitig unmittelbar am Patienten unterwiesen werden, beim Unterricht am Krankenbett im Regelfall nicht mehr als vier Studenten. Den Studenten ist Gelegenheit zu geben, zu Übungszwecken selbst am Patienten tätig zu werden, soweit dies zum Erwerb praktischer Fertigkeiten und Fähigkeiten erforderlich ist. Unzumutbare Belastungen des Patienten durch den Unterricht sind zu vermeiden. Im übrigen soll der Unterricht, soweit zweckmäßig, nicht am einzelnen Fachgebiet, sondern am Lehrgegenstand ausgerichtet werden.“

- b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Worte „die erforderlichen methodischen Grundkenntnisse“ ersetzt durch die Worte „die erforderlichen Kenntnisse“.“

§ 3 Praktische Ausbildung in der Krankenanstalt²⁾

(4) Während der Ausbildung nach Absatz 1, in deren Mittelpunkt die Ausbildung am Krankenbett steht, soll der Studierende die während des vorhergehenden Studiums erworbenen ärztlichen Kenntnisse und Fähigkeiten vertiefen und erweitern. Er soll lernen, sie auf den einzelnen Krankheitsfall anzuwenden. Zur Ausbildung gehört auch die Teilnahme des Studierenden an klinischen Besprechungen einschließlich der arzneitherapeutischen und klinisch-pathologischen Besprechungen. Um eine ordnungsgemäße Ausbildung zu sichern, soll die Zahl der Studierenden zu der Zahl der zur Verfügung stehenden Krankenbetten in einem angemessenen Verhältnis stehen. Der Studierende darf nicht zu Tätigkeiten herangezogen werden, die seine Ausbildung nicht fördern.

Absatz 4 wird wie folgt geändert:

Hinter dem 2. Satz wird folgender neuer Satz eingefügt:

„Zu diesem Zweck soll er entsprechend seinem Ausbildungständ unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung des ausbildenden Arztes ihm zugewiesene ärztliche Verrichtungen durchführen.“

§ 12 Anrechnung von Studienzeiten und Prüfungen

(1) Bei Studierenden, die Deutsche im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes oder heimatlose Ausländer im Sinne des Gesetzes über die Rechtsstellung heimatloser Ausländer im Bundesgebiet vom 25. April 1951 (BGBl. I S. 269), geändert durch § 141 Nr. 8 des Gesetzes vom 9. September 1965 (BGBl. I S. 1273), sind, rechnet das Landesprüfungsamt auf die in dieser Verordnung vorgesehene Ausbildung, soweit Gleichwertigkeit gegeben ist, ganz oder teilweise an

1. Zeiten eines im Geltungsbereich dieser Verordnung betriebenen verwandten Studiums;
2. Zeiten eines außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung betriebenen Medizinstudiums oder verwandten Studiums.

(2) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 erkennt das Landesprüfungsamt Prüfungen an, die im Rahmen eines Studiums nach den Nummern 1 und 2 abgelegt worden sind. Dies gilt nicht für Prüfungen, die das Studium abschließen.

(3) Bei anderen Studierenden können die in Absatz 1 genannte Anrechnung und die in Absatz 2 genannte Anerkennung erfolgen.

(4) Die Anrechnung oder Anerkennung erfolgt auf Antrag. Zuständig für die Entscheidungen nach den Absätzen 1 bis 3 ist das Landesprüfungsamt des Landes, in dem der Antragsteller für das Studium der Medizin eingeschrieben oder zugelassen ist. Bei Studierenden, die eine Einschreibung oder Zulassung für das Medizinstudium bei einer Hochschule im Geltungsbereich dieser Verordnung noch nicht erlangt haben, ist das Landesprüfungsamt des Landes zuständig, in dem der Antragsteller geboren ist. Ergibt sich hierauf keine Zuständigkeit, so ist das Landesprüfungsamt des Landes Nordrhein-Westfalen zuständig.

§ 12 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Das Landesprüfungsamt rechnet auf das in dieser Verordnung vorgesehene Studium, soweit Gleichwertigkeit gegeben ist, ganz oder teilweise an

1. Zeiten eines im Geltungsbereich dieser Verordnung betriebenen verwandten Studiums;
2. Zeiten eines außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung betriebenen Medizinstudiums oder verwandten Studiums.“

- b) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Das Landesprüfungsamt erkennt, soweit Gleichwertigkeit gegeben ist, Prüfungen an, die im Rahmen eines Studiums nach Absatz 1 Nr. 1 oder Nr. 2 abgelegt worden sind. Dies gilt nicht für Prüfungen, die im Geltungsbereich oder außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung betriebenes verwandtes Studium abschließen. Eine Prüfung, die ein außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung betriebenes Medizinstudium abschließt, kann nur im Rahmen einer Entscheidung nach § 3 oder § 10 der Bundesärzteordnung anerkannt werden.“

- c) Absatz 3 wird gestrichen.

- d) In Absatz 4 Satz 1 werden die Worte „nach den Absätzen 1 bis 3“ ersetzt durch die Worte „nach den Absätzen 1 und 2“.

§ 13 Art und Bewertung der Prüfung

(1) Die Ärztliche Vorprüfung sowie der Erste und der Zweite Abschnitt der Ärztlichen Prüfung sind schriftliche Prüfungen. Der Dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung besteht aus einem schriftlichen und einem mündlichen Teil.

(2) Der Dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ist bestanden, wenn der schriftliche und der mündliche Teil bestanden sind.

In § 13 erhalten die Absätze 1 und 2 folgende Fassung:

- „(1) Geprüft wird

1. bei der Ärztlichen Vorprüfung schriftlich und mündlich,
2. beim Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung schriftlich,
3. beim Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung schriftlich und
4. beim Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung mündlich.

- (2) Die Ärztliche Vorprüfung ist bestanden, wenn der schriftliche und der mündliche Teil bestanden sind.“

§ 15 Mündliche Prüfung im Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

(1) Der mündliche Teil im Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung wird vor einer Prüfungskommission abgelegt. Die Prüfungskommissionen werden vom Landesprüfungsamt bestellt. Sie bestehen jeweils aus dem Vorsitzenden und mindestens zwei, höchstens vier weiteren Mitgliedern. Für den Vorsitzenden und die Mitglieder sind Stellvertreter zu bestellen. Außer Hochschullehrern der Medizin können auch Ärzte, die nicht dem Lehrkörper einer Hochschule angehören, zu Mitgliedern bestellt werden.

(8) Die Leistungen in der mündlichen Prüfung sind nach § 13 Absatz 3 zu bewerten. Die mündliche Prüfung ist bestanden, wenn der Prüfling mindestens die Note „ausreichend“ erhalten hat.

(10) Die Prüfungskommission trifft ihre Entscheidungen mit Stimmenmehrheit. Bei Stimmenungleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Der Vorsitzende teilt den Prüflingen mit, ob und mit welcher Note die mündliche Prüfung bestanden ist. Das Landesprüfungsamt teilt dem Prüfling das Ergebnis schriftlich mit. Ist die Prüfung nicht bestanden, sind die Gründe anzugeben.

§ 15 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift erhält folgende Fassung: „Mündliche Prüfungen“.

- b) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Der mündliche Teil der Ärztlichen Vorprüfung und die mündliche Prüfung im Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung werden jeweils vor einer Prüfungskommission abgelegt. Die Prüfungskommissionen werden vom Landesprüfungsamt bestellt. Die Prüfungskommission bei der Ärztlichen Vorprüfung besteht jeweils aus dem Vorsitzenden und mindestens einem, höchstens zwei weiteren Mitgliedern. Die Prüfungskommission beim Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung besteht jeweils aus dem Vorsitzenden und mindestens drei, höchstens vier weiteren Mitgliedern. Für den Vorsitzenden und die weiteren Mitglieder sind Stellvertreter zu bestellen. Als Vorsitzende, weitere Mitglieder und Stellvertreter werden Professoren der Hochschule oder andere Lehrkräfte der Fächer, die Gegenstand der Prüfung sind, bestellt. Als Mitglieder der Prüfungskommission für den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung können auch dem Lehrkörper einer Hochschule nicht angehörende Ärzte, insbesondere Ärzte für Allgemeinmedizin, zu Mitgliedern bestellt werden.“

c) In Absatz 3 Satz 2 werden die Worte „Der Vorsitzende der Prüfungskommission kann gestalten.“ ersetzt durch die Worte „Im Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung kann der Vorsitzende der Prüfungskommission gestalten.“

- d) Absatz 5 erhält folgende Fassung:

„(5) Für Inhalt und Dauer der Prüfungen gelten die §§ 23 a, 23 b und 33.“.

- e) In Absatz 9 wird die Angabe „Anlage 8“ durch die Angabe ersetzt: „Anlage 7 a oder Anlage 8“.

- f) Hinter Absatz 10 wird folgender neuer Absatz 11 angefügt:

„(11) Das Landesprüfungsamt kann Aufgaben, die ihm nach dieser Verordnung bei der Durchführung mündlicher Prüfungen obliegen, je nach Art und Umfang an einen von ihm zu stellenden Beauftragten an der Hochschule oder an den Vorsitzenden eines Ausschusses für den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung an der Hochschule übertragen, die beim Landesprüfungsamt für diese Zwecke gebildet werden können. Der Beauftragte des Landesprüfungsamtes und der für ihn zu bestellende Vertreter sollen Professoren der Hochschule sein. Der Vorsitzende und die weiteren Mitglieder des Ausschusses für die Ärztliche

Vorprüfung oder für den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung und ihre Stellvertreter werden nach Anhörung der Hochschule vom Landesprüfungsamt für bestimmte Prüfungsfächer und für jeweils nicht mehr als vier Jahre schriftlich bestellt. Sie müssen Professoren der Hochschule oder andere Lehrkräfte der Fächer sein, die Gegenstand der Prüfung sind. In den Ausschuss für den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung können auch dem Lehrkörper einer Hochschule nicht angehörende Ärzte, insbesondere Ärzte für Allgemeinmedizin, berufen werden.“

§ 16 Prüfungstermine

(1) Die nach dieser Verordnung vorgesehenen Prüfungen werden jeweils im März und August durchgeführt. Im Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung findet der schriftliche Teil jeweils in den Monaten April und Oktober, der mündliche Teil jeweils in den Monaten April bis Juni und Oktober bis Dezember statt.

(2) Wiederholungen der schriftlichen Prüfung werden im Rahmen der in Absatz 1 genannten Prüfungstermine durchgeführt. Für Wiederholungen des mündlichen Teils des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung sind Prüfungstermine auch außerhalb der in Absatz 1 genannten Prüfungszeiten durchzuführen.

§ 16 erhält folgende Fassung:

§ 16 Prüfungstermine

(1) Die nach dieser Verordnung vorgesehenen schriftlichen Prüfungen werden jeweils im März und August durchgeführt. Der mündliche Teil der Ärztlichen Vorprüfung findet in der vorlesungsfreien Zeit, der Dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung jeweils in den Monaten April bis Juni und Oktober bis Dezember statt.

(2) Wiederholungen der schriftlichen Prüfungen werden im Rahmen der nach Absatz 1 für die schriftlichen Prüfungen festgesetzten Prüfungstermine durchgeführt. Für Wiederholungen mündlicher Prüfungen sind Prüfungstermine auch außerhalb der in Absatz 1 genannten Prüfungszeiten durchzuführen.“

§ 17 Ladung zum Prüfungstermin

Der Prüfling wird spätestens sieben Tage vor dem Prüfungstermin gegen Empfangsbekenntnis geladen.

§ 17 erhält folgende Fassung:

§ 17 Ladung zu den Prüfungsterminen

Der Prüfling wird bei der schriftlichen Prüfung spätestens sieben, bei der mündlichen Prüfung spätestens vier Tage vor dem Prüfungstermin gegen Empfangsbekenntnis geladen.“

§ 20 Wiederholung von Prüfungen

(1) Jede Prüfung und jeder Prüfungsbereich kann im ganzen oder, im Falle des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung, in den einzelnen Teilen zweimal wiederholt werden. Eine weitere Wiederholung ist auch nach erneutem Studium der Medizin nicht möglich.

Eine bestandene Prüfung oder ein bestandener Prüfungsbereich kann nicht wiederholt werden.

(2) Der Prüfling soll sich möglichst zu den Wiederholungsprüfungen zum nächsten Prüfungstermin melden. Zu einer Wiederholungsprüfung eines Teils des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung wird der Prüfling von Amts wegen geladen. Zur Wiederholung des schriftlichen Teils soll der Prüfling zu dem nächsten Prüfungstermin, zur Wiederholung des mündlichen Teils zu einem Termin innerhalb von sechs Monaten nach dem Zeit-

punkt der erfolglos abgelegten Prüfung geladen werden. Zusätzliche Ausbildungsnachweise (§ 21 Abs. 2) sind dem Landesprüfungsamt vom Studierenden unverzüglich nach Erhalt zuzuschicken.

§ 20 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Jede Prüfung und jeder Prüfungsabschnitt kann im ganzen oder, im Falle der Ärztlichen Vorprüfung in den einzelnen Teilen, einmal wiederholt werden. Eine weitere Wiederholung ist auch nach erneutem Studium der Medizin nicht möglich. Das Landesprüfungsamt kann ausnahmsweise in einem besonderen Härtefall einen Prüfling zu einer einmaligen weiteren Wiederholungsprüfung zulassen, solfern begründete Aussicht besteht, daß diese Wiederholungsprüfung bestanden wird.“

b) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Der Prüfling soll sich zur Wiederholung einer schriftlichen Prüfung zum nächsten Prüfungstermin, zur Wiederholung einer mündlichen Prüfung für den nächsten Prüfungszeitraum melden. Zur Wiederholung des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung wird der Prüfling von amtsseitig möglichst zu einem Termin innerhalb von sechs Monaten nach dem Zeitpunkt der erfolglos abgelegten Prüfung geladen. Zusätzliche Ausbildungsnachweise (§ 21 Abs. 2) sind dem Landesprüfungsamt vom Studierenden unverzüglich nach Erhalt zuzuleiten.“

Dritter Abschnitt Die Ärztliche Vorprüfung

§ 22 Inhalt der Prüfung

Die Ärztliche Vorprüfung betrifft folgende Stoffgebiete:

- I. Physik für Mediziner und Physiologie,
- II. Chemie für Mediziner und Physiologische Chemie,
- III. Biologie für Mediziner und Anatomie,
- IV. Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie.

§ 22 erhält folgende Fassung:

§ 22 Inhalt der Prüfung

(1) Der schriftliche Teil der Prüfung betrifft folgende Stoffgebiete:

- I. Physik für Mediziner und Physiologie,
- II. Chemie für Mediziner und Physiologische Chemie
- III. Biologie für Mediziner und Anatomie,
- IV. Grundlagen der Medizinischen Psychologie, Grundlagen der Medizinischen Soziologie.

(2) Im mündlichen Teil der Prüfung wird der Prüfling in einem der unter Nummer 1 und einem der unter den Nummern 2 und 3 genannten Fächer geprüft:

1. Physiologie, Physiologische Chemie, Anatomie,
2. Physik für Mediziner, Chemie für Mediziner, Biologie für Mediziner,
3. Grundlagen der Medizinischen Psychologie, Grundlagen der Medizinischen Soziologie.

(3) Die Zuteilung der Fächer an den Prüfling erfolgt durch das Landesprüfungsamt mittels eines anonymisierten Verfahrens.

Bei der Bestimmung der Zahl der Prüfungen in den einzelnen Fächern ist die Zahl der an der Hochschule verfügbaren Prüfer für die in Absatz 2 genannten Fächer zu berücksichtigen.“

§ 23 Schriftliche Aufsichtsarbeit

(1) Die Prüfung findet an zwei aufeinanderfolgenden Tagen statt. Die Prüfung dauert an beiden Prüfungstagen vier Stunden.

In § 23 Absatz 1 erhält Satz 2 folgende Fassung:

„Die Prüfung dauert am ersten Prüfungstag viereinhalb, am zweiten Tag dreieinhalb Stunden.“

Hinter § 23 werden folgende §§ 23 a und 23 b eingefügt:

§ 23 a Mündlicher Teil der Prüfung

(1) Die mündliche Prüfung dauert bei vier Prüflingen mindestens 3 Stunden.

(2) In der Prüfung, in der auch praktische Aufgaben und fächerübergreifende Fragen gestellt werden sollen, hat der Prüfling insbesondere nachzuweisen, daß er die Grundsätze und Grundlagen des vorklinischen Ausbildungsstoffs beherrscht, daß er ihre Bedeutung für medizinische, insbesondere klinische Zusammenhänge zu erfassen vermag und die für den künftigen Arzt insoweit notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt.

§ 23 b

Das Landesprüfungsamt ermittelt die Note für die Ärztliche Vorprüfung wie folgt:

Die Note für die schriftliche Aufsichtsarbeit wird mit fünf, die Note für den mündlichen Teil mit vier vervielfältigt. Die Summe der so gewonnenen Zahlen wird durch neun geteilt. Die Note für die Ärztliche Vorprüfung wird bis auf die zweite Stelle hinter dem Komma errechnet. Die Note lautet

„sehr gut“	bei einem Zahlenwert bis 1,49
„gut“	bei einem Zahlenwert von 1,50 bis 2,49,
„befriedigend“	bei einem Zahlenwert von 2,50 bis 3,49,
„ausreichend“	bei einem Zahlenwert von 3,50 bis 4,00,
„mangelhaft“	bei einem Zahlenwert über 4,00,

Vierter Abschnitt Die Ärztliche Prüfung

Erster Unterabschnitt Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

§ 25 Inhalt der Prüfung

Der Erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung betrifft folgende Stoffgebiete:

- I. Grundlagen der Pathologie und der Neuropathologie, der Humangenetik, der Medizinischen Mikrobiologie und der Geschichte der Medizin,
- II. Grundlagen der klinischen Untersuchung, der Erstversorgung akuter Notfälle und der Radiologie,
- III. Grundlagen der Pharmakologie und Toxikologie, der Pathophysiologie und Pathobiochemie, der Klinischen Chemie und der Biomathematik.

In § 25 erhalten die Abschnitte I. und II. folgende Fassung:

- I. Grundlagen der Pathologie, der Neuropathologie, der Humangenetik und der Medizinischen Mikrobiologie,
- II. Umgang mit Patienten, Grundlagen der klinischen Untersuchung, der Erstversorgung akuter Notfälle und der Radiologie.“

§ 33 Mündlicher Teil der Prüfung

(1) Der mündliche Teil der Prüfung dauert bei vier Prüflingen etwa drei Stunden. Dem Prüfling sind praktische Aufgaben aus den klinisch-praktischen Fachgebieten zu stellen. Die Prüfung hat sich in jedem Fall auf das Gebiet zu erstrecken, auf dem der Prüfling seine praktische Ausbildung nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 erfahren hat.

(2) In der Prüfung hat der Prüfling am Patienten zu zeigen, daß er während des Studiums erworbenen Kenntnisse in der Praxis anzuwenden weiß und über die für den Arzt erforderlichen methodischen Grundkenntnisse und Fertigkeiten verfügt. Er hat insbesondere nachzuweisen, daß er

1. die Technik der Anamneseerhebung, der einfachen klinischen Untersuchungsmethoden und die Technik der einfachen Laboratoriumsmethoden beherrscht, und daß er ihre Resultate beurteilen kann,

2. in der Lage ist, kompliziertere Informationen, die zur Diagnosestellung erforderlich sind, anzufordern und im Rahmen differentialdiagnostischer Überlegungen kritisch zu verwerten,

3. die Indikation zu konservativer und operativer Therapie sowie die wichtigsten therapeutischen Prinzipien — insbesondere die Arzneimitteltherapie — beherrscht und

4. die allgemeinen Regeln ärztlichen Verhaltens gegenüber dem Patienten kennt und sich der Situation entsprechend verhält.

(3) Die Prüfungskommission kann dem Prüfling vor dem Prüfungstermin einen oder mehrere Patienten zur Anamneseerhebung oder Untersuchung oder zu beiden Zwecken zuweisen.

§ 33 erhält folgende Fassung:

§ 33 Mündliche Prüfung

(1) Die Prüfung dauert bei vier Prüflingen mindestens vier Stunden. Dem Prüfling sind praktische Aufgaben aus den klinisch-praktischen Fachgebieten zu stellen. Dabei sind auch fächerübergreifende und allgemeinmedizinische Fragestellungen einzuschließen. Die Prüfung hat sich in jedem Fall auf die Innere Medizin, die Chirurgie und das Gebiet zu erstrecken, auf dem der Prüfling seine praktische Ausbildung nach § 3 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 erfahren hat. Sie soll nach Möglichkeit auch Fragen aus der Kinderheilkunde, der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und der Nervenheilkunde umfassen, Aspekte der Medizinischen Psychologie und der Medizinischen Soziologie berücksichtigen und sich auf Fragen zu den historischen und geistigen Grundlagen der Medizin erstrecken.

(2) In der Prüfung hat der Prüfling am Patienten zu zeigen, daß er während des Studiums erworbenen Kenntnisse in der Praxis anzuwenden weiß und über die für den Arzt erforderlichen Grundkenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten verfügt. Er hat insbesondere nachzuweisen, daß er

1. die Technik der Anamneseerhebung der einfachen klinischen Untersuchungsmethoden und die Technik der einfachen Laboratoriumsmethoden beherrscht, und daß er ihre Resultate beurteilen kann,

2. in der Lage ist, die Informationen, die zur Stellung der Diagnose erforderlich sind, zu gewinnen und anzufordern, ihre unterschiedliche Bedeutung und ihre Gewichtung für die Diagnosestellung zu erkennen und im Rahmen differential-diagnostischer Überlegungen kritisch zu verwerten,

3. über gesicherte Kenntnisse in der Pathologie verfügt, insbesondere in der Lage ist, pathogenetische Zusammenhänge zu erkennen,

4. die Indikation zu konservativer und operativer Therapie sowie die wichtigsten therapeutischen Prinzipien beherrscht,

5. die notwendigen pharmakologischen Kenntnisse besitzt, die Arzneitherapie, insbesondere die Anwendung medizinisch bedeutsamer Pharmaka, ihre Indikation und Gegenindikation beherrscht und die Regeln des Rezeptierens sowie die für

den Arzt wichtigen arzneirechtlichen Vorschriften kennt.

6. die Grundlagen und Grundkenntnisse der Prävention und Rehabilitation beherrscht und
7. die allgemeinen Regeln ärztlichen Verhaltens gegenüber dem Patienten kennt, sich der Situation entsprechend zu verhalten weiß und zu Hilfe und Betreuung bei unheilbar Kranken und Sterbenden fähig ist.

§ 34

Gesamtnote und Zeugnis für die Ärztliche Prüfung

(1) Das Landesprüfungsamt ermittelt die Gesamtnote für die Ärztliche Prüfung wie folgt:

Die Note für den Ersten Abschnitt wird mit vier, die Note für den Zweiten Abschnitt mit neun, die Note für den schriftlichen Teil des Dritten Abschnitts mit zwei und die Note für den mündlichen Teil des Dritten Abschnitts mit fünf vervielfältigt. Die Summe der so gewonnenen Zahlen wird durch zwanzig geteilt. Die Gesamtnote wird bis auf die zweite Stelle hinter dem Komma errechnet. Die Gesamtnote lautet

„sehr gut“	bei einem Zahlenwert bis 1,49
„gut“	bei einem Zahlenwert von 1,50 bis 2,49,
„befriedigend“	bei einem Zahlenwert von 2,50 bis 3,49,
„ausreichend“	bei einem Zahlenwert von 3,50 bis 4,00,
„mangelhaft“	bei einem Zahlenwert über 4,00.

(3) Die Prüfungskommission hat dem Prüfling (einen Tag) vor dem Prüfungstermin einen oder mehrere Patienten zur Untersuchung zuzuweisen. Der Prüfling hat über die Untersuchung eines Patienten einen Bericht zu fertigen, der Anamnese, Diagnose, Prognose, Behandlungsplan sowie eine Epikrise des Falles enthält. Dieser Bericht ist sofort nach Fertigstellung von einem Mitglied der Prüfungskommission gegenzuzeichnen und beim Prüfungstermin vorzulegen.

In § 34 Abs. 1 erhalten Satz 2 und 3 folgende Fassung:

„Die Note für den Ersten Abschnitt wird mit vier, die Note für den Zweiten Abschnitt mit neun, die Note für den Dritten Abschnitt mit acht vervielfältigt. Die Summe der so gewonnenen Zahlen wird durch neunzehn geteilt.“

Hinter § 34 wird folgender neuer Fünfter Abschnitt mit folgenden neuen §§ 34 a bis 34 d eingefügt:

Fünfter Abschnitt

Tätigkeit als Arzt im Praktikum

§ 34 a

Ableistung des Praktikums

(1) Die zweijährige Tätigkeit als Arzt im Praktikum ist im Anschluß an die Ärztliche Prüfung abzulisten. Voraussetzung ist der Besitz einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs nach § 10 Abs. 4 oder 5 der Bundesärzteordnung. Das Praktikum ist als angestellter Arzt in untergeordneter Stellung im Krankenhaus oder in der Praxis eines niedergelassenen Arztes abzuleisten. Es kann an jedem Krankenhaus und in jeder Praxis eines niedergelassenen Arztes im Geltungsbereich dieser Verordnung abgeleistet werden. Eine Tätigkeit im betriebsärztlichen Dienst wird mit höchstens sechs, eine Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst mit höchstens zwei Monaten angerechnet. Eine außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung abgeleistete praktische Tätigkeit ist anzurechnen, soweit Gleichwertigkeit gegeben ist.

(2) Während des Praktikums hat der Praktikant

1. über zwei Krankheitsfälle aus der Versicherungsmedizin oder dem Versorgungswesen je ein von seinem ärztlichen Vorgesetzten gezeichnetes und von der zuständigen Behörde für ausreichend befundenes Gutachten zu erstatten, in dem zu dem von dem Patienten erhobenen

versicherungs- oder versorgungsrechtlichen Anspruch aus ärztlicher Sicht Stellung genommen wird;

2. an jährlich mindestens vier Aus- oder Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen, die der Vertiefung seines Wissens und der Behandlung von Fragen der ärztlichen Berufstätigkeit dienen. Diese Ausbildungsveranstaltungen sollen insbesondere auf die Erörterung von häufig vorkommenden Krankheitsfällen und deren Behandlung, allgemeinmedizinische Fragestellungen, Fragen der ärztlichen Berufsethik und des Arzt-Patientenverhältnisses sowie auf Fragen der Wirtschaftlichkeit und Kostenrelevanz im Gesundheitswesen ausgerichtet sein. Die Organisation dieser Ausbildungsveranstaltungen obliegt der zuständigen Behörde. Diese kann Fortbildungsveranstaltungen, die von den ärztlichen Standesorganisationen oder anderen Stellen durchgeführt werden, als Ausbildungsveranstaltungen im Sinne dieser Vorschrift anerkennen.

§ 34 b

Tätigkeit als Arzt im Praktikum

Während des Praktikums hat der Praktikant seine Kenntnisse und praktischen Fähigkeiten zu vertiefen. Ihm ist ausreichend Gelegenheit zu geben, ärztliche Tätigkeiten einzuführen und allgemeine ärztliche Erfahrungen zu sammeln. Der Praktikant hat alle ihm zugewiesenen ärztlichen Tätigkeiten mit einem dem wachsenden Stand seiner Kenntnisse und Fähigkeiten entsprechenden Maß an Eigenverantwortlichkeit zu verrichten. Er soll nach Beendigung des Praktikums in der Lage sein, den ärztlichen Beruf voll eigenverantwortlich und selbstständig auszuüben.

§ 34 c

Bescheinigung über die Ableistung des Praktikums

(1) Nach ordnungsgemäßer Ableistung des Praktikums erhält der Praktikant eine Bescheinigung nach dem Muster der Anlage 20 a zu dieser Verordnung. Leistet er das Praktikum an mehreren Stellen ab, so erhält er von jeder dieser Stellen eine Bescheinigung für die Zeit seiner dortigen Beschäftigung. In der Bescheinigung ist die Art der Beschäftigung eingehend zu beschreiben und anzugeben, ob sich Anhaltspunkte dafür ergeben haben, daß dem Praktikanten infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht die für die Ausübung des ärztlichen Berufs erforderliche Fähigkeit oder Eignung fehlt. Die Bescheinigung ist von dem ärztlichen Leiter des Krankenhauses, von dem niedergelassenen Arzt, der den Praktikanten beschäftigt, oder bei einer Beschäftigung im betriebsärztlichen Dienst oder im öffentlichen Gesundheitsdienst vom ärztlichen Vorgesetzten des Praktikanten auszustellen.

(2) Wird eine Bescheinigung nach Absatz 1 nicht erteilt, weil der Praktikant nicht ordnungsgemäß tätig gewesen ist, muß die betreffende Zeit nachgeholt werden.

(3) Eine über einen jährlichen vierwöchigen Urlaub hinausgehende Unterbrechung des Praktikums als angestellter Arzt kann nur angerechnet werden, wenn sie auf Krankheit oder Schwangerschaft beruht, und wenn sie insgesamt vier Wochen nicht übersteigt.

Schlußbestimmungen

Artikel 2

- (1) Studierende der Medizin, die sich am 15. Oktober 1984 bereits im fünften oder sechsten Jahr des Medizinstudiums nach dieser Verordnung befanden, schließen die ärztliche Ausbildung nach bisherigem Recht ab, sofern sie die ärztliche Ausbildung nach bisherigem Recht ab, sofern sie die Ärztliche Prüfung bis zum 31. Dezember 1988 ablegen. Insoweit ist § 35 Abs. 1 in der bisher geltenden Fassung weiterhin anwendbar.
- (2) Studierende der Medizin, die sich beim Inkrafttreten dieser Verordnung im zweiten Jahr des Medi-

zinstudiums befinden, legen die Ärztliche Vorprüfung nach den bisher geltenden Vorschriften ab, sofern sie die Prüfung bis zum 1. September 1987 bestehen.

- (3) Studierende der Medizin, die sich beim Inkrafttreten dieser Verordnung in der praktischen Ausbildung im letzten Jahr des Medizinstudiums befinden, legen den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach den bisher geltenden Vorschriften ab, sofern sie diesen Prüfungsabschnitt bis zum 31. Dezember 1987 bestehen.

Artikel 3

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überlebensgesetzes in Verbindung mit § 15 der Bundesärzteordnung auch im Land Berlin.

Artikel 4

Diese Verordnung tritt am 1. Oktober 1985 in Kraft.

A. Zielsetzung

Die Verordnung hat das Ziel, die ärztliche Ausbildung im Hinblick auf die praktische Ausbildung und die Prüfungen zu verbessern.

Durch das Vierte Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung soll mit dem Ziel einer verbesserten praktischen Qualifikation der Ärzte eine zweijährige, nach dem Medizinstudium abzuliegendernde Tätigkeit als „Arzt im Praktikum“ eingeführt werden, die Voraussetzung für die Erteilung der zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Ausübung des Berufs berechtigenden Approbation als Arzt sein soll.

B. Lösungen

Der Entwurf sieht insbesondere folgendes vor:

- Aufnahme einer ausführlichen Beschreibung der Ziele der ärztlichen Ausbildung;
- Regelung des Näheren über die zweijährige Tätigkeit als „Arzt im Praktikum“;
- Konkretisierungen der Anforderungen an die praktischen Unterrichtsveranstaltungen:

Neuordnung des Prüfungswesens durch

- Einführung eines mündlichen Teils in der Ärztlichen Vorprüfung,
- Erweiterung der mündlich-praktischen Prüfung im Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung,
- Wegfall des schriftlichen Teils im Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung;

Inhaltliche Verbesserungen durch Einführung

- eines Kurses zur Einführung in die Medizin in der klinischen Ausbildung,
- Einführung von Pflichtpraktika
 - in der Anästhesie (sic!) und Wiederbelebung und
 - der Sportmedizin in der klinischen Ausbildung.

C. Alternativen

Im wesentlichen keine realisierbaren Alternativen.

D. Kosten

Grob geschätzte Mehrkosten für die Länder im Zusammenhang mit der Neuordnung des Prüfungswesens

ca. 1,8 Mio. DM.

Darüberhinaus können den Ländern geringfügige, derzeit nicht abschätzbare Mehrkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der zweijährigen Tätigkeit als „Arzt im Praktikum“ durch zusätzlichen Verwaltungsaufwand entstehen. Für die Realisierung der Praxisphase sollen im Übrigen nach Möglichkeit kostenneutrale Lösungen gefunden werden, so daß die gesetzliche Krankenversicherung nicht zusätzlich belastet wird.

MEDICA in Düsseldorf

Ein ungewöhnlich aktueller Bericht aus den Messehallen

Schon die Anfahrt zum Messegelände ist mittlerweile ein Vergnügen geworden: wo noch vor Jahren quadratkilometerweise die Nobelautos parkten, herrscht jetzt gähnende Leere. „Ärzteschwemme“ und der um sich greifende Selbsthilfegedanke haben inzwischen zu einer derartigen Verelendung unseres Standes geführt, daß allenfalls am Fahrradständer ein gewisses Gedränge entsteht.

Platznot aber auf den Aussteller-Parkplätzen, denn dort sind die Limousinen dank der blühenden Geschäfte noch dicker geworden.

Am Haupteingang werden kleine Handkarren bereitgehalten, mit denen der Abtransport des großzügigen Prospektmaterials ein Kinderspiel ist.

Im Kongresscenter brechend volle Fortbildungsveranstaltungen, die von dem verzweifelten Versuch der Ärzte zeugen, mit den neuesten technischen und diagnostischen Entwicklungen noch Schritt zu halten.

Ansonsten das gewohnte Bild in den zwölf großen Ausstellungshallen: Werbung und Marketing, Design und Grafik, schöne Frauen und Gratisgetränke beherrschen die Szene. Raffinierte Präsente, Kalender und Musterpäckchen locken die Kundenschaft an die Stände der Aussteller. Nur der Stand des „Deutschen Ärzteblatts“ ist wieder geschlossen. Wie schon im Vorjahr haben die Rechtsanwälte vom „Demokratischen Gesundheitswesen“ vor dem Kartellgericht eine einstweilige Verfügung wegen Geschäftsschädigung erwirkt.

Viel Beachtung finden dagegen einige kleinere technische Neuerungen: so z.B. das kleine Do-it-yourself-Ultraschallgerät für die diverse Diagnostik im häuslichen Familien- und Freundeskreis. Diese Geräte der Firma „Sono-Pro-Domo“ lassen sich leicht durch eine Kabel-Video-Verbindung zur nächsten Arztpraxis ergänzen. Zu komplettieren ist das System mit dem Computerspiel „test your doctor“, bei dem die Arztdiagnosen direkt

mit der automatischen Diagnostik verglichen werden. Selbstverständlich sind diese Geräte auch anderweitig diagnostisch einzusetzen: wenn z.B. das Auto streikt, die Spülmaschine leckt oder der Staubsauger qualmt.

Neues auch bei Endoskopie-Geräten. Eine kleine Schlauchtrommel (ähnliches gab es früher zum Aufwickeln von Gartenschläuchen) erleichtert das Hantieren mit den immer länger werdenden Glasfaser-Endoskopen, die mittlerweile eine retrograde Darminspektion vom Rektum bis zum Duodenum erlauben. (Entsprechende Übungsphantome stehen der interessierten Kundenschaft an den Verkaufsständen zur Verfügung.)

Im Pharmabereich hält der Export-Boom weiter an. Afrikanische, südamerikanische, asiatische und arktische Volksgruppen bei den einzelnen Firmen verdeutlichen die freundschaftliche Nähe zu den Empfänger-Ländern in der Dritten Welt und werben für die völkerverbindende Kraft der Medizin.

In Europa setzt sich der Trend zur „Sozio-Pharmakologie“ immer mehr durch. Präparate wie ÖKOZEPAM („läßt Ihre Umwelt freundlicher erscheinen“) von Ma Poche und ANTIIDOXIN („Seveso ist nirgendwo“) von dem

gleichen Schweizer Konzern haben ihre führende Marktstellung behaupten können.

Im übrigen haben die intrazerebral implantieren Psycho-pharmaka-Pumpen, die den Wirkstoffspiegel der jeweiligen Stimmungslage automatisch anpassen, ihre Feldversuche erfolgreich bestanden und sind nun im Handel erhältlich.

Auch im Immobiliengeschäft zeichnet sich derzeit ein deutliches Plus ab. Die neue Zulassungsordnung (für einen Studienplatz müssen neben den Abiturnoten auch geeignete Praxisräume nachgewiesen werden) hat hier zu einer regen Nachfrage geführt.

Dicht umlagert ist der große Stand der ZAV (Zentralstelle für Arbeitsvermittlung). Allerdings werden nur den beschäftigungslosen Röntgenärzten (die neue Ultraschallverfahren haben den gesamten Berufsstand verdrängt) gute Chancen als Arbeiter in den Strahlungsbereichen der Atomkraftwerke eingeräumt. Nach neueren arbeitsmedizinischen Untersuchungen soll die jahrelange Strahlenexposition eine gewisse Immunitätsentwicklung fördern ...

Die Hersteller von Praxismöbeln klagen hingegen über eine Absatzflaute. Nur ein Produzent von einfachen Kü-

chentischen kann volle Auftragsbücher vorweisen, denn nach der Revision des § 218 im Jahre 1984 hat sich die Praxis der „klassischen“ Abtreibung im Hinterzimmer wieder durchgesetzt.

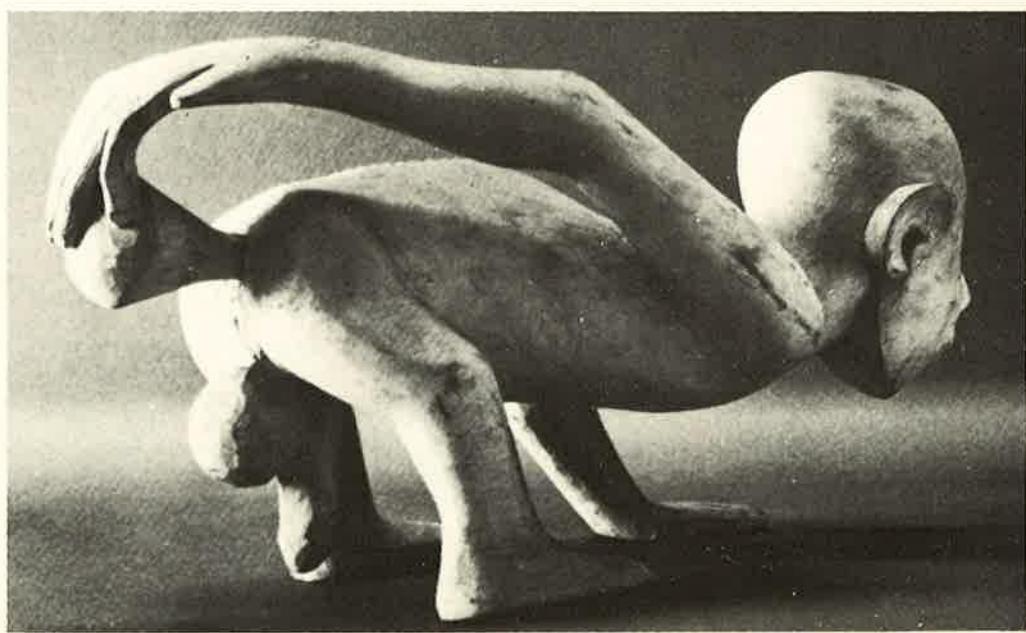
Neben der eigentlichen Messe findet das beliebte ergänzende Rahmenprogramm wieder viel Anklang: eine Kunstaustellung (diesmal vom Verband der malenden Pharmaberater), eine Besichtigung der Rheinwasserentsalzungsanlage und ein Besuch der letzten erhaltenen Nadelbäume im Stadtwald stehen zur Auswahl.

Auch ein kleiner Trödelmarkt mit Raritäten und medizinischem Krimskram findet rege Beachtung. Dort werden u.a. ein Jahresbestand „Dr. Mabuse“, ein verrostetes Hinweisschild „zum Gesundheitszentrum“ und die letzte unzensierte Ausgabe des Buches „Bittere Pillen“ meistbietend versteigert.

Zusammenfassend darf wohl uneingeschränkt die hervorragende Qualität und Quantität dieser weltgrößten Medizin-Messe hervorgehoben werden. Besucher und Aussteller freuen sich bereits auf die nächste MEDICA 1994.

Anmerkung der Redaktion: Spätestens hier müßten unsere wenigen verbliebenen Leser bemerkt haben, daß es sich bei dem Messebericht natürlich nur um eine phantasievolle Utopie handelt. Wer erinnert sich nicht an die fehlgesteuerte Pershing-II-Rakete, die 1985 unweit des Düsseldorfer Flughafens einen kilometerweiten Krater riß, in dem auch die Messehallen verdampften ...?

Felix



HIER EINE WICHTIGE DURCHSAGE:
LEIDER IST DEN ATOMWISSENSCHAFTLERN
EINE KLEINE PANNE UNTERLAUFEN. SIE
HOFFEN, IN KÜRZE DEN SCHADEN ZU
BEHEBEN! DER INNENMINISTER BITTET
DIE BEVÖLKERUNG NOCH UM
ETWAS GEDULD!!



Zum ersten Mal wurde bewiesen, was Kernkraftgegner seit langem befürchten: Die als „umweltfreundlich“ geprägten Atom-anlagen können auch ohne Störfall Krebs und Mißbildungen hervorrufen.

Wieder einmal sind es Kinder, tote und krebskranke, die den Namen einer kleinen Ortschaft in die internationalen Schlagzeilen geraten ließen.

Wir kennen diese Rolle der Kinder, ob in Seveso, in Harrisburg, in Vietnam, in Essen-Borbeck oder wo auch immer, diese Rolle der ersten Opfer, der Versuchskaninchen bei Umweltverbrechen, der Testpersonen für Schädlichkeit von Umweltgiften. „Erben des Übels“ wurden sie unlängst im Titel eines neu erschienenen Buches genannt, in dem der Autor, Bernd Dost, speziell die Folgen von Umweltschäden an Kindern aufzeigt.

In Windscale, einem kleinen Dorf an der Nordküste Großbritanniens, sind die so oft belächelten Warnungen der Kernkraftgegner Wirklichkeit geworden.

An diesem Ort, wo Europas größte Wiederaufbereitungsanlage steht, sterben überdurchschnittlich viele Kinder an Leukämie und anderen Krebskrankheiten.

Ein „ausgewähltes Gebiet“

Leukämie und Bronchialkrebs in der Umgebung der Wiederaufbereitungsanlage Windscale

- In Seascale, einem etwa drei Kilometer südlich von Windscale gelegenen Dorf, beträgt die Leukämierate bei Kindern zum Beispiel das Zehnfache des Landesdurchschnitts.
- In den Nachbardörfern Bottles und Waberthwaite werden andere Krebsformen fünfmal häufiger beobachtet.
- In den Feldern und Wiesen der Umgebung beträgt die gemessene Radioaktivität, verglichen mit der natürlichen Strahlenbelastung, häufig mehr als das Hundertfache.
- Selbst im Hausstaub von Wohnungen der weiteren Entfernung konnten noch erhebliche Mengen an Radioaktivität nachgewiesen werden.
- Anliegende Bauern stellen seit geraumer Zeit eine Häufung von Mißbildungen und Fehlgeburten in der Viehzucht fest.
- Fische aus den angrenzenden Küstengewässern der Irischen See weisen eine starke radioaktive Verseuchung auf.

Diese alarmierenden Fakten wurden kürzlich in einer sorgfältig recherchierten Fernsehreportage der britischen Öffentlichkeit präsentiert.

Die Folgen radioaktiver Umweltbelastung durch Emissionen des „Normalbetriebs“ der Wiederaufbereitungsanlage Windscale dürften Wellen schlagen, die weit über Großbritannien hinaus Wirkung zeigen werden — ist doch Windscale neben der französischen Anlage La Hague in der Normandie Hauptabnehmer u.a. für den bundesdeutschen Atommüll und im Konzept einer eigenen nationalen Wiederaufbereitung wichtigstes Vorbild.

Sichtlich nervös reagierte die britische Regierung, Untersuchungen wurden angekündigt, der frühere Ärztepräsident Sir Douglas Black wurde von Sozialministerium beauftragt, den schweren Anschuldigungen gegen das Werk nachzugehen.

Offenbar unter dem Druck einer immer argwöhnischer werdenden Öffentlichkeit rückte das Fischereiministerium mit einer aktuellen Studie heraus, in der eine Zunahme von Radioaktivität bei Fischen in der Irischen See zwischen 1980 und 1981 nachgewiesen wird.

Und wie zur Bestätigung mußten die Verursacher kurzzeitig den Strand vor der Werksan-

lage wegen radioaktiver Verseuchung sperren lassen — das war Anfang November — weil eine „ungentigende“ Meeresströmung, so die offizielle Version, den radioaktiven Abfall nicht weit genug aufs offene Meer hinausgetrieben hätte.

Bis heute werden fast täglich neue Funde von Seetangklumpen mit einem „ungewöhnlich hohen Maß an Radioaktivität“, so das Londoner Umweltministerium, gemeldet. Es dürfte kein Zweifel daran bestehen, daß diese Klumpen nicht erst in der letzten Zeit angeschwemmt werden, nur hat man offenbar vorher nicht so gründlich danach gesucht.

Die „abfallträchtigste Atomlage der Welt“, so eine Studie der Political Ecology Research Group* in Oxford, macht nicht das erste Mal in ihrer Geschichte Schlagzeilen. Der bisher größte Unfall ereignete sich am 10. Oktober 1957: An diesem Tag fingen die Uranbrennstäbe im Reaktorkern des Atommeilers Feuer. Um eine Explosion des Reaktors durch einen übermäßigen Anfall von Radioaktivität zu vermeiden, wird der Reaktor nur langsam mit Wasser geflutet

und die anfallende Radioaktivität über den Schornstein abgeblasen. Durch die in die Atmosphäre ausgetretene Jod-131-Aktivität, sie soll insgesamt 20000 Curie betragen haben, werden ca. 3 Millionen Liter Milch verseucht. Radio-Jod hatte sich im Umkreis von 500 Quadratkilometern abgelagert und gelangte so über die Nahrung der Kühe in die Milch. Von seiten der offiziellen britischen Strahlenschutzkommission wird erst im Januar 1983, also 25 Jahre nach dem schweren Unglück, der vollständige Bericht über sämtliche Schäden veröffentlicht. Es wird zugegeben, daß die damals freigesetzte radioaktive Strahlung mindestens zwanzig Todesfälle verursacht habe, daß es darüber hinaus zu hundertfacher Krebserkrankung und zu Schäden des Erbgutes gekommen sei.

Im Herbst 1983 muß der Kommissionsbericht nach gehärrnischen Protesten einer kritischen Öffentlichkeit korrigiert werden, da wichtige radioaktive Spurenelemente und deren Anreicherung im Menschen über den Weg der Nahrungskette nicht berücksichtigt worden waren — der Bericht wird überarbeitet, neue Zahlen gelangen auf den Tisch. Hiernach liegt die offizielle Zahl der zu beklagenden Toten nicht bei zwanzig, sondern bei mindestens 33.

Der damalige Reaktor wurde stillgelegt, Windscale erhielt einen neuen Typ, inzwischen erweitert durch eine Wiederaufbereitungsanlage. Durch rigorose Ausnutzung des Standortvorteils werden seitdem erhebliche Mengen an radioaktiven Abfällen, z.Z. mehr als 4 Millionen Liter täglich, ins Meer geleitet. Nach Schätzungen wurden allein zwischen 1969 und 1976 mehr als 500000 Curie Caesium 137 und ca. 100000 Curie Caesium 134 in die Irische See abgeblasen.

Die europäischen Fischkonsumenten sollen allein aus dem Caesium 137 dieses Zeitraumes mit einer Bevölkerungsdosis von ca. 300000 man-rem belastet werden. Die Anreicherung erfolgt durch Nahrungsaufnahme der Fische.

1971 wurde z.B. an Schollen der Windscale-Region pro Kilogramm eine Anreicherung mit 2000 picoCurie Strontium 90, 1600 pCi Caesium 134 und 12000 pCi Ruthenium 106 gemessen.

Errechnet man aus diesen Werten die für den Menschen bedeutsame Strahlendosis, vorausgesetzt er verspeist den Fisch, so ergeben sich folgende Werte je nach Verzehr率 (mittel bis

maximal): Knochenbelastung durch Strontium 90 640 bis 1700 mrem pro Jahr; Ganzkörperbelastung durch Caesium 137 und Caesium 134 67 bis 175 mrem; Magen-Darm-Trakt-Belastung durch Ruthenium 106 123 bis 342 mrem. (Diese Strahlenbelastungen beziehen sich auf das Jahr 1971.)

Zulässig sind in der Bundesrepublik nach der Strahlenschutzverordnung höchstens 30 mrem pro Jahr für den Ganzkörper, 90 mrem/Jahr für die Nieren und 180 mrem/Jahr für den Knochen.

Muscheln dieser Region sind wegen einer Verseuchung mit mehr als 250 000 pCi pro Kilogramm für den Verzehr nicht mehr geeignet. Der wegen seines hohen Protein- und Vitamingehaltes zur Brotherstellung genutzte Seetang muß wegen seiner starken Ruthenium-106-Anreicherung mit der vierfachen Menge aus entfernter Gegenen vermischt werden, um die höchstzulässigen Dosen für den Magen-Darm-Trakt nicht zu überschreiten.



Um das gesamte radioaktive Gefährdungspotential einer Wiederaufbereitungsanlage wie Windscale absehen zu können, müßte der Gesamtausstoß sowohl über das Abwasser als auch über die Abluft berücksichtigt werden. Berechnungen zeigen, daß allein im störfallfreien Normalbetrieb der Ausstoß um ein Zehn- bis Tausendfaches über dem eines großen Kernkraftwerkes heutiger Bauart liegen dürfte. Hinzu kommt die Emission besonders kritischer Nuklide wie Jod 129, Plutonium 239 u.a., die bei einem normalen AKW eine geringere Rolle spielen, dagegen hauptsächlich aus Wiederaufbereitungsanlagen freigesetzt werden.

Die von der Kernforschungsanlage Jülich erstellten Berechnungen ergeben z.B. mögliche Schilddrüsenbelastungen von Kleinkindern mit radioaktivem Jod bis zu 130 mrem pro Jahr (1982) bzw. 160 mrem pro Jahr (2070) in der Umgebung einer

WAA von einer Größenordnung, wie sie für die Bundesrepublik ursprünglich in Gorleben, jetzt wohl in Dragahn, geplant ist. (Jahreskapazität: Verarbeitung von ca. 1400 Tonnen ausgebrannter Brennstäbe.)

Die größte Gefährdung geht jedoch von dem giftigsten aller Radionuklide, dem Plutonium, aus. Dieser Stoff ist nicht nur ein begehrter Kernbrennstoff, z.B. für Schnelle Brüter (Kalkar), sondern auch wichtigster Atomsprengstoff.

Plutonium entsteht in den üblichen Reaktoren als „Abfallprodukt“, in den Schnellen Brütern dagegen als gewünschtes Produkt. Einer Wiederaufbereitungsanlage kommt die wichtige Aufgabe zu, Plutonium aus den abgebrannten Brennstäben „wiederzugeben“, d.h. zu isolieren und zu reinigen. Bei einer Jahreskapazität von geplanten 1400 t würden etwa 14 t, also 14000 kg Plutonium durch die Anlage geschlüsselt. Die optimistischen offiziellen Prognosen, mit dem Plutoniumproblem fertig werden zu können, stehen nun, nicht zuletzt bestätigt durch die Katastrophenmeldungen aus Windscale, in scharfem Widerspruch zu bisherigen praktischen Erfahrungen. Die Plutoniumrückhaltung ist deutlich niedriger als offiziell behauptet.

Statt einer Rückhaltung von 99,99997 Prozent, wie sie zum Beispiel von der Atomenergie-Kommission der USA angegeben wird, wurden in Großbritannien aus verbrauchten Brennelementen, die 30000 kg Plutonium enthielten, nur 98,3 Prozent zurückgewonnen. 0,3 Prozent wurden direkt ins Meer geleitet, der Rest wartet in riesigen Abfallmengen auf die „Endlagerung“.

Die Sedimente im küstennahen Bereich von Windscale enthalten bereits knapp 100 kg Plutonium 239 (Halbwertzeit 24400 Jahre).

Es war auch Plutonium, das im Hausestaub der weiteren Umgebung von Windscale gefunden wurde. Ob als reines Element oder in Verbindung mit Sauerstoff als Aerosol — diesem Stoff stehen mehrere Wege offen, in den menschlichen Körper zu gelangen und dort Krebs zu erzeugen, sei es durch die Ablagerung im Knochenmark die Leukämie, sei es durch Haftenbleiben an der Bronchialschleimhaut den Bronchialkrebs.

Bereits etwa ein zehnmillionstel Gramm Plutonium genügt, um mit Sicherheit einen Lungenkrebs auszulösen. Man kann sich ausrechnen, daß schon bei

Curie: Die Aktivität eines radioaktiven Elements gibt die Zerfalls-Geschwindigkeit, d.h. die Anzahl der Zerfälle pro Zeiteinheit, an. 1 Curie entspricht einer Aktivität von 1 g Radium mit 3,7 Milliarden Zerfällen pro Sekunde.

rad: Die Einheit rad gibt an, wieviel Energie an das von der Strahlung getroffene Material abgegeben wird.

rem: rem meint die biologische, d.h. für den Menschen relevante Energiedosis, sie ist für Alphastrahler wie Plutonium zehnmal stärker als für Beta- oder Gammastrahler bei gleicher Energiedosis rad.

rem oder millirem ist die übliche Einheit in bezug auf Lebewesen.

man-rem: Hiermit ist die sog. Bevölkerungsdosis gemeint. 300000 man-rem bedeuten 1 rem Strahlenbelastung pro 300000 Menschen, 1/10 rem pro 3 Millionen usw. Es muß also, um die Einzelbelastung ausrechnen zu können, die Zahl der insgesamt betroffenen Menschen mitgenannt werden.

kleinen Störfällen, angenommen sei z.B. Freiwerden von einem millionstel Teil des Plutoniuminventars, und weiter angenommen sei, daß nur jedes millionste Plutoniumteilchen tatsächlich eingeatmet wird, die Zahl der zu erwartenden Todesfälle durch Lungenkrebs im Bereich von Hunderten bis Tausenden läge.

Windscale und Umgebung ist ein „ausgewähltes Gebiet“, in dem man der Bevölkerung, als erstes den Kindern, zugemutet hat, Versuchskaninchen für solcherart Bedrohung zu spielen. Welches „ausgewählte Gebiet“ in der Bundesrepublik dran kommt, ist noch offen. Es liegt an uns zu verhindern, daß nicht die Kinder des Landkreises Lüchow-Dannenberg oder irgend eines anderen Standortes die nächsten Opfer sein werden.

Peter Walger

Literatur

- 1) P. Weish/E. Graber, Radioaktivität und Umwelt, G. Fischer Verlag
- 2) Kalkar-Report, hg. v. Roland Kollert u.a., fischer alternativ
- 3) Schnelle Brüter und Wiederaufbereitungsanlagen, hg. v. H. Strohm, Verlag Association
- 4) Informationen zur Atomenergie, hg. v. Bürgerinitiative Umweltschutz Unterelbe/Hamburg

„Ich würde dort nicht wohnen wollen“

dg-Interview mit dem Strahlenbiologen Prof. Köhnlein

Wiederaufarbeitungsanlagen wie im englischen Windscale sind auch in der Bundesrepublik geplant. dg fragte den Münsteraner Strahlenbiologen Professor Köhnlein nach den Risiken.

dg: Sind die Risiken nach heutigem Stand der Wiederaufbereitungstechnologie eigentlich beherrschbar — konkret: müssen wir wie in Windscale mit ähnlichen Folgen auch in der Bundesrepublik rechnen?

Köhnlein: Größere Unfälle sind in Windscale vor etwa fünfzehn Jahren wiederholt vorgekommen, es handelte sich dabei auch um Kritikaltätsunfälle, bei denen besonders radioaktives Ruthenium 106 freigesetzt wurde. Es sollen etwa 35 Personen mit erheblichen Bestrahlungsdosen belastet worden sein. Bei den neueren „Unfällen“ handelt es sich um im Routinebetrieb über Abwasserleitungen ins Meer gelangte radioaktive Substanzen, die sich im Seetang um ein Vielfaches anreichern und dann die Strände verseuchen. Menschen, die mit dem Seetang in Berührung kommen, werden strahlenbelastet. Baden ist dort lebensgefährlich.

Die Risiken, die in der Bundesrepublik geplanten Anlagen mit sich bringen, sind ganz schwer abzuschätzen. Bisher liegen nur Erfahrungen mit kleinen Laboranlagen vor (Kapazität 30 Jahrestonnen abgebrannte Brennelemente). Die Umsetzung von Laboranlagen in Großtechnologie (Kapazität ca. 400 Jahrestonnen) ist immer problematisch, einfache Maßstabsvergrößerung ist hier nicht die Lösung. Ob die technologischen Probleme überhaupt beherrschbar sind, ist eine wichtige Frage. Aber selbst wenn man die Technologie im „Griff“ hat, sagt dies noch nicht allzuviel über die Risiken aus.

Ein Beispiel: Selbst wenn einer das Autofahren beherrscht, sagt diese Tatsache noch lange nicht, daß er immer unfallfrei fahren wird. Und wie sich manches mit einem Fahrrad besser erledigen läßt als mit dem Auto, könnte man bei der Energieversorgung besser und ungefährlicher das Ziel durch andere Technologien erreichen. Dadurch wird die Wiederaufbereitung überflüssig. Neue Energiestudien aus Luxemburg zeigen, daß die älteren Abschätzungen, in denen die „friedliche“ Nutzung der Kernenergie als unumgänglich erachtet wurde, mit groben Fehlern behaftet waren.

dg: Gibt es nach den heutigen Kenntnissen eine Schwellendosis für radioaktive Strahlung, unterhalb der keinerlei Gefahren für die menschliche Gesundheit drohen?

Köhnlein: Die natürliche Strahlenbelastung (aus kosmischer und terrestrischer Strahlung) beträgt rund 110 millirem pro Jahr. Man darf annehmen, daß sich der Mensch und natürlich die ganze Biosphäre im Verlauf der Evolution auf diese Grundstrahlung eingestellt hat.

Eine Schwellendosis gibt es für die beiden wichtigsten Strahlenschäden beim Menschen — nämlich Erbschäden und Krebs — nach Übereinstimmung aller Experten nicht.

dg: Können Sie uns bitte in einigen Stichpunkten die gesundheitlichen Risiken radioaktiver Strahlung im Niedrigdosisbereich schildern, wenn möglich auch quantitativ beifürfen?

Köhnlein: Niedrige Strahlendosen werden hauptsächlich Mutationen in den Körperzellen und in den Keimzellen hervorrufen. Im ersten Fall ist das bestrahlte Individuum selbst betroffen, im zweiten Fall die nächste Generation. Man

spricht daher auch von somatischen bzw. genetischen Mutationen. Die Folge einer Mutation in einer Somazelle kann Krebs sein. Die Mutation in einer Keimzelle bedeutet im allgemeinen Verminderung der Vitalität des neuen Individuums, aber auch drastische gesundheitliche Defekte. Derzeit sterben 20 Prozent der Bevölkerung an Krebs. Es ist daher sehr schwierig, eine Erhöhung der Krebsfälle infolge leicht erhöhter Strahlenbelastung nachzuweisen, dennoch bedeutet der Absolutzuwachs an Krebsfällen zusätzliches menschliches Leid.

Ein Beispiel:

Bei Annahme einer linearen Dosiswirkungsbeziehung im Bereich niedriger Strahlendosen würde durch eine zusätzliche Strahlenbelastung von nur 10 millirem pro Jahr die Zahl der Krebstoten um 0,03 Prozent erhöht. Das heißt, bei einer Bevölkerung von einer Million würden zu den 200000 Krebstoten noch weitere 56 Fälle hinzukommen. Dies läßt sich aber experimentell nicht nachweisen, bedeutet aber wie gesagt zusätzliches Leid.

Auch bei in Keimzellen induzierten Mutationen ist der Nachweis der Wirkung kleiner Dosen schwierig, hauptsächlich weil menschliche Populationen genetisch sehr inhomogen sind. Leichte Veränderungen des Erbguts werden also in der bereits vorhandenen genetischen Varibilität „statistisch untergehen“, aber dennoch reales menschliches Leid bedeuten.

dg: Welchen Ratschlag würden Sie den Menschen in der Umgebung kerntechnischer Anlagen, insbesondere der geplanten Wiederaufbereitungsanlage in Dragahn, Landkreis Lüchow-Dannenberg, geben?

Köhnlein: Die Gefahren für Anwohner in der Umgebung solcher Anlagen sind nur ganz schwer abzuschätzen, da eigentlich noch keine industrielle Erfahrung mit diesen Anlagen in Deutschland vorliegt. Die Erfahrungen in Cap de la Hague (Frankreich) und Windscale (England) werden naturgemäß von den Betreibern und Befürwortern anders beurteilt als von den Kritikern. Es ist immer wieder vorgekommen,

dass beachtliche Mengen Radioaktivität an die Biosphäre abgegeben wurden. Es wäre vermesse anzunehmen, daß die deutsche Technologie die Problematik der Wiederaufbereitung besser im Griff haben wird. Für mich ist auch der Mensch mit seiner Unzulänglichkeit ein nicht kalkulierbarer Unsicherheitsfaktor. Gerade in einer Wiederaufbereitungsanlage werden langlebige Radioisotope in erheblich größeren Mengen lagern als in einem Kernkraftwerk.

Bei einer kriegerischen Auseinandersetzung in Mitteleuropa werden solche Anlagen bevorzugte Ziele sein. Ein nuklearer Angriff auf eine Wiederaufbereitungsanlage bedeutet eine unvorstellbar große Katastrophe von internationalem Ausmaß. Entsprechende Szenarien sind von seriösen amerikanischen Wissenschaftlern wiederholt vorgestellt worden (etwa: Fetter and Tsipis, Scientific American, April 81; Arkin, von Hippel und Levi, Ambio 1982).

Kernenergie stellt ein Instrument dar, dessen Benutzung uns zwingt, Risiken und Gefahren als gesellschaftlich akzeptabel auszugeben und maximal zulässige Strahlendosen festzulegen. Aber das Festlegen solcher Dosen ist nicht mehr eine instrumentelle Angelegenheit, sondern von ethischer und gesellschaftlicher Natur. Aufgrund dessen werden auch immer wirtschaftliche Fragen bei dem Problem des Strahlenrisikos eine Rolle spielen. Man kann dies vielleicht sogar verstehen, guthießen kann ich es auf keinen Fall.

Ihre Frage nach dem Ratschlag, den ich den Menschen in Dragahn geben sollte, kann ich nur für mich beantworten: ich würde nicht in der Nähe solcher Anlagen wohnen wollen.

Angesichts der neuesten Erkenntnisse bei den Energieprognosen halte ich den von der Bundesrepublik eingeschlagenen Weg für falsch, weil er zu gefährlich und außerdem überflüssig ist.

In memoriam

Nicht nur Gesundschreiber

Vertrauensärzte im Dienste ihrer Patienten

Die Institution des Vertrauensarztes entstand in der Auseinandersetzung der Krankenkassen mit den niedergelassenen Ärzten. Das Krankenversicherungsgesetz von 1883 hatte die Arztfrage offen gelassen: die Frage, ob Ärzte in freier Praxis oder als Angestellte der Kassen tätig wurden, hatte der Gesetzgeber nicht geregelt. Der Kampf der Ärzte um die freie Arztpraxis dauerte dann fünfzig Jahre, bis der Nationalsozialismus diese Frage zugunsten der Ärzte entschied. In der Auseinandersetzung mit den niedergelassenen Ärzten stellten die Kassen Vertrauensärzte ein, die die Verordnung und Krankschreibungen der Ärzte kontrollieren sollten, um so einer ungerechtfertigten Bereicherung der Ärzte durch ungerechtfertigte Verordnungen und Krankschreibungen entgegenzuwirken.

Doch manche dieser Vertrauensärzte erweiterten ihre Tätigkeit schon sehr bald um einen sozialhygienischen Aspekt. Mit dem Erlass der Reichsversicherungsordnung (RVO) 1911 wurde der Präventionsgedanke dann gesetzlich verankert. Und nachdem die Weimarer Verfassung in ihrem Artikel 161 bestimmt, daß das Reich zur Erhaltung der Gesundheit und der Arbeitsfähigkeit ein umfassendes Versicherungswesen schaffe „unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten“, waren zumindest die Voraussetzungen für eine praktizierte Sozialhygiene gegeben. Die Arbeitnehmervertreter hatten damit die Dominanz in den selbstverwalteten Krankenkassen wiedererlangt. Und Vertrauensärzte, die sich in den Dienst dieser von der (sozialdemokratischen) Arbeiterbewegung verwalteten Kassen stellten, waren häufig auch der Idee der Arbeiterbewegung verpflichtet.

W. Pryll war vor seiner Tätigkeit von 1922 an bei der AOK Berlin als Vertrauensarzt Gewerbeärzt in Berlin gewesen. Er hielt gewerbehygienische Kenntnisse der Vertrauensärzte für unabdingbar. Er plädierte aufgrund

seiner gewerbeomedizinischen Kenntnisse schon sehr früh für eine berufskundliche Tätigkeit des Vertrauensarztes, und er forderte unter der öffentlichen Diskussion um eine Arbeitslosenversicherung und Arbeitsvermittlung eine ärztliche Berufsberatung. Er sprach in diesem Zusammenhang von einer Gewerbeomedizin, die sich sozialwissenschaftlicher Methoden bedienen müsse. Und er schlug die Gründung eines „Reichscentralinstituts für Arbeit und Gewerbe, Berufsforschung, Berufsmedizin und -hygiene und alle damit verwandten medizinischen und nichtmedizinischen Wissenschaftszeuge“ vor. An einem solchen Institut müsse die Krankenversicherung größtes Interesse haben, schrieb er, denn sie allein verfüge doch über das gesamte Material.

Auf Initiative Prylls wurde eine Krankheitsarten- und Berufsstatistik bei der AOK Berlin entwickelt, die Basis sein sollte für epidemiologische Untersuchungen arbeitsbedingter Erkrankungen. Die Planlosigkeit vertrauensärztlicher Tätigkeit, die auch heute noch Gegenstand der Erörterung ist, wurde von ihm bereits in den zwanziger Jahren beklagt:

„Die Nachuntersuchung arbeitsunfähiger Mitglieder ist eine sehr wichtige, aber nicht die Hauptaufgabe des vertrauensärztlichen Dienstes. Die vertrauensärztliche Krankenkontrolle bedarf der Rationalisierung: die Auslese der zu untersuchenden Mitglieder muß planmäßig geschehen. Dafür haben die Ergebnisse der Krankheitsstatistik der Kasse als Unterlage zu dienen. In erster Linie ist die Auswahl nach den die Kasse am stärksten belastenden Altersklassen, Gewerbe- und Krankheitsgruppen, Krankheiten usw. zu treffen ...“



„Der Vertrauensarzt“, v. Weisgärber; Simplic. 1956

Pryll gab seit 1928 die Zeitschrift „Soziale Medizin“ heraus, in der die Diskussion um eine Epidemiologie arbeitsbedingter Erkrankungen anhand von Kassendaten reichlich geführt wurde. Vorgestellt wurde hier u. a. eine epidemiologische Studie über die Ursachen des chronischen Rheumatismus, die an Aktualität bis heute wenig eingebüßt hat.

Nachdem infolge der Ärztestreiks 1923 die Berliner Ortskrankenkasse Ambulatorien eingerichtete, wurde Pryll hier Chefarzt. In dieser Eigenschaft — als Befürworter der Ambulatoriumsbewegung — wurde er zum „Verräter an ihrer (der Ärzte) Sache“. Er wurde aus der Berliner Medizinischen Gesellschaft ausgeschlossen. Seine Auseinandersetzungen mit der im Leipziger Hartmannbund organisierten Ärzteschaft fand in den Jahren 1930 bis 1932 ihren Höhepunkt. Mit Hilfe der Brüningschen Notverordnungspolitik wurde die Institution des Vertrauensarztes in die RVO eingefügt. Gleichzeitig wurde jedoch die Stellung der niedergelassenen Ärzte gestärkt. Die Vertrauensärzte erhielten ein Behandlungsverbot, und die Gründung von Ambulatorien wurde erschwert. Der Gegenspieler Prylls auf Seiten der organisierten Ärzteschaft war Carl Haedenkamp, der Pryll in der Standespresse aufs heftigste angriff.

Pryll war aber nicht der einzige Vertrauensarzt dieser Zeit, der zum einen der Sache der Ambulatorien nahestand, zum anderen der Konzeption einer sozial- und gewerbehygienisch orientierten vertrauensärztlichen Tätigkeit. Paul Wichmann war der führende Kopf in der großen vertrauensärztlichen Dienststelle der AOK Hamburg. Diese

Dienststelle verfügte über zwanzig Ärzte verschiedener Disziplinen und über zahlreiche kassen-eigene Institute: Röntgeninstitute, Diathermieinstitute, eine Beratungsstelle für Schwangere, ein orthopädisches Institut. An diesem letzgenannten entzündete sich der Konflikt mit der organisierten Ärzteschaft, die das Entstehen einer orthopädischen Ambulanz entschieden bekämpfte. Wichmann selbst war Dermatologe. In seiner dermatologischen vertrauensärztlichen Dienststelle führte er eine Statistik der Ekzeme, bei der er die Fälle nicht nur nach Berufsgruppen aufschlüsselte, sondern auch nach den vermuteten chemischen Schadstoffen, mit denen die Betroffenen in Berührung gekommen waren. Er sah in den vertrauensärztlichen Daten die Möglichkeit einer Vorbeuge-Medizin und schlug die Schaffung einer kasseneigenen „Zentralstelle für die Erfassung von Berufskrankheiten“ vor. Für Wichmann war es Sache des Vertrauensarztes,

„aus der Praxis heraus Hand in Hand mit dem Statistiker ... zu arbeiten ...“. Er verwies „auf die Notwendigkeit einer systematischen Bekämpfung des Krebses, für den noch nicht einmal eine brauchbare Statistik vorhanden ist, auf die rheumatischen Erkrankungen, die Gewerbe-krankheiten.“

Pryll emigrierte nach 1933, Wichmanns Verbleib konnte bislang nicht recherchiert werden. Die Schaffung von Krebsregistern steht erst am Anfang, und das Problem der rheumatischen Erkrankungen ist nach wie vor ungelöst. Aber die alte Diskussion um eine präventions-orientierte Tätigkeit des Vertrauensarztes ist erneut entfacht.

Gine Elsner

Artikel gekürzt. Quellen und ausführliches Original über die Redaktion.

Kommentar**Gedanken zu
Geißlers
Selbsthilfe-Aktion**

Auch das gehört zum Herbst '83 in diesem Land: Vor der Raketendebatte im Bundestag hatte ich an einige Abgeordnete geschrieben. Als ich die Briefe zur Post brachte, fand ich einen Prospekt des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, jenes Mannes also, der sich durch seine Pazifisten-Beschimpfung und ähnliche Vorstöße als künftiger Reichspropagandaminister empfohlen hat. Unter dem Motto „Reden ist Silber, Helfen ist Gold“ wird an den Bürger appelliert: „Machen Sie mit!“

Das Titelblatt ist ein Meisterstück optischer Demagogie: Über schwarzen Wäldern und roten Hügeln ein goldener Himmel, in dem die Sonne strahlt, voll unerschöplicher Energie. Vor dessen Hintergrund fünf Unterarme. Bei genauerem Hinschauen lassen sie sich zuordnen: eine Frau, ein Mann, ein Kind, ein älterer Mensch und einer mit dunklerer Hautfarbe — womit diskret jeder Verdacht der Ausländerfeindlichkeit abgewiesen wird. Die Arme sind entblößt, weitere Kennzeichen offenbar unerwünscht. Die fünf Un-



Wohnblocks ein altes Ehepaar, damit es in seiner vertrauten Umgebung bleiben kann.“ Oder: „Da schließen sich Rheumakranke zu einer Selbsthilfegruppe zusammen, um gemeinsam besser mit den Folgen ihrer Krankheit fertig zu werden.“ In Geißlers Namen sorgt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung dafür, „daß solche Beispiele bekannt werden ... Wir suchen Menschen, die anderen helfen. Und Menschen, die sich gegenseitig helfen.“ An diesem Wettbewerb kann, nein: soll sich jeder beteiligen („... schreiben Sie uns ...“).

Denn mit dem sozial verbrämten Blockwart-System will Geißler „Zeichen setzen“, werden doch die Mittel seines Ressorts 1984 um 3,8 Prozent

**„Verstärkt
Menschen helfen“**

sichtbaren haben ihre Klassen- und Schichtzugehörigkeit abgestreift, dafür aber die Ärmel aufgekrempelt, um sich gegenseitig an den Handgelenken zu fassen.

Das Bild soll den Betrachter dazu verführen, sich emotional vom Begriff des sozialen Netzes abzuwenden, um dem derzeitigen Bundeskanzler auf dem rechten Weg zu folgen: „Nur wenn verstärkt Menschen Menschen helfen, wächst die Qualität unseres Gemeinwesens.“ So wird Helmut Kohl auf den Innenseiten des Faltblattes — in roter Schrift — zitiert. Darunter finden sich Beispiele, wie er und sein Kapitalismus mit menschlichem Gesicht vorstellen: „Da betreuen die Mieter eines

sinken, während der Wehr-Etat um 5,9 Prozent steigen soll. Der Umschwung ist dem Bundeskanzler schon eine schöne Rede wert. Im Frühjahr 1984 will er „Mitbürgerinnen und Mitbürger, die einzeln oder in Gruppen beispielhaft Nächsten- oder Selbsthilfe leisten, nach Bonn einladen, um sie öffentlich auszuzeichnen.“ Und ich fürchte: Alte, Arbeitslose, Behinderte, Kranke, Pflegebedürftige und andere Opfer der verschwenderischen Sparpolitik werden sich darum reißen, das goldene Gemeinsinn-Kreuz tragen zu dürfen. Denn wehe dem, der sich nach dem Stationierungsbeschuß nicht selber hilft. Dem wird der Staat schon helfen!

Jürgen Peter Stössel

Rp.: 35 Stunden!**Arbeitszeitverkürzung als
präventive Gesundheitspolitik**

**„Ein soziales,
geistiges und
sittliches
Emporsteigen der
Arbeiter ist aber nur
möglich, wenn ein
größeres Maß an freier
Zeit zur Verfügung
steht.“**

**Diese Feststellung
veröffentlichte die
Deutsche Metall-
arbeiterzeitung im
Jahre 1901; sie hat an
ihrer Aktualität bis
heute nichts verloren.**

**Unser Mitarbeiter
Klaus Priester hat bei
einer Arbeitstagung
der Universität
Bremen einen Beitrag
über „Arbeitszeit-
verkürzung als präven-
tive Gesundheits-
politik“ gehalten, die
wir in gekürzter Form
wiedergeben.**

Die Forderung nach Arbeitszeitverkürzung wird im wesentlichen mit drei Zielen begründet:

- 1.) Sie soll die bestehenden Arbeitsplätze sichern und einen Abbau der hohen Arbeitslosigkeit ermöglichen.
- 2.) Sie soll das Ausmaß an nicht arbeitsgebundener Zeit (Freizeit) vergrößern.
- 3.) Sie soll die Einwirkungsdauer schädigender Belastungsfaktoren vermindern.

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich in der BRD eine außerordentliche Vielfalt nebeneinander existierender Arbeitszeitformen herausgebildet. So ist die 40-Stunden-Woche zwar inzwischen tarifliche Realität, wirklich umgesetzt ist sie in nur wenigen Berufen.

Die noch gültige Arbeitszeitverordnung aus dem Jahre 1938, die alle möglichen Sonderregelungen erlaubt, macht auch heute noch Arbeitszeiten von kurzfristig bis zu 72 Wochenstunden möglich. Von der Fiktion einer „Freizeitgesellschaft“, von der man in den fünfziger Jahren sprach, sind wir weiter denn je entfernt.

Wie weit wir schon von einer geregelten Wochenarbeitszeit entfernt sind, zeigt allein die Zahl der Überstunden. 1982 leistete jeder Beschäftigte in der BRD durchschnittlich 80,24 Überstunden im Jahr. Interessant ist hierbei, daß regional gesehen die höchste Überstundenzahl dort geleistet worden ist, wo auch die höchste Arbeitslosigkeit herrschte. Allein dies legt, daß die individuelle Mehrarbeit bei gleichzeitig hoher Arbeitslosigkeit nicht zur Krisenbewältigung führt.

Mehrarbeit ist auch die zweite Erwerbstätigkeit, die nach statistischen Angaben 1982 noch 450.000 Erwerbstätige bis zu 25 Wochenstunden zusätzlich ausüben, darüber hinaus wird vom statistischen Bundesamt geschätzt, daß weitere drei Millionen Deutsche in ihrer Freizeit eine regelmäßig bezahlte Nebentätigkeit ausüben. Auch traditionelle Arbeitsformen wie die Heimarbeit, die Arbeit unter Zeitverträgen und die Leiharbeit zeichnen sich dadurch aus, daß einerseits die Arbeitszeiten häufig überschritten werden, andererseits bei verkürzten Arbeitszeiten eine verstärkte Herausforderung der Arbeitskraft eingefordert wird.

Auch die erzwungene Kurzarbeit, von der allein im April 1983 764.000 Arbeiter betroffen waren, sowie die Teilzeitarbeit, die mittlerweile zwischen 10 und 16 Prozent der Lohnabhängigen, und hier fast ausschließlich Frauen, ausüben, sind Arbeitsformen, die in der Realität eine Arbeitszeitverkürzung ohne Lohnausgleich bei gleichzeitiger erhöhter Arbeitsintensität darstellen.

Auch alle Formen von Nacht- und Schichtarbeit sowie die Arbeit an Wochenenden und Feiertagen weisen in den letzten Jahren eine steigende Tendenz auf, verhindern eine geregelte Regeneration und sind langfristig gesundheitsschädlich.

Diese außerordentlich unterschiedlichen Formen der Arbeitszeitgestaltung sind praktisch nie Ausdruck persönlicher Wünsche der Betroffenen, sondern stellen im allgemeinen unfreiwillige, von den Unternehmen erzwungene oder aus sozialen und finanziellen Gründen unverzichtbare Anpassungen an betriebliche Begebenheiten dar.

In den vergangenen Jahrzehnten sind die Arbeitsplätze mit Schwer- und Schwerarbeit in der Tat zurückgegangen. Zugenommen haben jedoch gleichzeitig die Arbeitsintensität und psychischen Belastungsfaktoren bei der Arbeit. Auch ist die Produktivität der Arbeit erheblich gestiegen, und die Struktur der Arbeitsbelastung hat sich zu ungünsten der Beschäftigten verändert, so daß die resultierende Gesamtbelastung und der Gesundheitsverschleiß auch über einen längeren Zeitraum und trotz aller technischer Neuerungen nicht geringer geworden sind.

Zu diesen Belastungen kommen verschlechterte Umwelt-, Verkehrs- und Reproduktionsbedingungen, damit ist gemeint, daß sich auch in der außerbetrieblichen Zeit die Möglichkeiten zur Regeneration, zur Erholung, zur persönlichen Gestaltung der arbeitsfreien Zeit immer weiter eingeschränkt haben. Wie Untersuchungen des Zeitbudgets zeigen, wird Freizeit an Werktagen überwiegend durch zum Teil lange Arbeitswege, Besorgungen, Behördengänge, Einkaufen, Essen und Schlafen, also unmittelbare und elementare Reproduktionserfordernisse absorbiert. Zeit für Muße und aktive Freizeitgestaltungen fin-

DGB-Plakat
zur
5-Tage-Woche
(1954)



den insbesondere erwerbstätige Frauen mit Familie an Wochenenden kaum, selbst am Wochenende nur eingeschränkt. Bei der Mehrzahl der Lohnabhängigen ergibt sich ein Defizit an erfüllter, selbstbestimmter und befriedigender Lebenszeit während der Arbeitswoche. Es hat sich eine Tendenz entwickelt, diesen „Bedürfnisdruck“ an den Wochenenden zu befriedigen, oder die Erholung wird auf den Urlaub, bei nicht wenigen Lohnabhängigen sogar auf den Lebensabend, „verschoben“. So erzwingt die lange Tagesarbeitszeit während der Woche häufig ein Freizeitverhalten am Wochenende und im Urlaub, was kräftezehrend ist und einer gewünschten Regeneration entgegensteht. Insbesondere wenn so dringende Bedürfnisse wie Ausrüsten und Schlafen zugunsten knapper Freizeitaktivitäten aufgegeben werden, stellen sich langfristig psycho-physische Erschöpfungszustände ein, die kaum noch ausgeglichen werden können.

Alle Strategien zur Verkürzung der Lebensarbeitszeit durch Senkung des Rentenzalters stellen kein vorbeugendes Herangehen an Gesundheitsprobleme dar. Diese Maßnahmen greifen erst, wenn bereits in vielen Fällen irreparable Gesundheitsschäden eingetreten sind.

Da durch Frühinvalidität oder Tod viele Kollegen frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden,

liegt schon jetzt das durchschnittliche Zugangsalter in der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter bei 57,8 Jahren (Männer). Diese Entwicklung, die auf einen langfristigen Frühverschleiß der Arbeitskraft zurückzuführen ist, hat paradoxer Weise zum Ergebnis, daß etwa zwei Drittel der Betroffenen eine Verkürzung der Lebensarbeitszeit gar nicht mehr genießen könnten, da sie schon vorher aus Gesundheitsgründen ausrangiert werden mußten.

Dagegen stellt die Verkürzung der Wochenarbeitszeit in der Tat eine vorbeugende Strategie dar. Denn durch sie wird die Wiederherstellung der Arbeitskraft gesichert und ein vorzeitiger Gesundheitsverschleiß verringert. Hier ist allerdings anzumerken, daß dies nur möglich ist, wenn die sodann verkürzte Einwirkungsdauer schädigender Belastungsfaktoren nicht durch eine erneute Erhöhung der Arbeitsintensität von Seiten der Unternehmen ausgeglichen wird. Hier gewinnen die gewerkschaftlichen Forderungen nach „definierten Arbeitsbedingungen“ bzw. die Festschreibung von Leistungsgrenzen neue Bedeutung. Im Zuge einer Arbeitszeitverkürzung wäre auch ein zwingender Einfluß der Gewerkschaften auf die Einstellungs- und Personalpolitik zu fordern, um überhaupt zu gewährleisten, daß die verkürzte Arbeitszeit durch Neuerstellungen und nicht

durch eine verstärkte Ausbeutung kompensiert wird.

Zusammenfassend kann die Forderung nach Einführung der 35-Stunden-Woche als die unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten wirkungsvollste Alternative der Arbeitszeitverkürzung betrachtet werden.

Interessant ist dabei noch die Frage, wie die Wochenarbeitszeit verkürzt werden sollte. Durch eine Verlängerung des Wochenendes würde das wochentägliche Erholungsdefizit nicht aufgehoben. Durch eine Einschiebung von Pausen während der täglichen Arbeitszeit würde sicher ein optimaler Effekt erreicht. Solche Pausen sind von Gewerkschaftsseite aber schon als zusätzliche Maßnahmen als Reaktion auf die bereits stattgefundenen Intensitätssteigerungen gefordert worden. Sinnvoll wäre wahrscheinlich das Abschneiden der letzten Arbeitsstunde eines Arbeitstages. Damit wäre dann wirklich ein zusätzliches Stück an nicht „arbeitsgebundener“ Zeit gewonnen.

Tagesarbeitszeitverkürzung etwa in Form von Teilzeitarbeit oder von flexibler Arbeit ist mit größter Vorsicht zu betrachten. Es ist hinlänglich bekannt, daß die Intensität der Arbeitsverausgabung bei der Halbtagsarbeit im Vergleich zur Ganztagsarbeit weitauß höher ist, zudem findet hier ja eine Verkürzung der Arbeitszeit ohne Lohnausgleich statt. Solche Maßnahmen werden als Scheinalternative von Unternehmerseite auch im Zusammenhang mit der 35-Stunden-Woche verstärkt offeriert, sie werden als familienfreundlich und individuell regulierbar angeboten. In Wirklichkeit wissen die Unternehmer genau, daß sich die Arbeitszeiten auch bisher immer nur nach betrieblichen Gesichtspunkten geregelt haben.

Das Originalreferat mit der umfangreichen Literaturliste kann bei der Redaktion angefordert werden.

**Sexualpädagogik
Familienplanung**
Erscheint alle 2 Monate

pro familia magazin

Heft 1/1984 (Januar)

**Schwerpunktthema:
Kinder kriegen**

Eine Bestandsaufnahme:
Nicht nur medizinische Aspekte (z. B. Praxisgeburt, Klinikgeburt, ambulante Geburt) sondern auch soziologische (z. B. Gebärneid der Männer) und aktuelle: Was wird aus den Hebammen? Mütter nach der „Wende“. Und vieles mehr.

Ankreuzen und einsenden an:
Gerd J. Holtzmeyer Verlag
Weizenbleek 77, 3300 Braunschweig

Bitte, schicken Sie mir das „Kennenlernpäckchen“ des **pro familia magazins** „Sexualpädagogik und Familienplanung“ (4 Ausgaben ab 1981 je nach Lagerbestand) zum Preis von DM 10,- (Schein/Scheck beigefügt).
 Bitte, schicken Sie mir das angekreuzte Heft gegen Rechnung (6,20 DM + 0,80 DM Porto). Wenn ich innerhalb von drei Wochen die Zeitschrift abonniere, brauche ich die Rechnung nicht zu bezahlen.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Heft 4/83 | Gesundheitskultur und Sexualität |
| <input type="checkbox"/> Heft 5/83 | Pro Familia Praxis |
| <input type="checkbox"/> Heft 6/83
(11. Nov.) | Sexualerziehung und kein Ende |
| <input type="checkbox"/> Heft 1/84
(7. Januar) | Kinder kriegen |
| <input type="checkbox"/> Heft 2/84
(10. März) | Sexualität und Lebensalter |
| <input type="checkbox"/> Heft 3/84
(7. Mai) | Verhütung |
| <input type="checkbox"/> Heft 4/84
(9. Juli) | Familienplanung International |

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Datum, Unterschrift _____

Noch keine Entscheidung über weiteren Weg



Die Friedensinitiativen im Gesundheitswesen nach dem endgültigen Stationierungsbeschuß

Mit dem Beginn der Stationierung von Pershing II ist eine neue Lage entstanden, auf die sich die Friedensinitiativen erst einstellen müssen. Eine klare Richtung ist noch nicht zu erkennen.

„Wenn ich jetzt am Infostand stehe, sagen mir viele Leute, wir hätten die Raketen nicht verhindern können. Da weiß ich nicht so recht, was ich antworten soll.“ Diese Ansicht einer Kölner Kollegin findet sich auch in anderen Friedensinitiativen im Gesundheitswesen.

Über 200 Friedensinitiativen im Gesundheitswesen, in denen alle im Gesundheitswesen Beschäftigten mitarbeiten, und reine Ärzteinitiativen sind seit dem Nato-Ausrüstungsbeschuß 1979 entstanden. Ihre Ausstrahlung in die Öffentlichkeit und in das Gesundheitswesen war und ist enorm.

Daß der Bundestag die Aufstellung der neuen US-Raketen, die reine Erstschlagwaffen sind, beschlossen hat, konnten sie nicht verhindern. Daß eine derart wichtige Entscheidung erstmals gegen den erklärten mehrheitlichen Willen der Bevölkerung der Bundesrepublik erfolgen mußte, ist wesentlich ein Erfolg der Gesundheits- und Ärzteinitiativen sowie der anderen berufsspezifischen Initiativen.

Keine Frage ist bei allen Gruppen, daß die Stationierung gestoppt werden muß, daß die aufgestellten Raketen wieder abgebaut werden müssen. Diese Forderung, deren Umsetzung im Moment kaum realistisch ist, ist aber auch so das einzige, worin viele Gruppen übereinstimmen.

Die für die weitere Arbeit organisatorisch besten Voraussetzungen hat die IPPNW, die „Sektion Bundesrepublik Deutschland der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges“. Hinter ihre „Frankfurter Erklärung“ zur Verweigerung von Kriegsmedizin hat sie inzwischen 7000 Ärz-

tinnen und Ärzte gebracht. Vor allem aber stehen hinter ihr 1400 zahlende Mitglieder, die pro Jahr über 300000 Mark Mitgliedsbeiträge in die Kasse bringen.

So kann sich die IPPNW jetzt auch eine Geschäftsstelle mit einem hauptamtlichen Geschäftsführer leisten. Wie es weitergehen soll, ist aber noch recht unklar. Man will die „Kritik an der Rüstungspolitik noch grundsätzlicher vortragen“ und sich mehr „im Alltag verweigern“. Was das nun heißt, bleibt undeutlich. Genaueres soll ein Arbeitsseminar im Januar erbringen. Hier will man auch über die geplante Straßenaktion der IPPNW diskutieren, die für den „4. Medizinischen Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges“ vorgesehen ist, der Ende März in Tübingen stattfinden soll.

Nur Freunde hat die IPPNW ohnehin nicht. Gerade aus dem gewerkschaftlichen Spektrum der Friedensinitiativen wird ihr selbstherliches und eigenmächtiges Vorgehen vorgeworfen. So war die Demonstration am 1. 10.

83 ohne Rücksprache mit anderen Organisationen von der IPPNW beschlossen worden. Die Redner legte die IPPNW fest; der Aufruf wurde allein von der IPPNW verfaßt — allerdings auch im Namen der Pfleger und Schwestern. Die Cruise missiles waren im Aufruf gar nicht erst erwähnt, wohl mit Rücksicht auf die damals noch recht unentschlossene SPD, der sich viele führende IPPNW-Funktionäre verbunden fühlen. Ein weiterer Kritikpunkt ist bei vielen die internationale Arbeit der bundesdeutschen IPPNW. Der bundesdeutsche Sprecherrat versteht die völkerverständigende Idee der IPPNW und ihre Bestätigung der Entspannungspolitik hauptsächlich im Sinne einer „blockübergreifenden“ Bewegung, wie sie die GRÜNEN definieren. Infolgedessen hat man mehr Interesse an den „autonomen Friedensgruppen“ in der DDR als beispielsweise an den offiziellen Vertretern der IPPNW in der UdSSR oder der DDR. So laufen kaum Kontakte zwischen der bundesdeutschen Sektion und den Sektionen der

IPPNW in den sozialistischen Ländern.

Auf wesentlich weniger finanziellen und personellen Rückhalt als die IPPNW kann sich der Hamburger „Appell Gesundheitswesen für den Frieden“ stützen. 12000 Unterschriften konnte er bis heute sammeln. Ansprechen will der Hamburger Appell alle im Gesundheitswesen Beschäftigten. Matthias Rath vom Appell: „Besonders froh sind wir, daß wir Senatsdirektor Dr. Euler und den Bremer Senator für Jugend, Soziales und Sport Dr. Scherf zu unseren Förderern zählen können.“ Zwei Aktionsformen werden zur Zeit vom Hamburger Appell vorrangig unterstützt: Einmal hat man eine Patientenbroschüre erstellt, die in Wartzimmern, Krankenhäusern usw. aufgelegt werden soll (sie lag dem letzten dg bei). Zum anderen fördert man die Idee einer bundesweiten Plakatwandaktion. Plakate mit dem Motiv einer Frau aus Hiroshima (in der Größe von 2,50 mal 3,50 m) könnten bis Dezember 1983 in einer Auflage von über 300 bereits an die Initiativen in der BRD verschickt werden. Je nach den finanziellen Möglichkeiten könnten manche Initiativen bis zu 30 Plakatwände mieten und das Plakat so verbreiten.

Matthias Rath: „Besonderen Erfolg hatten wir bei unserer Aktion bei niedergelassenen Ärzten. Wir haben ihnen vorgeschlagen, jeweils eine Plakatwand für 14 Tage zu mieten. Das kostet 120 Mark. Wir übernehmen die Organisation. Die Ärzte, die oft keine Zeit zu aktiver Mitarbeit haben, bringen schon mal leichter das Geld auf.“

Die Friedensinitiativen, in denen Ärzte, Pfleger, Schwestern, MTAs, Arzthelferinnen und andere Beschäftigte mitarbeiten, sind die aktivsten Teile des Gesundheitswesens in den einzelnen Orten. Vor der Aktionswoche waren in Norddeutschland und in NRW Koordinierungstreffen dieser Initiativen gelungen. Zumindest in Nordrhein-Westfalen kam, wie heute die meisten Teilnehmer meinen, wenig Praktisches dabei heraus.

Allerdings konnten Erfahrungen und Aktionsvorschläge ausgetauscht werden. So ist die Bereitschaft zu weiteren Treffen, deren Anfahrt immer aus eigener Tasche bezahlt werden muß und die noch immer einen freien Samstag kosten, nicht sehr hoch. Einzelne Mitglieder der Kölner, Mönchengladbacher, Düsseldorfer und Essener Initiativen haben nun einen neuen Anlauf gemacht und zu einem



Treffen Anfang Februar eingeladen. Da soll nun erstmal auf kleiner Flamme gekocht werden, Erfahrungen ausgetauscht werden. Ob regelmäßige weitere Treffen oder Rundschreiben folgen sollen, will man dann auch entscheiden.

Dabei tätigt mehr Abstimmung und Koordinierung Not. Fühlt man sich doch durch die reine Ärzteinitiative IPPNW nicht vertreten.

Gleichzeitig steht man vor Ort oft vor denselben Problemen. Immer mehr Krankenhäuser basteln an „Katastrophenschutzplänen“ (siehe Artikel in diesem Heft), die Ärztekammern und Laienorganisationen machen Fortbildungsveranstaltungen in „Katastrophemedizin“; gleichzeitig sind alle Initiativen gern gesehene Referenten in Parteien, Gewerkschaften und anderen Friedensinitiativen — bisher hat aber noch jede Initiative ihren Vortrag selbst erarbeitet.

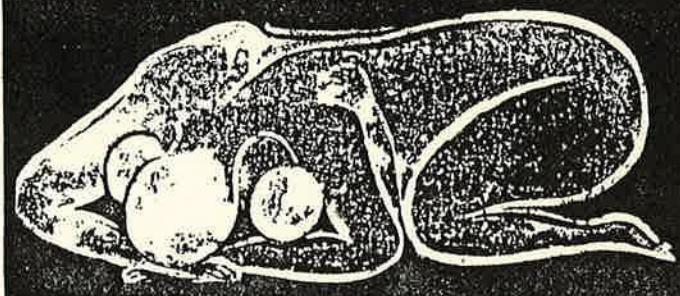
1984 wird wohl auch die neue Bundesregierung an die Verabschiedung eines „Gesundheitsschutzgesetzes“ gehen. Und der Kurs der allseitigen atomaren, chemischen und biologischen Aufrüstung wird verschärft fortgesetzt werden. Viele Initiativen wollen verstärkt auch zu diesen Themen arbeiten.

Viele Gewerkschafter in den Initiativen beklagen die insgesamt immer noch mangelnde Aktivität der Gewerkschaften in der Friedensbewegung: „Wir müssen die Kolleginnen und Kollegen in den Betrieben gewinnen. Und das geht nur über deren Betroffenheit.“ „Wenn Kuren gestrichen werden, wenn

wir im Krankenhaus nur noch Zeitverträge kriegen, wenn Betten abgebaut werden und Krankenhäuser geschlossen, wenn das Krankengeld gestrichen wird — dann steht das in einem Zusammenhang mit der ständig steigenden Rüstung.“ Und eine Personalrätin an einer Uniklinik: „Im nächsten Jahr ist die 35-Stunden-Woche die zentrale Auseinandersetzung. Wenn da die Gewerkschaften unterliegen, wirft das auch uns Friedensinitiativen mehrere Jahre zurück. Wir müssen unseren Kampf mit dem der Arbeiterbewegung verbinden.“

Die Vorstellungen, wie das geschehen soll, sind freilich noch sehr vage. Einige Initiativen wollen überhaupt erstmal das Thema aufarbeiten, die Kosten von Rüstungs- und Medizinprodukten gegenüberstellen. Andere planen, verstärkt die Gewerkschaften anzusprechen, um Vorträge in Gewerkschaftsversammlungen oder Betriebsversammlungen halten zu können. Die wenigen Erfahrungen damit, z.B. in Siegen, sind durchweg gut. Andere denken schon über provisorische Ambulaturen nach für die Kollegen der IG Metall. *Walter Popp*

Hiroshima lehrt: Wir könnten Euch nicht helfen... Ärzte, Schwestern, Pfleger warnen vor dem Atomkrieg!



A. Kauz, Hiroshima 1945: „Sterbende Mutter schüttet über ihre Kinder Tränen.“

Dieses Motiv kann als Plakatwand in der Größe von 2,50 mal 3,50 Meter bestellt werden bei Dr. H.G. Middelhauve, Luetkensallee 41, 2000 Hamburg 70. Das Plakat kostet 28 Mark. Unter dieser Adresse können auch die Patientenbroschüren (sie lagen dem letzten dg bei) bestellt werden. Ansichtsexemplare gibt es kostenlos. 100 Exemplare kosten 15 Mark.



Fotos (?): Frommlet

Die Revolution findet (auch) im Krankenzimmer statt

Wolfram Frommlet berichtet aus Vietnam

Seit dem Ende der Kolonialzeit ist die Zahl der einheimischen Ärzte in Vietnam von 55 auf über 15 000 (einschließlich „Hilfsärzte“) gestiegen. Eines der ärmsten Länder der Welt baut mit Energie und Erfolg ein Gesundheitssystem auf, das in der Dritten Welt ohne Beispiel ist.

Zwei Kilometer zieht sich die Brücke über den roten Fluß, Ziel zahlloser amerikanischer Bombenangriffe. Einige Verbindung in die Hauptstadt Hanoi. Im Schritt-Tempo bewegt sich in beide Richtungen, was auch Wundergläubige mit Ehrfurcht erfaßt: eine Eisenbahn

aus der Kolonialzeit, Lastwagen, die nur durch den Glauben an das technische Geschick der Vietnamesen noch angetrieben werden, Ochsenkarren, Fahrradschlangen.

In der Stadt werden Dosen und Flaschen wie Trophäen gehandelt. Es mangelt an allem in diesem Land. Vietnam ist, UN-Statistiken zufolge, eins der ärmsten Länder der Welt. Kein Wunder. Sondern historisches Resultat. Die Armut ist nicht zu übersehen. Das ist sie auch in anderen Ländern der sogenannten Dritten Welt nicht. Nur hier wirkt sie anders. Sie ist öffentlich, nicht privat. Alte Maschinen in den Fabriken; es fehlt an Isolieranstrich an den Gebäuden, gegen die hohe Luftfeuchtigkeit; die immer wieder zusammengebrochenen Transportmittel sind für unsere Begriffe Museumsstücke; kärgliche Angebote in den Läden.

Aber: keine Bettler, keine Prostituierten, keine von Unterernährung ausgezehrten Kinder, die nach Abfällen suchen, keine zerlumpten Jugendgangs, keine Käuferschlangen vor den Geschäften.

Erst kommt das Essen

Gesundheit beginnt mit der Ernährung. Und da endet sie auch für die Mehrheit der Menschen des Südens. 1978 wurde auf einer internationalen Konferenz im sowjetischen Alma Ata das Konzept der „Primary Health Care“, unter der Ägide von WHO und UNICEF, verabschiedet. Ein Konzept für die Basis-Gesundheitsvorsorge der Menschen der Dritten Welt. Fast überall in den Ländern des Südens versuchen die Regierungen,

die Grundziele zu verwirklichen. Kleine Fortschritte gelegentlich, Grundsätzliches kann sich selten verändern, weil die Grundlagen (aus politischen Gründen) unberührt bleiben — die Landwirtschaft, die Ernährungsbedingungen für die Masse der Armen. In Vietnam wurde beides verändert. Die reichen Händler, die an künstlichen Verknappungen von Lebensmitteln, von Dingen des täglichen Bedarfs profitieren, die ihren Gewinn auf dem Schwarzmarkt gegen Devisen cintauschen, um, mit noch höherem Gewinn, Luxusartikel für die Reichen zu importieren, gibt es nicht mehr. Jeder, der im staatlichen oder kommunalen Bereich arbeitet, gleich ob auf dem Land oder in der Stadt, deckt den Bedarf an Grundprodukten über ein Bezugsschein-System. Nahrungsmittel, Bekleidung, selbst Zigaretten oder Fahrräder, Ein ausgeklügeltes System, differenziert nach Kinderzahl, Einkommen und sozialen Attributen: Schwangere, Kranke, Behinderte oder Arbeitsunfähige werden privilegiert. Randgruppen oder körperlich besonders Belastete, wie Schwangere oder Schwerarbeiter, sollen nicht, wie üblich, die letzten in der Versorgungskette sein.

Alle über Coupons bezogene Artikel sind vom Staat subventioniert. Notwendigerweise,

denn die Löhne sind, auch wenn man die unterschiedliche Kaufkraft berücksichtigt unvorstellbar niedrig. Eine Fabrikarbeiterin erhält 130, ein Facharbeiter 200 bis 250, ein leitender Beamter 500 Dong. Hundert Dong sind nach offiziellem Kurs 30 Mark. Doch weil über die Coupons der Grundbedarf geregelt ist, muß mit niedrigen Löhnen kein Schwarzmarkt ausgeglichen, kein illegaler Handel kompensiert werden. Wo für alle das Wenige gerecht verteilt wird, stehen nicht, wie in Afrika beispielsweise, Millionen Frauen vor Geschäften, vergeuden ihre Kraft, ihre Arbeitskraft mit Sinnlosem.

Medizin für die Provinz

80 Prozent der Vietnamesen leben auf dem Lande. Was der Kolonialismus 1955 im Norden hinterlassen hatte, war Fronarbeit auf den französischen Plantagen, feudale Großgrundbesitzer, die mit dem Kolonialregime, die landlose Klasse der Bauern ausbeutend, zusammengearbeitet hatten, war Analphabetismus, Zinswucher, horrende Pacht für die Kleinbauern und ein Defizit an allen sozialen Einrichtungen.

1955 kam auf 125.000 Einwohner ein Arzt, ganz Vietnam hatte am Ende des Kolonialismus zu dieser Zeit 50 einheimische Ärzte. Auf dem Lande gab es keine einzige Krankenstation, geschweige denn ein Krankenhaus.

Die Leistungen bis heute sind unvorstellbar, wenn man weiß, daß Vietnam nicht nur eine der niedrigsten Einkommensraten der Welt hat, sondern auch, noch mit den Wunden des Kolonialismus beschäftigt, die Auswirkungen des Vietnam-Kriegs zu bewältigen hatte: 700.000 Kriegswaisen, 10 Millionen Hektar verwüsteten Agrarlandes, mit Dioxin entlaubte Wälder, 24 Millionen Bombenkrater, den Verlust von weit über einer Million Menschen, zerbombte Schulen, Städte, Dörfer, ein in Schutt liegendes Transportsystem. Nicht zu reden von der halben Million Drogenabhängiger im Süden, den 500.000 Prostituierten, Millionen Arbeitsloser, einem Heer unproduktiver Kleinhändler, die nur am Krieg, nur am Schwarzhandel mit den Amerikanern und den korrupten Truppen des Diem- und Thieu-Regimes verdient hatten.

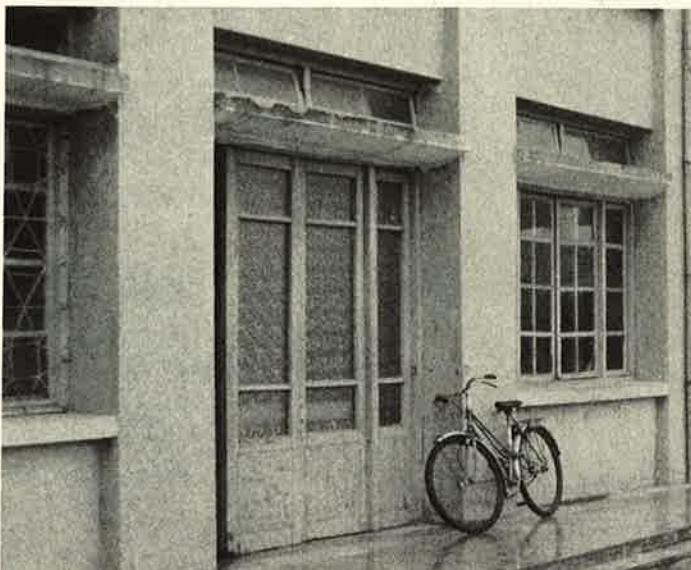
Umso erstaunlicher die medizinische Versorgung, kaum zehn

Jahre nach dem Kriegsende: Heute versorgen 8.500 Krankenstationen die ländliche Bevölkerung; die Mehrzahl der 700 Krankenhäuser befindet sich in den kleineren Provinz- und Distriktsstädten. Heute kommt ein Arzt auf 4.000 Einwohner im Landesdurchschnitt. Die Zahl ist höher, nimmt man nur den Norden, denn der total bankrotte Süden, nach der Befreiung alle Resourcen des Norden absorbiert, drückt die Statistiken zuungunsten der wirklichen Leistungen, die in zwanzig Jahren Aufbau des Sozialismus erreicht worden waren.

Am deutlichsten wird dies, nimmt man den Norden alleine, vor dem Sieg über die Amerikaner im Süden, 1975/76:

Jede der damals 5.567 ländlichen Kommunen war mit einem Gesundheitsposten ausgestattet, jeder mit durchschnittlich zehn Betten. Insgesamt standen diesen Posten 12.697 „Hilfsärzte“ (eine dreijährige Intensivausbildung mit fortlaufender Weiterbildung), 20.000 Krankenschwe-

lediglich verantwortlich, finanziell, personell und politisch, für Forschung, für die Ausbildung von Ärzten und Wissenschaftlern an den Universitäten, für die generelle Koordination mit anderen Ministerien, für eine „Supervision“. Primär jedoch sind es die 40 Provinzen, die Distrikte und die Kommunen, die autonom und selbstverantwortlich das gesamte Netz der Gesundheitsfürsorge tragen: medizinisches Personal soll aus dem sozialen und kulturellen Umfeld der Nutzer kommen, weshalb alle Pflegeberufe in Distrikteinrichtungen ausgebildet werden, um das Personal dort zu rekrutieren, wohin es nach der Ausbildung auch wieder gehen wird. Die Kommunen tragen die Kosten für das Personal der Gesundheitsposten, der Krankenstationen, die Distrikte und Provinzen die für die Krankenhäuser, für Heime, Sanatorien. Auch die Kosten für das Training des lokalen Personals in den Polikliniken und Trainingszentren der Distrikte wird von der Kommune, aus der die Aus-



stern, 7.361 Hebammen, 2.881 traditionelle Ärzte und 2.522 medizinische Helfer zur Verfügung. Ein System, das, Zahlen der Weltgesundheitsbehörde zu folge, dem südeuropäischer Länder in den 60er Jahren entspricht. Ohne Vergleich in der Dritten Welt, Kuba vermutlich ausgenommen.

Gemeindenahme Organisation

Gesundheit und Medizin sind in Vietnam keine vom Zentrum zur Peripherie geplante und verfügte, zentral gelenkte Strategie. Das Gesundheitsministerium in Hanoi verfügt über ein lächerlich geringes Budget, denn es ist

zubildenden kommen, getragen. Lediglich bei der Ausbildung von Ärzten und traditionellen Doktoren kommt der Staat für die Ausbildung auf, kontrolliert aber umso gewissenhafter, daß die Ausgebildeten an ihre Herkunftsorte zurückgehen. Durch dieses System entsteht schon in der Ausbildung, in der Auswahl des Personals, ein persönlicher Kontakt zwischen Kommune und Gesundheitsarbeitern; die Nutzer kennen nicht nur die Kosten, sie bezahlen sie selbst und nutzen die Einrichtung deshalb auch entsprechend kostensparend.

Doch Bewußtsein um die medizinischen Einrichtungen entsteht in den Kommunen (die aus mehreren landwirtschaftlichen Kooperativen, Handwerksbetrieben, kleineren Fabriken etc.

sich zusammensetzen) auch durch die unmittelbare Einbeziehung der Bevölkerung — jede Familie stellt ein Rot-Kreuz-Mitglied, das einen Grundkurs für Epidemien, Katastrophenfälle bekommt, eine Art personalisiertes Frühwarnsystem, durch das Symptome für Epidemien (Cholera, Typhus oder dergl.) frühzeitig erkannt werden können. Dieses Mitglied ist, in einem Grundkurs entsprechend geschult, in seiner Familie, im Familienverband, motivicrend für den Bau von Latrinen, Abwasserkanälen, Brunnen, Toiletten, separaten Waschgelegenheiten, Trinkwasserreservoirs. Jede Kommune ist aufgerufen, ein Gesundheitskomitee zu bilden, das die Bevölkerung bei den jährlichen Immunisierungskampagnen und den für alle obligatorischen Entwurmungskuren (häufigster Krankheitsherd in den Tropen sind Würmer!) mobilisiert, so daß die Arbeit des Gesundheitspersonals, das dazu von den Krankenstationen anreist, so rationell und effektiv wie möglich abläuft.

Aus dem eigenen Garten

Vietnam, erklärt mit weisem Lächeln ein Mitarbeiter des Ministeriums, hat eine mehrtausendjährige Geschichte, seit knapp hundert Jahren sind wir mit der westlichen Medizin konfrontiert. Warum sollen wir angesichts dieses Verhältnisses von ihr abhängig werden?

Sich, wo immer möglich, aus eigener Kraft zu entwickeln, oberstes vietnamesisches Ziel, gilt auch für die Medizin. Bis 1983 sind von vietnamesischen Wissenschaftlern 1.400 lokale Pflanzen als pharmakologisch verwertbar registriert und analysiert worden. Die inzwischen 55 nationalen Pharmafabriken, die meistens dezentral in Zusammenarbeit mit Labors und Gärten organisiert, produziert bereits 35 Prozent des nationalen Pharmabedarfs aus Natursubstanzen.

Schluß im nächsten Heft.

Information über:
Hilfsaktion Vietnam e. V., Bismarckstr. 33,
4000 Düsseldorf 1.
Spendenkonto: BfG Düsseldorf, Konto 1016 250 300
PSchA Essen, Konto 900 40 - 430

Christoph Hein, Drachenblut, Novelle. Luchterhand.
Darmstadt u. Neuwied 1983.
(1982 Aufbau-Verlag, Berlin und Weimar. Originaltitel: „Der fremde Freund“) 156 S. 22 Mark.



Claudia, eine fast vierzigjährige Ärztin, die an einem Krankenhaus in Berlin (DDR) arbeitet, verliert ihren Freund durch einen Unfall. Ebenso leidenschaftslos, wie sie ihn vor ein paar Monaten in dem Hochhaus kennengelernt hatte, kann sie sich auch mit dem unerwarteten Tod arrangieren. Sie kommt sich vor, als ob sie in Drachenblut gebadet habe und sie deshalb nichts mehr verletzen könne.

Christoph Hein, 1944 in Schlesien geboren, war zuletzt Dra-

maturg und Autor an der Berliner Volksbühne und ist seit 1979 freier Schriftsteller. In dieser Novelle lässt er den Leser den Alltag durch die Augen einer geschiedenen, alleinstehenden Frau sehen, der irgendwie alles gleichgültig geworden ist. Man erfährt von ihrer Kindheit, ihrer Jugendfreundin, ihren Eltern, ihrem Arbeitsplatz, ihrer unmittelbaren Umgebung, und kann sich ein erschreckend klares Bild von den ungestillten Sehnsüchten in dieser nur äußerlich intakten Szene von sozialen Aufsteigern machen, die selbst für das Zustandekommen des zweigeteilten Deutschland nicht mehr verantwortlich zu machen sind.

Parallelen zur Generation der Vierzigjährigen in der BRD sind offensichtlich. Schon aus diesem Grund sollte das Buch neugierig machen. Erst recht ermuntert der klare und völlig unsentimentale Stil zur Non-Stop-Lektüre. Und gerade wegen der subjektiven Erzählweise, die ein hohes Maß von Vertrautheit mit dem Stoff erfordert, bleibt man von den pseudorealistischen Milieuschilderungen verschont, die einem häufig genug die Lektüre von weniger bedeutenden DDR-Autoren verleidet konnte.

Am Abend ging ich zu Kramers. Mit Charlotte Kramer bin ich seit dem Studium befreundet. Sie arbeitet jetzt an der Universität. Ihr Mann Michael ist Laborleiter in einem pharmazeutischen Betrieb, der Medikamente überprüft. Er ist zehn Jahre älter als sie und hat eine Glatze. Sie sind beide ausgeglichene, liebe Leute, die nur für ihre Kinder leben. Ich habe die zwei ganz gern. Sie sind unkompliziert. Die Abende mit ihnen sind ermüdend, aber beruhigend.

Im Hausflur hing wie immer der etwas säuerliche Geruch der Hinterhäuser. Ich atmete in mein Taschentuch, während ich die Treppen hochstieg. Als ich klingelte, wurde die Tür aufgerissen. Die ganze Familie, sie haben drei Jungen, stürzte sich auf mich, um mich zu umarmen. Ich verteile Schokolade. Dann ging ich ins Kinderzimmer und bekam ein elektrisches Auto vorgeführt. Die drei Kinder stritten sich heftig, und ich war erleichtert, als Charlotte sie ins Bad schickte. Sie führte mich durch die Wohnung. Bei Charlotte gibt es jedesmal etwas Neues zu besichtigen. Ihr Mann ist Heimwerker und baut überall Regale ein und bringt Holzverkleidungen an. Diesmal hatte ich eine verstellbare Deckenkonstruktion im Korridor zu bewundern, die bedrohlich wirkte. Ich lobte ihn, und er strahlte mich an. Er ähnelt einem Papa aus einem französischen Film, den ich vor langerer Zeit sah.

Später aßen wir im Wohnzimmer ein Käsefondue, Charlotte und Michael erzählten von den Kindern, was sie angestellt und gesagt hatten. Sie fielen sich gegenseitig ins Wort und amüsierten sich sehr. Dann zeigte Michael ein paar Dias von einer Reise nach Luxemburg. Ich trank viel, weil ich mich langweilte. Als Charlotte einen Schwips hatte, spottete sie über Michaels Glatze und daß er so alt sei. Michael lachte nur. Er war an diese Scherze gewöhnt.

In der Küche erzählte mir Charlotte, daß sie ein Verhältnis mit einem Fernstudenten habe. Er komme alle sechs Wochen nach Berlin, und sie schliefen in seinem möblierten Zimmer zusammen. Er sei gleichfalls verheiratet. Sie wollte wissen, ob sie es Michael erzählen solle. Ich fragte, ob sie sich denn scheiden lassen möchte. Sie verneinte es. Sie konnte nicht einmal sagen, ob sie diesen Fernstudenten liebe. Es

„Drachenblut“

Auszüge aus einer „Mediziner-Novelle“



Foto: Copak

sei nur sexuell, und sie wollte wissen, ob ich das versteh. Ich sagte, daß ich es verstehen könne, und sie erwiderte, sie könne es nicht verstehen, wo doch Michael so gut sei. Sie fühlte sich ganz schlecht und verachte sich, schlafte aber weiter mit dem Studenten. Dann verbrühte sie sich mit dem Kaffewasser die Hand, und Michael kam in die Küche und sprühte Panthenolspray auf die gerötete Haut.

Nach dem Kaffee verabschiedete ich mich, Michael brachte mich runter. Er wollte mir helfen, ein Taxi zu finden. Auf der Straße umarmte er mich zum Abschied. Er versuchte, mich zu küssen. Ich sagte ihm freundlich, daß wir so etwas unterlassen sollten. Er wurde verlegen und putzte die beschlagene Brille. Ich bat ihn, nach oben zu gehen. Ich wollte allein auf ein freies Taxi warten, doch er blieb bei mir. Er erzählte von einem Kongreß in Basel, von den Sachen, die er dort für Charlotte und die Kinder gekauft habe.

Als endlich ein Taxi hielt, versuchte er nochmals, mich zu küssen. Dabei fiel ihm die Brille runter, und ich mußte sie ihm aufheben, weil er sie nicht sah. Mit traurigen Hundeaugen stand er am Straßenrand und winkte mir.

Offenbar erfordert das Zusammenleben von Individuen einige Gitterstäbe in eben diesen Individuen. Die dunklen Kerker unserer Seelen, in die wir einschließen, was die dünne Schale unseres Menschseins bedroht. Ich verdränge täglich eine Flut von Ereignissen und Gefühlen, die mich demütigen und verletzen. Ohne diese Verdrängungen wäre ich nicht fähig, am Morgen aus dem Bett aufzustehen. Gitter, die uns vom Chaos trennen. Ein leichter Riß in unserer sanften Haut läßt Blut hervorquellen. Beim Anblick eines offengelegten, schlagenden Herzens wird dem meisten Menschen übel. Ein simpler, recht mechanisch arbeitender Hohlmuskel verursacht beim Betrachter Atemnot, Schweißausbrüche, Erbrechen, Ohnmacht. Der gleiche kleine Fleisch- und Blutballen, der zuvor — diskret verborgen hinter menschlicher wirkender Oberfläche, abgedeckt mit glättenden Fettsschichten und einer alles besänftigenden Epidermis — einen so hohen Stellenwert in unserem Bewußtsein einnahm und geeignet war, für ein Prisma aller unserer schönsten Gefühle einzustehen. Wie erst würden uns die sichtbar gemachten Ablagerungen auf dem Grund unserer Existenz schrecken. Und wozu heraufholen, was uns belästigt, bedroht, hilflos macht. Ein radioaktiver Müll des Individuums, der unendlich wirksam bleibt, dessen fast unhörbares Grollen uns ängstigt und mit dem wir nur zu leben verstehen, indem wir ihn in unsere tiefsten Tiefen einsargen, verschließen, versenken. Ins uneinholbare Vergessen getaucht.

* * *

Ich bin an irgendwelchen Abgründen und Schicksalen von Menschen nicht interessiert. Dazu habe ich zuviel zu tun, mit mir, mit meiner Arbeit. Ich kann Tabletten verschreiben und Spritzen geben. Der Rest ist nicht Sache der Medizin. Ich bin kein Beichtpriester, ich verabreiche nicht Trost. Irgend jemandem irgendwelchen Mut zuzusprechen, halte ich für tollkühn oder unaufrichtig. Probleme habe ich selber. Sie interessieren mich nur bedingt und selten. Gewissermaßen nur, wenn ich unbekürrt bin, wenn ich mich gehen lasse. Wenn ich mich Stimmungen hingebe. Zu lösen sind wirkliche Probleme ohnehin nicht. Man schleppst sie sein Leben lang mit sich herum, sie sind das Leben, und irgendwie stirbt man auch an ihnen. Die Generation meiner Großeltern hatte dafür Sprüche parat: Wenn man einem Übel ins Gesicht sieht, hört es auf, ein Übel zu sein. Ich habe andere Erfahrungen. Was man fürchtet, bringt einen um, wozu sich also damit beschäftigen. Und anderen Menschen kann man schon gar nicht helfen. Das ist nicht zynisch, es ist eher das Gegen teil. Wenn ich an einem unheilbar Kranken herumexperimentiere, erniedrige ich ihn zum Versuchstier. Er wird ohne mich auch sterben, aber leichter, unangestrengter. Er muß dann weniger Energien in unsinnigen Hoffnungen verbrauchen. Ich weiß, es wurde in unserem Jahrhundert üblich, Verdrängungen zu diagnostizieren, aufzudecken, ins Bewußtsein zu heben. Sie werden wie Krankheiten angesehen und behandelt. Seitdem weiß man, daß jeder eine verletzte Psyche hat, ein gestörtes Verhältnis zu sich, zu seiner eigenen kleinen Welt. Und seitdem sind alle irgendwie krank. Eine Mode, die krankheitbringende Medizin, die tödliche Wissenschaft. Was soll es helfen, Verdrängungen bewußt zu machen. Verdrängungen sind das Ergebnis einer Abwehr, das Sichwehren gegen eine Gefahr. Sie sollen dem Organismus helfen zu existieren. Ein Lebewesen versucht zu überstehen, indem es verschiedene Dinge, die es umbringen könnten, nicht wahrnimmt. Ein heilsamer, natürlicher Mechanismus. Wozu diese Leichen ausgraben, mit denen man ohnehin nicht leben kann. Schließlich, die gesamte Zivilisation ist eine Verdrängung. Das Zusammenleben von Menschen war nur zu erreichen, indem bestimmte Gefühle und Triebe unterdrückt wurden. Erst eine Menschheit, die in ihrer Gesamtheit den Psychiater benötigt oder vielmehr: benötigen würde, war fähig, in Gemeinschaft zu leben. Diese Unterdrückung erbrachte das, was wir den zivilisierten Menschen nennen.

KONGRESS BERICHTE

DGSP-Jahrestagung in Ludwigshafen

Die Lähmung wurde überwunden

Unter diesem Thema fand die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) in Ludwigshafen statt. Waren die letzten Jahrestagungen noch eher lähmend, weil es nicht gelang, sich auf die neue politische Situation (zunächst das Ende der Reformen, dann Sozialabbau und immer höhere Arbeitslosigkeit) einzustellen, so machten diesmal die über 500 Teilnehmer einen Schritt vorwärts.

Im Einführungsreferat arbeitete Thomas Bock heraus, daß Grundrechte in der Psychiatrie auch heute nur in beschränktem Umfang gelten und daß sie in Zeiten allgemeiner Einschränkungen — wie heute — direkt oder indirekt weiter eingeschränkt werden. Als Beleg dafür nannte er: Frage 20 der geplanten Volkszählung, geplante Verschärfungen von Psychisch-Kranken-Gesetzen, Überlegungen zur Aufteilung der Landeskrankenhäuser in Klinik- und Heimbereiche, den gesamten Sozialabbau, insbesondere im Rehabilitationsbereich. Deutlich gemacht wurde, daß der von der DGSP jahrelang propagierte Begriff der Selbsthilfe von der jetzigen Bundesregierung einfach umgedeutet wird: jeder soll sich selbst helfen, und wer das nicht kann, hat auch kein Recht auf Hilfe durch die Allgemeinheit. Alle diese Fragen müsse sich die DGSP im allgemeinpolitischen Zusammenhang stellen.

Verschiedene Arbeitsgruppen griffen diese Problembereiche wieder auf: Datenschutz, Recht auf Arbeit für psychisch Kranke, Sozialabbau, Kriegsvorbereitung mit Hilfe der Militärpsychiatrie.

Ein wichtiges Ergebnis der Arbeitsgruppen, vorgetragen und verabschiedet in der abschließenden Mitgliederversammlung, war ein offener Brief an alle Bundestagsabgeordneten, der sich mit der Panikprävention*) befaßte. Der Brief informierte die Abgeordneten

darüber, daß bei den Herbstmanövern 1983 erstmals diese Panikprävention geübt wurde, nämlich wie im Falle eines drohenden Atomkrieges ängstliche, beunruhigte und Widerstand leistende Menschen mit Medikamenten willenlos und apathisch gemacht werden können. Die DGSP sprach sich in dem Brief gegen das gesamte Konzept der Panikprävention aus, da sie ganz und gar nicht der Meinung ist, daß die Angst vor dem Atomkrieg und der Widerstand gegen Atomraketen als krankhaft und abnorm im psychiatrischen Sinne anzusehen sind. Es handele sich um sehr gesunde Reaktionen auf die wachsende Kriegsgefahr. Die Pläne der Militärpsychiater und Militärs führten zur Einschränkung von Grundrechten wie Meinungs- und Demonstrationsfreiheit und dienen der Kriegsvorbereitung, hieß es weiter.

In der Diskussion dieses Briefes konnte erneut der Bogen geschlagen werden zu den Folgen des derzeitigen Sozialabbaus: drohende Existenzvernichtung durch Leben ohne jegliche Hilfe, durch Selbstaufgabe aufgrund des ständigen Mißbrauchsverwurfs und der fehlenden Perspektive ohne Arbeit oder zumindest ausreichende Sozialhilfe. Der weiteren Entwicklung in dieser Richtung müsse ebenso Widerstand entgegengesetzt werden wie den Kriegsvorbereitungsplänen, meinten die meisten Diskussionsteilnehmer.

Stand am Anfang bei manchem Teilnehmer noch als Alternative: Arbeit in der Friedensbewegung oder gegen den Sozialabbau, für bessere psychiatrische Versorgung — am Schluß war klar: man muß gegen Vernichtungspläne im großen und gegen Existenzgefährdung im kleinen kämpfen.

Eckhard Kleinlützum

*) siehe DGSP-Broschüre: „Panikpersonen sofort eliminieren!“

KONGRESSBERICHTE

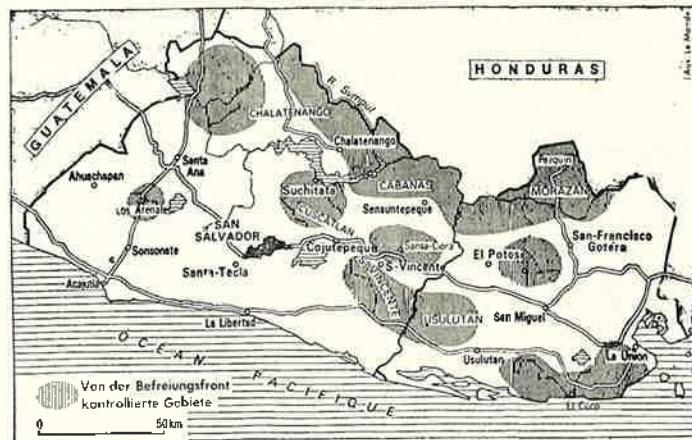
Unterstützung für COPROSAL

Salvadorenische Gesundheitsarbeiter tagten in Tübingen

Das Deutsche Institut für ärztliche Mission (DIFÄM), medico international, Terre des Hommes und Centrale Sanitaire Suisse als Trägerkreis hatten am Wochenende vom 28. bis 30. 10. 1983 Mitglieder der COPROSAL aus El Salvador nach Tübingen eingeladen. Unter den Teilnehmern waren zahlreiche Organisationsträger (Brot für die Welt, ECCO, die Schwedische Sektion von amnesty international, Arbeitskreis „Krieche und Dritte Welt“, verschiedene Lateinamerika-Komitees). Die Mitglieder von COPROSAL schilderten eindringlich und mit vielen Dokumenten die Gesundheits- und Lebensverhältnisse in El Salvador, berichteten über ihre Arbeit, die in der Weltöffentlichkeit zu wenig bekannt ist und dringend Unterstützung braucht.

COPROSAL ist ein Zusammenschluß von nicht regierungsgetreuen Ärzten und Gesundheitsarbeitern, der sich 1982 in einem Komitee konstituierte. Das Komitee ist Mitglied der „Unabhängigen Bewegung der Ärzte und Techniker“ (MIPTES) und Teil der „Revolutionären Demokratischen Front“. Dr. Leonardo Gonzalez schilderte, wie Ärzte und Pflegepersonal, die im ganz traditionellen staatlichen Gesundheitssystem arbeiteten, durch die politischen Vorgänge zu Oppositionellen wurden. Rechtsradikale Todesschwadronen drangen in die Kliniken und töteten Patienten und Kollegen. Inzwischen hat COPROSAL über 500 Mitglieder. Leandro Uzquiano gab eine Analyse zu den politischen Hintergründen der derzeitigen Kriegssituation in El Salvador. In Gebieten, die nicht mehr unter Kontrolle der Regierung stehen, wird die medizinische Versorgung zurückgezogen, werden pflanzliches und tierisches Leben vernichtet, das Wasser verseucht. Massaker nehmen kein Ende.

Hector Silva, Arzt und Koordinator der COPROSAL führte erschütternde Dias zum Thema „Gesundheitspolitik der Regierung“ vor. Diese Politik sorgt nur für die medizinische Versorgung in den städtischen Zentren.



Besonders die östliche, ländliche Region El Salvadors, die ärmste Region des Landes, ist medizinisch unversorgt. 85 Prozent der Bevölkerung leben dort im Elend, die Kindersterblichkeit liegt bei 40,9 Prozent. Hauptursache der hohen Sterblichkeit in diesen Gebieten sind die militärischen Massaker. Aber die Menschen sterben auch an Unterernährung, Infektionskrankheiten, an Masern und Durchfallerkrankungen, Typhus und anderem. Parasitäre Erkrankungen bei Kindern sind eine Plage.

COPROSAL arbeitet vor allem in den ländlichen Gebieten, die nicht unter Regierungsgewalt stehen und die medizinisch unversorgt sind. Medizinisch versorgt werden dort die Kriegsverletzten, ebenso wird eine allgemeine medizinische

Versorgung der Bevölkerung geleistet (vom Zahnzahn bis zur Geburtshilfe). „Rucksackärzte“ müssen auf gefährlichen Wegen in diese Gebiete ziehen. Es gibt Transportprobleme. Als Krankenstationen dienen meist einfache Bauernhäuser, die kurzfristig benutzt werden. Mit Hilfe von medico international werden Notausrüstungen zusammengestellt, Nahrungsmittel beschaffen (Mais und Zucker), Latrinen gebaut (wichtig gegen Infektionskrankheiten), Brigadisten ausgebildet (z.B. in der Bergung von Verletzten) und Alphabethisierungen durchgeführt. Die Volksmedizin wird verstärkt angewendet.

• COPROSAL ringt um die internationale Anerkennung, für das Recht auf Neutralität und Behandlung für jeden. Deshalb ist es wichtig, die Arbeit von COPROSAL in den Medien, Gesundheitsorganisationen und bei Gewerkschaften bekannt zu machen. Ebenso ist die Anerkennung und Unterstützung durch internationale Organisationen notwendig.

• COPROSAL braucht im Kampf Unterstützung*) (Akzeptanz des Netzes sofortiger Hilfe, Anklage der Verletzung des Neutralitätsprinzips).

• COPROSAL braucht dringend technische und medizinische Hilfe (finanzielle und wirtschaftliche Unterstützung der Projekte, Hilfe bei der Ausbildung der Helfer, chirurgisches und medizinisches Material — möglichst als chemische Präparate, Hilfe im dentalen Bereich und bei der Rehabilitation). Die Unterstützung sollte direkt an COPROSAL gehen, nicht an die staatlichen Gesundheitsorganisationen.

Ergebnis der Konferenz:

Centrale Sanitaire Suisse erklärte offiziell seine Unterstützung (finanziell und Zusammenarbeit). Andere Hilfsorganisationen reagierten zurückhaltend.

Allgemein wurde beschlossen, in jedem Land ein Komitee zu bilden und für COPROSAL Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben.

Kontaktadresse für die BRD:

Angelica Bates
c/o Guggenbichler
Eckenheimer Landstraße 72
6000 Frankfurt / M. 1
Tel. (0611) 59 74 47

Der nächste Konferenztermin ist für Februar 1984 in Paris geplant.

Elke Schön,
Wissenschaftsladen Tübingen

*) Sogar die AID (interamerikan. Entwicklungshilfe) der USA hat im Mai dieses Jahres beim Nationalen Rat für internationale Gesundheit in Washington in einem „Memo“ die Mißstände in El Salvador angeprangert und die Freiheitsbewegung gegenüber der amerikanischen Regierung verteidigt. „Memo“ und Pressekommentare aus den USA sind dokumentiert in der jetzt erschienenen Studie der COPROSAL (Hrsg.), „El Salvador: Krieg und Gesundheit“, Frankfurt, Okt. 1983 (unter Mithilfe und Förderung von medico international).

Erstmals Frau „Familia-Oberhaupt“ Pro Familia-Jahrestagung in Bad Bevensen

Über dreißig Jahre ist die gute alte Tante Pro Familia schon und doch kein bißchen leiser geworden, so könnte das Fazit der diesjährigen Tagung des Pro Familia-Bundesverbandes lauten, die vom 27.—29. 11. 83 in Bad Bevensen mit der erstmaligen Wahl einer Frau, der 34jährigen Melitta Walther, an die Spitze des Bundesverbandes zu Ende ging.

Anlaß der Pro Familia-Gründung vor über 30 Jahren war die Be-

kämpfung des illegalen Schwangerschaftsabbruches gewesen. Im April 1974 fiel der alte Paragraph nach hundertjährigem Kampf. Doch das Gesetz mit der Fristenregelung trat nie in Kraft, denn die CDU legte Verfassungsbeschwerde ein. Das Bundesverfassungsgericht entschied 1975 mit knapper Mehrheit, die Fristenregelung sei verfassungswidrig. 1976 wurde vom Bundestag dann das sog. Indikationsmodell verabschiedet, das die letztendliche Entscheidung

über den Schwangerschaftsabbruch den Ärzten übertrug. Die tiefe Enttäuschung, einen demokratischen Sieg errungen und sogleich wieder verloren zu haben, lähmte in der Folge die Aktivitäten der Frauenbewegung auf diesem Gebiet. Die meisten Beratungsgruppen sind verschwunden; in den Schriften der „Bewegung“ kommt der § 218 nur noch selten vor. Schnee von gestern.

Geblieben ist der Verein Pro Familia, der heute immerhin rund 5.500 Mitglieder zählt, mit steigender Tendenz. Arbeiteten die Mitglieder von Pro Familia bis 1976 ausschließlich ehrenamtlich, so existieren heute ca. 140 Beratungsstellen sowie zwei Beratungs- und Familienplanungszentren (Bremen, Hamburg) mit fast 900 angestellten Mitarbeitern, die 1982 ca. 122.000 Beratungen durchführten. Dabei nimmt einen Schwerpunkt die Beratung von Ausländern ein, die 1981 immerhin 16 Prozent der Beratungen in Anspruch nahmen. Zur Arbeit der Pro Familia gehören aber auch der bundesweite Beratungsdienst für die „Pille danach“ wie auch Aufklärungsbroschüren, Broschüren zur Familienplanung, zum Diaphragma und zu natürlichen Verhütungsmethoden.

Die verstärkten Angriffe auf den Schwangerschaftsabbruch aus sozialer Indikation werden jetzt mit einer größeren Geschlossenheit von

Pro Familia nach außen beantwortet. Dazu wurde das Gewicht der zehn Landesverbände — sie sind Träger der Beratungsstellen und -zentren — für die Politik des Bundesverbandes auf der Tagung verstärkt und die Verbindlichkeit der Beschlüsse des Bundesverbandes für die Landesverbände festgeschrieben. Weiterhin wird sich Pro Familia stärker in die gesundheitspolitische Diskussion einschalten.

Der Bereich Sexualpädagogik, ein Kernstück des Pro Familia-Selbstverständnisses, dessen Neufassung der sog. „Sexualpädagogischen Thesen“ als unzureichend abgelehnt wurde, erfuhr dennoch mit der Wahl Melitta Walters zweitfels eine Aufwertung. Nach einer Ausbildung als Erzieherin arbeitete die neue Vorsitzende von 1974 bis

KONGRESSBERICHTE

1977 mit behinderten Kindern und Jugendlichen in Kliniken und Beratungseinrichtungen und von 1977 bis 1979 als Lehrerin an einer Sonder Schule für Lernbehinderte. Seit 1980 unterrichtet sie — Mutter zweier Kinder — über Gesundheit und Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaftsabbruch an Krankenpflegeschulen.

Sie löst damit den Soziologen und Starnberger Friedensforscher Dr.

Jürgen Hinrichs ab, der kürzlich in Nairobi zum Vorsitzenden des IPPF-Zentralkomitees (Internationaler Verband für geplante Elternschaft) gewählt wurde, einer Organisation von inzwischen 103 nichtstaatlichen Familienplanungsorganisationen. Mit auf den Weg gab ihm die Pro Familia-Tagung den gewiß nicht leichten Auftrag, die Politik dieser internationalen Organisation kritisch zu überprüfen und die Entscheidung mitzubereiten, ob Pro Familia darin weiter Mitglied bleiben solle.

Eva Böller/Angelika Schlösser

Die dg-Redaktion trägt ihren Lesern an, gerade jetzt Mitglied bei den einzelnen Pro Familia-Landesverbänden zu werden, um diese Organisation in ihrem Kampf gegen eine Wende in diesem wichtigen Teilbereich der Gesundheits-, Familien- und Gesellschaftspolitik den Rücken zu stärken.

Auskünfte erteilt: Pro Familia-Bundesverband, Cronstettenstr. 30, 6000 Frankfurt 1, Tel. 06 11/55 09 01.



Melitta Walter,
neue
Bundes-
vorsitzende
von
Pro Familia

Nicht erpreßbar werden Selbsthilfe-Tagung in Hamburg

„Selbsthilfe ist nichts anderes als ein kontrolliertes Frühwarnsystem und hat mit ‚Graswurzelrevolution‘ nichts mehr zu tun!“ — „Die Selbsthilfe läuft Gefahr, nur noch Befriedungsfunktionen einzunehmen!“ — „Die Profis sind ja doch alle ins ‚Verbrechersystem‘ eingebunden!“ — „Die Geißlersche Politik des Wettbewerbs um Nächstenliebe zerstört alle solidarischen Ansätze; ich kenn' viele Selbsthilfegruppen mit Hackordnungen nach der Schwere der Krankheit. Das ist unvorstellbar, mit welchen Mitteln da gekämpft wird!“ Schon die ersten Statements wischten das Fragezeichen hinter dem Arbeitsgruppentitel „Was hat Selbsthilfe mit Politik zu tun?“ vom Tisch. Hier waren wir uns einig. Mit Betroffenheit mußte allerorten festgestellt werden, daß es die Wende-Politiker verstanden hatten, über den Geldhahn den Selbsthilfeoptimismus kräftig zu deckeln und aus der Offensive zu drängen. Über den gleichen Mechanismus wird zur Zeit die Spaltung der Bewegung betrieben, mit Geschick vorexerziert vom Berli-

ner Gesundheitssenator Fink. Hier wird, so Ellis Huber, nicht mehr über die Armut der Randgruppen diskutiert, sondern nur noch, welche Gruppe aus dem offiziellen Seinatopf zu wenig erhascht habe. Daß mittelfristig keine Selbsthilfeinitiative ohne öffentliche Förderung über ihren Tellerrand hinausgehen kann, war klar. Nur stellt sich hier die „Gretchenfrage“: wie es trotzdem gelingt, unabdingig und unerpreßbar zu bleiben.

Die Arbeitsgruppe bot gute Gelegenheit, den gemeinsamen Ärger einmal rauszulassen. Wenn auch keine Lösungen gefunden werden konnten, so wurden doch wichtige Trennungslinien gezogen: Zu der Politik der „Vereinnahmung“ (wie sie beispielhaft Anfang November auf dem sogenannten 70. Deutschen Fürsorgetag in Berlin demonstriert wurde); zur Politik der „Abwälzung“ staatlicher Fürsorge auf „billige“ Selbsthilfeeinrichtungen; zu den sogenannten „Fremdhilfeinitiativen“, die nicht emanzipatorische Lösungswege ansteuern, sondern oft genug wohlsituier-

te und pharma-finanzierte Selbstdarstellung betreiben.

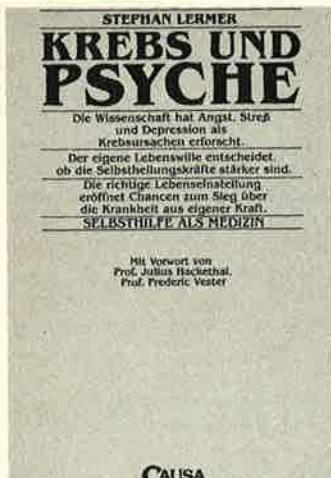
Die zweite AG, die ich besuchte, gestaltete sich ähnlich spannend. Anhand eines authentischen Falles aus Hamburg, vorgetragen von Kurt Putzke von den Grauen Panthern, entwickelte sich zwischen den geladenen „offiziellen“ und „nicht-offiziellen“ Patientenvertretern aus Hamburg eine sehr anschauliche Diskussion über die Möglichkeit der Verwirklichung von Patientenrechten. Schon nach wenigen Sätzen wurde klar, daß die „offiziellen“ Möglichkeiten — in Hamburg z.B. das Patientenfürsprecher-System — nicht nur uneffektiv arbeiten, sondern durch die Anonymität sogar meist von Patienten und Krankenhausangestellten gemieden werden. Ein sehr engagierter Krankenhausseelsorger, der sogar eine Patientenzeltung initiiert hatte, durfte nicht weiterarbeiten, die Zeitung wurde nach seinem Weggang eingestellt, Lolhar Eberhard von der kürzlich gegründeten „Gesellschaft für Patienten-Selbsthilfe HH“ und Christian Zimmermann vom „Allgemeinen Patientenverband (apv)“ legten neben vornehmlich juristischen Ratsschlägen auch ihre „Schwächen“ auf den Tisch: Völlige Überbelas-

stung, kaum jemand, der sich — ärztlicherseits — mit einem patientenfreundlichen Gutachten „befleckt“, Undankbarkeit gerade auch derer, die erfolgreich vertreten worden sind.

Daß das Patientenrecht, gerade der „kleinen Leute“, völlig auf der Strecke bleibt und daß es auch keine öffentliche Institution gibt, die sich damit befaßt, ist ein Skandal. Der Vorschlag des apv-Vertreters, ein Institut mit angestellten Ärzten zu gründen, die sich mit Patientenbeschwerden befassen und Gutachten erstellen, klingt verlockend. Eine öffentliche Finanzierung und Ent-Stigmatisierung derer, die dort arbeiten sollen, wäre wichtiges Ziel. Ein Kurz-Resümé möchte ich mir nicht verkneifen: Ich fand die Tagung ausgezeichnet organisiert, und auch inhaltlich hat sie mir viele Anstöße vermittelt. Das Uni-Forschungsprojekt „Selbsthilfegruppen“, war sicher wichtigstes Rückgrat. Zur Nachahmung dringend empfohlen.

Ulli Raupp

Zum Weiterlesen:
I. Kickbusch, A. Trojan,
Gemeinsam sind wir stärker
Fischer-alternativ-Taschenbuch,
Mai 1981, 280 S.



**Stephan Lerner,
Krebs und Psyche,
226 Seiten, Causa Verlag**

In der Einleitung faßt der Autor die Botschaft seines Buches folgendermaßen zusammen: „Wenn jemand eins ist mit sich selbst, hat der Krebs keine Chance, sich irgendwo festzusetzen. In diesem Fall hat die Krebszelle keinen Angriffspunkt, um sich festzuhalten. Und: dies Eins-sein mit sich selbst, die Harmonie mit sich und der Welt kann jeder erreichen!“

Obwohl ich mich über diese arg psychologisierende Behauptung des Autors sehr ärgerte, habe ich sein Buch dennoch gelesen. Mit Gewinn!

Er referiert im ersten Teil sehr gründlich und umfassend wissenschaftliche Ergebnisse der Krebsforschung. Dabei erfolgt die Darstellung der psychologischen Krebsursachen auf eine auch für psychologische Laien gut verständliche Art, ohne daß die mitunter komplizierten Bedingungszusammenhänge zu sehr vereinfacht werden.

Somit hat das Buch die Chance, auch für Ärzte und andere Nicht-Fachleute eine verstehbare Lektüre zu sein.

Für den Autor sind die herausragenden Einflüsse bei der Krebsentstehung Angst und Stress, Verlust und Trauer sowie eine depressive Persönlichkeitsstruktur. Übereinstimmend fanden viele Forscher heraus, daß Krebskranken vor und während ihrer Erkrankung belastende Lebensereignisse depressiv verarbeiteten. Stellt Krebs also so etwas wie Selbsttötung auf Raten dar?

Untersuchungen über Spontanheilungen ergaben, daß diese Menschen ihre Einstellung zum Leben radikal verändert hatten: aus sich heraus hatten sie einen neuen Lebenssinn gefunden.

Der Autor beschreibt in dem zweiten Teil seines Buches Stufen auf dem Weg zu dieser geänderten Lebenseinstellung, die er als „Die sieben Dimensionen des gesunden Lebens“ betitelt. Diese Anleitung

zur Selbsthilfe ist eine Darstellung grundlegender anthropologischer und psychologischer Forschungsergebnisse. Auch dies wiederum kein öder Theoriesalat, sondern interessant und praxisnah geschrieben.

Die Kernaussage des Autors, daß Krebs eine psychosomatische Krankheit ist, trifft sicherlich zu. Insofern gehörten ein derartiges Buch in die Hände der Betroffenen, ihrer Ärzte und Angehörigen.

Krebs ist jedoch mehr als nur eine psychosomatische Krankheit, und zwar auch eine psychosoziale. Dies blendet der Autor allerdings aus. Unverständlich für mich auch das Fehlen der Vorstellung von Krebs-Selbsthilfegruppen. Die psychologisierende Tendenz des Autors bedingt, daß er sich einzig auf psychotherapeutische Ansätze beschränkt.

Über die Art und Weise, wie in unserer Gesellschaft vor allem im Gesundheitswesen mit Krebskranken umgegangen wird, stellt der Autor keine Überlegungen an.

Politische Entscheidungen bestimmen jedoch die Möglichkeit von Beschäftigten im Gesundheitswesen, die Krebskranken behandeln. Ich denke z.B. an die mangelhafte Krebsvor- und nachsorge.

Gefragt werden muß auch nach den Mitteln, mit denen bereits im Krankenhaus den Krebskranken aus ihrer resignativen Haltung des Sich-passiv-behandeln-Lassens zu einer Haltung aktiver Selbst-Behandlung verholfen werden kann.

Ansonsten chronifiziert sich das Krebsleiden bereits im Krankenhaus — Selbsthilfe muß also bereits dort ansetzen.

Joachim Gitt



**AMBULANTE
GESENDHEITS-
ARBEIT**
Ambulante Gesundheitsarbeit,
Argument-Sonderband 102
Argument-Verlag 1983
174 S., 16,80/13,80 DM im Abo

„In einer (mindestens!) Hinsicht geht es uns bei unserer Redaktionsarbeit genau wie Euch: Die Hefte fallen qualitativ ziemlich und unvorhersehbar verschieden aus“.

schreibt Rolf Rosenbrock in seinem Begleitbrief zu dem Rezessionsband.

Als Abonnent der Medizin-Reihe kann ich nur zustimmen. Der Band „Ambulante Gesundheitsarbeit“ lohnt, mit spitzem Bleistift und Transparentschreiber in der Hand, nicht nur durchgelesen, sondern durchgearbeitet zu werden. Nicht nur, daß viele wichtige und aktuelle Informationen (in der leider zu oft argument-typischen Akademiker-Schreibe) aufgearbeitet und bewertet werden. In vielen Artikeln sich auch gute und phantasievolle neue Ansätze gesundheitspolitisch fortschrittlicher Arbeit aufgezeigt: z.B. die Qualität ambulanter Medizin anhand von Daten aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu dokumentieren und kritisieren (Schräder/Borgers). Auch die Untersuchungen über die Zusammenhänge von Ökonomie, Therapie und Standesinteressen (Abholz/Dreykluft sowie Jahn) brachten für mich neue Aspekte. Rolf Rosenbrock hat eine — meiner Meinung nach — schon lange notwendige Kritik am Finanzierungssystem der Selbsthilfebewegung geleistet, die gerade unter heutigen Marktbedingungen immer aktueller wird. Ich finde es schwer, in diesem Band mit der Hervorhebung einzelner Artikel andere, die es wirklich nicht verdient haben, abzuwerten. Dies betrifft sowohl Gerd Glaeske (Arzneimittelversorgung und Arzneimittelgesetz), als auch Harald Skroblies (Primärversorgung, Gruppenpraxis, Teamarbeit) oder Marianne Mülker-Geisler (Häusliche Krankenpflege). Kritische Anmerkung (auch das hat „Argument“ oft mit unserer dg gemeinsam): Die Probleme anderer Berufsgruppen kommen gegenüber den ärztlichen wieder sehr kurz, und eine dezidiert antilarztliche Argumentation findet — einmal mehr — nicht statt.

Ulli Raupp

kollegen wird aufgedeckt, daß die Transportunternehmer bislang noch mühelos ihren Profit auf Kosten der Gesundheit der Fernfahrer machen konnten.

Während z.B. auf dem letzten Kongreß der IG Metall die Einführung der 35-Stunden-Woche aufs Programm gesetzt wurde, träumten die Fernfahrer noch immer von der 40-Stunden-Woche. Fast die Hälfte der befragten Fernfahrer gab an, daß sie im Schnitt über achtzig Stunden in der Woche arbeiten. Außerdem sorgen die Unternehmer durch entsprechende Lohnsysteme dafür, daß die Fahrer die ohnehin sehr laschen Pausen- und Ruhezeitenregelungen kaum einhalten können: 80 Prozent der befragten Kollegen müssen die geltenden Arbeitszeitregelungen in der Regel übertreten.



Die ÖTV, die endlich mal einen vielbeachteten Warnstreik mit den Fernfahrern durchführen konnte, um auch in diesem Bereich zeitgerechte Arbeitsbedingungen durchzusetzen, wollte sich bei der Veröffentlichung dieses Buches zwar noch nicht zu einer finanziellen Unterstützung durchringen, dazu mußte eigens eine Fernfahrer-Selbsthilfeinitiative das nötige Geld zusammensammeln. Wer das Buch von vorne bis hinten durchgelesen hat, wird sich allerdings fragen, warum die ÖTV zögerte, sich hinter dieses Buch zu stellen. Denn trotz der scharfen Kritik an der bisherigen Gewerkschaftsarbeit ist das Buch garantiert nicht gewerkschaftsfeindlich, wie man vielleicht vermuten könnte. Doch darüber braucht man sich nicht den Kopf zu zerbrechen. Hauptsache: Möglichst viele Leute lesen es.

Helmut Copak

Das bißchen Fahren...
Günther Plänitz,
Arbeits- und Lebensbedingungen
von Fernfahrern,
VSA-Verlag Hamburg 1983, 320 S.,
12 Mark

Der Diplom-Politologe Günther Plänitz hat mehrere Jahre als Fernfahrer gearbeitet. Sein Buch, das er anschließend an seine Tätigkeit geschrieben hat, hat nichts mit den Erlebnisberichten von Intellektuellen gemein, die mal eben einen Trip in die Welt der Fernfahrer gemacht haben. Vielmehr handelt es sich hier um eine anspruchsvolle empirische Studie, die erstmals umfassend darüber informiert, unter welchen katastrophalen Bedingungen die meisten Fernfahrer in der BRD täglich arbeiten müssen. Anhand einer Umfrage bei 230 Fernfahrer-

IMPRESSUM

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Langenberg), Christina Pötter (Gießen), Michael Regus (Siagon), Annette Schwarzenau (Hamburg), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobliess (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich Wulff (Hannover).

Redaktion

CvD: Norbert Mappes

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 02 28 / 46 82 08 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, dienstags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

Aktuelle Gesundheitspolitik: Detlev Uhlenbrock; Gesundheitsversorgung: Gregor Weinrich, Uli Menges, Joachim Gill; Arbeits- und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch; Pharma- und Geräteindustrie: Ulli Raupp; Umwelt: Peter Walger; Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Matthias Albrecht, Edi Erken; Ausbildung: Eckard Müller, Peter Liebermann; Internationales: Gunar Stempel, Felix Richter; Frauenprobleme: Ulla Funke; Pflegeberufe: Peter Liebermann; Historisches: Holmut Koch; Kultur und Subkultur: Helmut Copak

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
PSK 154 20-430 PSA ESN

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESENDSCHAFTSWESEN“ erscheint monatlich bei:
Pohl-Rugenstein Verlag GmbH, Göttesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 02 21/38 40 51, Konten: Postscheckamt Köln 65 14-503, Stadtsparkasse Köln 106 522 38 (für Abo-Gebühren).

Abonnementsrechnungen sind innerhalb von zwei Wochen nach Ihrer Ausstellung zu begleichen. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres eine Kündigung zum Jahresende beim Vertrieb eingegangen ist.

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für 3/84: 18. 2. 84.

Graphik: Christian Paulson

Titelbild: Arinash Pandey

Layout: Detlev Uhlenbrock, Edi Erken, Helmut Koch, Holmut Copak, Stefan Schözel, Norbert Mappes

Satz und Druck: Farbo Druck + Grafik Team GmbH Köln, Bonner Wall 17, 5000 Köln 1

JSSN: Nr. 0172-7091



dg-Kontakte

Ansbach: Brigitte Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (09 81) 144 44; **Berlin:** Hermann Dürrich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8 22 63 28; **Bonn:** Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangelar), Tel. (02 24) 2 91 78; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausenwitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (04 21) 23 43 71; **Darmstadt:** Jürgen Fohrner, Neutscher Weg 3, 6101 Darmstadt-Ernstthal; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kuhlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (02 31) 75 38 80; **Düsseldorf:** Gunar Stempel, Aachener Str. 198, 4000 Düsseldorf, Tel. (02 11) 15 11 87; **Duisburg:** Felix Richter-Hebel, Hochfeldstr. 19, 4100 Duisburg 17, Tel. (02 16) 51 20; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (06 11) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (06 41) 7 62 45; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (05 51) 3 37 10; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (04 0) 6 56 48 45; **Hanau:** Hans See, Gustav-Hoch-Str. 37, 6450 Hanau, Tel. (06 18) 8 39 81; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d: (051 32) 9 06 55 77; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02 34) 6 74 10; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (062 21) 47 41 01; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (07 21) 8 49 99 48; **Kassel:** Matthias Dippel, Waitzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (05 61) 5 49 25; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrückener Str. 1768, 2300 Kiel 1, Tel. (0431) 68 63 97; **Kleve:** Ulla Funke, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02 25) 84 24; **Köln:** Peter Liebermann, Memeler Str. 10, 5000 Köln 60, Tel. (02 21) 71 17 06; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederrinzel 3, 4540 Lengerich; **Linz/Rhein:** Richard Betsen, Magdalena-Daamen-Str. 5460 Linz, Tel. (02 64) 551; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (04 51) 50 33 55; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (06 21) 85 54 05; **Minden:** Susanne Steuber, Artilleriestr. 12, 4950 Minden, Tel. (05 21) 2 89 67; **Mönchengladbach:** Joachim Gill, Weichselstr. 65, 4050 Mönchengladbach 1, Tel. (02 151) 48 04 27; **München:** Margaret Sambardi, Pommernstr. 15, 8000 München 40, Tel. (089) 35 29 35; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (082 61) 97 33; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (02 51) 79 46 88; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (04 41) 8 38 56; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02 361) 15 45 53; **Remscheid:** Michael Sünner, Klausonstr. 34, 5630 Remscheid-Lüttringhausen, Tel. (02 91) 5 52 79; **Riedstadt:** Harald Skrobliess, Frei.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (061 58) 61 61; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (02 71) 7 68 60; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (070 71) 21 27 98; **Ulm:** Wolf Schleinzer, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (073 1) 6 65 44; **Viersen:** Sebastian Stierl, Hermann Ehlers-Str. 5, 4050 Viersen 12, Tel. (02 162) 7 76 94.

Prozeßkosten

Über die Resonanz unserer Leser auf unseren Bericht über unseren verlorenen Prozeß gegen den Deutschen Ärzteverlag haben wir uns sehr gefreut.

Die meisten von Ihnen haben wohl bemerkt, daß unsere Bitte um Spenden nichts mit dem bevorstehenden Weihnachtsfest zu tun hatte. Wir wollen an dieser Stelle allen danken, die uns bisher geholfen haben und hoffentlich auch in Zukunft noch weiter finanziell unterstützen.

Wir wollen unsere Leser nicht zu dauernden Spendeneseln degradieren. Trotzdem müssen wir ehrlich zugeben, daß die anfallenden Prozeßkosten auch unsere Verhältnisse weit übersteigen.

Unser Leser Bernd Cichon schrieb uns dazu auf seinem Überweisungszettel: „Ich hoffe, daß Ihr die Kosten durch die Spenden wieder reinbekommt und es Euch auch in Zukunft möglich sein wird, solche notwendigen Informationen zu geben. Ich bin Student und hoffe, daß Euch die, die verdienen, mehr geben können.“

Die folgende abgedruckte Liste, die lediglich die Spenden der letzten zehn Tage wiedergibt, bestätigt dies. Trotzdem möchten wir auch weiter zu Spenden aufrufen, um unseren noch immer recht hohen Schuldenberg abzutragen. Überweisungen unter dem Stichwort „Prozeßkosten“ bitte auf das Sonderkonto Norbert Andersch, Postscheckamt Essen, Nr. 154 20-430.

Bernd Cichon	Frankfurt	DM 10,—
Holger Magnusson	Lübeck	DM 20,—
Christa Erken	Köln	DM 20,—
Wilhelm Schmid	Lengerich	DM 20,—
Frank Baum	Neuerkerode	DM 100,—
Prosper Pluthip	Waldshut	DM 50,—
A. Bosse	Mettmann	DM 50,—
T. Engels	Köln	DM 100,—
Gunnar Klapp	Bochum	DM 100,—
Angelika Schultz-Thiem	Düsseldorf	DM 50,—
H. M. Stahl	Schwanau	DM 15,—
P. Hohenberger	Heidelberg	DM 20,—
Thomas Ekeles	Berlin	DM 10,—
Vera Nissen	Buxtehude	DM 20,—
Walter Meier	Berlin	DM 50,—

Über

Im letzten Heft stand eine falsche Telefonnummer im Impressum. Unsere richtige Nummer ist (02 28) 46 82 08.

uns

Das nächste Heft erscheint am 17. Februar. dg-Report: Waldsterben und Gesundheit



**Verehrte Patienten,
bitte haben Sie Verständnis,
wenn ein
Pharmaberater
eine verkürzte Wartezeit hat.
Er gibt Ihrem Arzt wichtige
Informationen über Medikamente.
Das ist auch in
Ihrem Interesse!**



Berufsverband der Pharmaberater e.V. Deutschland

Vom „Bundesverband
der Pharmaberater e. V.
Deutschland“ wird in
letzter Zeit eine 20 mal
30 Zentimeter große
Hinweistafel verbreitet,
die sich Ärzte ins
Wartezimmer hängen
sollen. Da auch wir An-
kündigungen im Warte-
zimmer für ein sehr

effektives Kommuni-
kationsmittel zwischen
Arzt, Industrie und
Patienten halten,
haben wir die An-
regung der Pharma-
vertreter gem aufge-
griffen und den Text
geringfügig verändert.
Hier unsere Vor-
schläge.

Felix

PAHL-RUG. GOTTESW. 54 5000 KOELN
G 2961 F 394711 332

KARL BOEKER
CARL VON OSSIETZKY STR. 23 A
4800 BIELEFELD 1



**Verehrte
Pharmaberater,**

**bitte haben Sie Verständnis,
wenn ein Patient
eine verkürzte Wartezeit hat.**

**Er gibt Ihrem Arzt wichtige
Informationen über Medikamente:
Nebenwirkungen, Unverträglich-
keit, Allergien und Abhängigkeit.**

**Das ist in
unserem Interesse!**

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

**Verehrter Arzt,
bitte haben Sie Verständnis,
wenn ein Patient kein Interesse an
einer verkürzten Wartezeit für
PHARMABERATER hat.**

**Auf einseitige Informationen,
teure Werbegeschenke und
unnötige Arneimittelmuster
sollten Sie verzichten.**

**Das ist auch in
Ihrem Interesse!**

Herzlichen Dank

Verband der Patienten e.V. Deutschland



Verehrte Patienten!

**Der Bundesverband der Pharma-
berater hat in Deutschland
Interesse, verkürzte Informa-
tionen über Medikamente zu
geben.**

**Bitte haben Sie Verständnis,
wenn ein Pharmaberater keine
Wartezeit hat.**

**Er wird gar nicht erst empfangen.
Das ist auch in Ihrem Interesse!
Ihr Arzt**

**Achtung Rechtsanwälte!
Dies ist eine Satire!**