

dg

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE



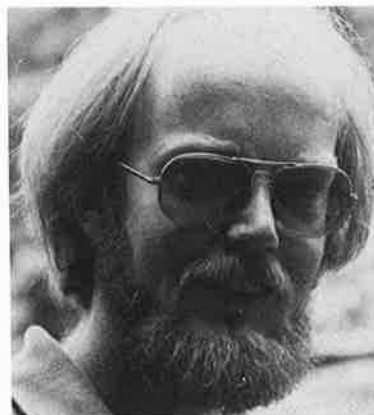
Ein Herz für Kinder
Schutz des (un-)geborenen Lebens?

Aktion fünf Prozent
Konkrete Solidarität mit Nicaragua

dg feiert Geburtstag

der kommentar

Ulli Raupp ist
dg-Redakteur für
den Bereich
»Pharma«. Er ar-
beitet als Arzt
am Klinikum in
Münster.



Eene meene muh — aus bist du

Nun hat's den Ersten erwischt! Den Ersten von den hunderttausenden gutgläubiger, wohlbeleumundeter Bürger, die um einer guten, demokratischen Sache willen, nichtsahnend . . . so wollte es uns dieser, unser Kanzler noch vor wenigen Monaten erklären. John Werner Madaus, Pharmaunternehmer, ist Chef der Ressorts Finanzen, Rechnungswesen und Ausland beim gleichnamigen Familienunternehmen, Mitglied des Gesamtvorstandes des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie und dessen Vorsitzender im Landesverband Nordrhein sowie Honorarkonsul unseres Nachbarn Österreich. Wie gesagt, ein Mensch wie jeder andere. Honorig, wie er ist, hat er den ermittelten Sachverhalt, 500 000 Mark an gemeinnützige Vereinigungen gespendet zu haben, mit dem Ziel, sie der CDU zukommen zu lassen, erst gar nicht bestritten. Er ist sogar dazu gedrängt worden, von hochkarätigen Politikern, wie dem CDU-Schatzmeister Klep (»Sein Schwiegervater war ja Chef von Bayer und mein Schwiegervater war auch Chef von Bayer«).

Honorig hielt er der »Familie« den Rücken frei, indem er bereitwillig zugab, selbst in all den Jahren die Spendenanweisungen ausgestellt zu haben. Besonders wohl Dr. med. Rolf Madaus sollte aus dem Gerede herausbleiben. Der Geschäftsführer der Gesellschaft des Kölner Arzneimittelunternehmens nämlich ist gerade erst einstimmig zum neuen Vorsitzenden des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI) gewählt worden. Außerdem ist er Aktivist in der Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften, der Gesellschaft für Phytotherapie. Wer so im Rampenlicht steht, kann seine Geschäfte nicht »aus dem Knast« dirigieren. Aber genug der Familienchronik. Was interessiert hätte, und was immer zu kurz kam — vor Gericht und in den Medien — sind die Beweggründe für Spenden in Größenordnungen, für die hunderttausende gutgläubiger, wohlbeleumundeter Bürger Jahre hart arbeiten müssen. Zart anklingen ließ es John Werner in seinem Statement, er sei ja »politisch interessiert« und er habe sich lediglich dafür eingesetzt, daß qualifizierte Menschen in die Parlamente kämen. Über »Qualifikation« ließe sich sicher trefflich streiten mit einem Pharmaunternehmer, der die Pille gegen den Umweltschutz vertreibt (»Immer mehr toxische Leberschäden beruhen auf Umwelttoxinen. Dagegen hilft keine Abstinenz. Legalon® -Literatur anfordern, . . .«). Andere Unternehmer sind derzeit eher bemüht, über Zusammenhänge zwischen »qualifizierten« Persönlichkeiten und Geld Schwelgemäntelchen zu decken.

*

Ob sein sechsstelliger Einsatz mit Erfolg gekrönt war, hat der agile Manager auch nicht berichtet, und Vermutungen liegen mir fern. Aber daß unser jüngst gewählter Bundespräsident von Mai 1962 bis Juni 1966 Mitglied der Geschäftsführung der C. H. Boehringer in Ingelheim war (durch Dioxin-Skandale in aller Munde) und dieser unser Kanzler einmal Referent beim Verband der chemischen Industrie, das fiel mir doch unwillkürlich ein.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE

Inhalt

12/84

dg-Report

Ein Herz für Kinder	8
Mutter krank — Kind gesund?	11
Ihr Kinderlein kommet	14

dg-Geburtstag

Norbert Andersch kommentiert das Jubiläum	16
---	----

Ausbildung

Existenzangst	
Neue Ausbildungsrichtlinien für Heilpraktiker	18
Zoff an der Hebammenschule Giessen	19

Internationales

Aktion fünf Prozent	
Weihnachtsgeld für Nicaragua	20

Arbeitsbedingungen

Der Mohr kann gehen	23
---------------------	----

Historisches

Nicht mißhandeln	
Ausstellung über das Krankenhaus Moabit	24
Dr. Sawade macht Karriere	
Der Fall des Euthanasiearztes Dr. Heyde	30

Frieden

Vorwärts Marsch	
Konventionelle Rüstung im Aufwind	26
Interview mit Till Bastian	28

Kongreßbericht

DGSP-Tagung in Berlin	32
-----------------------	----

Dokumente

Stellungnahme der Gewerkschaft ÖTV zur Mediziner Ausbildung	IV
---	----

Rubriken

Leserbrief	4
Aktuelles	4
Termine/Kleinanzeigen	7
Buchkritik	33
Wir über uns	35



Standes- und Bundespolitiker beklagen geringe Geburtenzahlen. Helmut Koch benennt soziale Faktoren der hohen Säuglingssterblichkeit. Seite 8



Konkrete Solidarität: fünf Prozent des Weihnachtsgeldes für Gesundheitsprojekte in Nicaragua. Seite 20



Eine erschütternde Ausstellung zeigt den Aufstieg und Niedergang des Berliner Krankenhauses Moabit in den zwanziger und dreißiger Jahren. Seite 24



IG Metall: »Wie gesund ist mein Arbeitsplatz?«

Unter dieser Frage veranstaltet die Mitgliederzeitschrift »Metall« in ihrer Ausgabe vom 2. November eine Umfrage unter Metallern. Gefragt wird nach Gefährdungen durch Gase, Dämpfe, Stäube, Lösungen und Abfälle. Klagen die Kollegen häufiger über Beschwerden oder Krankheiten, die mit dem Arbeitsplatz zusammenhängen? Wie sieht es mit der betriebsärztlichen Versorgung aus? Wie sieht es mit Kontrollen bei gefährlichen Stoffen im Betrieb aus? Gefragt wird aber auch, ob es überhaupt Diskussionen über Umweltschutz im Betrieb gibt. dg wird über das Ergebnis der Umfrage berichten.

Wieder Privatärzte in China

Chinesische Ärzte dürfen in Zukunft wieder eigene Praxen betreiben. Darüber berichtete die englischsprachige chinesische Tageszeitung »China Daily«. Auch Privatkliniken sollen wieder erlaubt werden.

Beschränkungen bei Kombinationsarzneimitteln

Das Bundesgesundheitsamt in Berlin hat Indikationseinschränkungen und Warnhinweise für 128 verschreibungspflichtige Medikamente angeordnet. Betroffen sind vor allem butazonhaltige Rheumamit-

tel. Für 32 Rheumapräparate wurde die Zulassung sogar widerrufen. Hierbei handelt es sich um Arzneimittel, die neben butazonhaltigen Wirkstoffen als jeweils zweiten Wirkstoff zusätzlich Glukokortikoide enthalten, zu denen beispielsweise auch das Cortison gehört. Die Kombination beider Wirkstoffe birgt unvermeidbare Risiken.

Ärztekammer Hessen: CDU beherrscht Präsidium

Bei der konstituierenden Sitzung der Landesärztekammer Hessen wurde der bisherige Kammerpräsident Bechthold wiedergewählt. Bechthold ist hauptverantwortlich

für einen Kurs der Ausgrenzung gegenüber der Liste Demokratischer Ärzte. In Kammergremien und auf Ärzte tagen war die Liste bisher nie vertreten. Bechthold verhinderte es auch diesmal, obwohl die Liste ihren Stimmenanteil von 12,5 Prozent auf 16,7 Prozent steigerte. Ein Gegenkandidat von der Gemeinschaftsliste hessischer Ärzte zog kurz vor dem Wahlgang zurück. Die Befragung des Kandidaten Bechthold wurde von seiner Riege, dem Marburger Bund, verhindert. Gegen Bechthold kandidierte für die Liste Demokratischer Ärzte Winfried Beck aus Offenbach. Er erhielt 15 Stimmen, 12 enthielten sich, 45 von 80 entfielen auf Bechthold. Nach Einschätzung der Liste sind fast alle Präsidiumsmitglieder der CDU angehörig oder nahestehend.

Leser-Brief

Liebe Freunde

Betr.: dg 11/84, S. 34, Buchbesprechung: Unter Umständen

In zwei wesentlichen Punkten kann die Buchbesprechung von Gunar Stempel nicht unwidersprochen bleiben:

Erstens ist in dem Beitrag die Rede von der hohen Säuglingssterblichkeit in der BRD. Tatsache ist jedoch, daß 1982 die perinatale Mortalität in der BRD bei 10,9 Gestorbenen pro 1000 Lebendgeborene lag (Vergleich DDR auch 1982: 11,4/1000). Unter 21 europäischen Ländern liegt die BRD auf Platz acht. Die für 1983 veröffentlichten Zahlen für die Bundesrepublik liegen bei 10,2/1000 (Quelle: »Deutsches Ärzteblatt« Nr. 44 vom 31. 10. 84; K. Riegel »Neugeborenenversorgung im Spiegel der Gesundheitspolitik« im »Frauenarzt« Heft 2 März/April 84).

Zweitens wird darüber berichtet, daß 90 Prozent aller Schwangeren

Medikamente einnehmen. Hierbei wäre aber doch zu fragen, wer die Medikamenteneinnahme veranlaßt hat und vor allen Dingen, um welche Medikamente es sich handelt. — Auch in meiner Praxis nimmt ein nicht geringer Teil der Schwangeren Medikamente ein, wobei es sich aber in über 90 Prozent um die Einnahme von Eisenpräparaten zur Behandlung einer schwangerschaftsbedingten Anämie handelt. — Sicher kann man über vieles verschiedener Meinung sein, aber die Unterlassung einer Eisentherapie bei schwangerschaftsbedingter Anämie muß mit Sicherheit als Fehler angesehen werden.

Ansonsten wurde in der Buchbesprechung auf manche sicher zu wenig diskutierte Probleme hingewiesen (z. B. mangelndes Problembewußtsein bezüglich der sozialen Aspekte der Schwangerschaft, evtl. zu schnelles Einstufen einer Patientin als Risikoschwangere). Ich halte es allerdings für bedenklich, wenn der Eindruck einer Parteilichkeit entstehen könnte, die nicht viel nach den Fakten fragt. Dies könnte nämlich beim Bemühen um die weitere Verbreitung des dg, die ich mir sehr wünsche, zu großen Schwierigkeiten führen. Da ich aber annehme, daß nicht bewußt mit falschen Fakten gearbeitet wurde, bleibt mir für die Zukunft nur der Wunsch, daß bei den Artikeln mit größtmöglicher Sachkenntnis gearbeitet wird.

KLAS SCHNEIDER
Dortmund
(Frauenarzt)



Schadstoffgeschädigter Nadelbaum: bald Vergangenheit?

Schadstoffresistente Bäume

Weil nach »offiziellen Prognosen« die Luft- und Bodenschadstoffbelastung »erst nach Jahrzehnten« absinken werde, soll nun der »relativ schadstoff-resistente Baum« gezüchtet werden. So verlautete aus der Tagung der »Arbeitsgemeinschaft für Forstgenetik und Forst-

pflanzenzüchtung«, die im Oktober in Göttingen stattfand. Die Wissenschaftler fürchten jetzt schon besonders um Bäume, die sich bislang noch als ziemlich widerstandsfähig erwiesen hatten, jedoch nach neueren Erhebungen auch schon erhebliche Schäden aufwiesen. »Maßnahmen zur Erhaltung der derzeitigen genetischen Information« seien aktuell dringend erforderlich.

Broschüre: Formaldehyd

Der »Wissenschaftsladen Tübingen«, eine seit 1981 bestehende Gruppe kritischer Wissenschaftler, die sich wesentlich mit den Themen Schadstoffe am Arbeitsplatz und neue Technologien beschäftigt, hat eine neue Broschüre herausgebracht. In knapper, aber informativer Form werden Chemie, Vorkommen, Grenzwerte sowie Wirkungen und Erkrankungsrisiken dargestellt.

Erhältlich über: Wissenschaftsladen Tübingen e.V., Neckarhalde 16, 7400 Tübingen, Preis: 1 Mark

Kontroverse um karotinoidhaltige Bräunungspillen

Der Umsatz von canthaxantin- und betakarotinholdigen Bräunungspillen hat in der ersten Hälfte des Jahres 1984 um über das Doppelte zugenommen. Wegen möglicher Farbstoffeinlagerungen in der Netzhaut warnen Apotheker- und Verbraucherverbände, unterstützt von der Zeitschrift *arzneitelegramm*, in Berlin vor einer unkontrollierten Einnahme der Präparate. Rechtsanwälte der betroffenen Firmen sind bereits damit beschäftigt, die Bedenken der Verbraucherzentralen als »Etikettenschwindel« und »unqualifizierte Behauptungen« zurückzuweisen.

Kostenexplosion auf sozialistisch

Aus Anlaß des 35. Jahrestages der Gründung der DDR zieht die Zeitschrift »Humanitas« eine Bilanz in Zahlen. Danach stiegen die Ausgaben für das Gesundheitswesen von 1950: 1,4 auf 11,6 Milliarden Mark (1984), also um 829 Prozent. Die Zahl der Polikliniken stieg von 184 auf 577, die der Ambulatorien von 575 auf 971, die der Landambulatorien von 36 auf 431 im gleichen Zeitraum 1950—1984. Die Zahl der Betriebspolikliniken stieg von 36 auf 132, die der Betriebsambulatorien von 109 auf 325. Während diese Zahlen unsere Ständespottiker sicher erschauern lassen, mußte sie diese eigentlich trösten: Die Zahl der staatlichen Arztpraxen stieg von 298 (1960) auf 1631 (1982).

Mehrheit für Sterbehilfe

Eine wachsende Anzahl von Bundesbürgern äußert Verständnis für Sterbehilfe. In einer Umfrage des Allensbacher Institutes für Demoskopie befragten 55 Prozent der Bevölkerung eine aktive und sogar 73 Prozent eine passive Sterbehilfe. Die meiste Zustimmung fand sie bei den grünen Wählern, am zurückhaltendsten äußerten sich kirchennahe Katholiken. Eine Mehrheit der Bevölkerung ist jedoch weiterhin gegen eine Bestrafung des behandelnden Arztes.



Sterbehilfe im Dritten Reich:
Gräber ermordeter Geisteskranker

Schizophrenie Jetzt endlich erklärbar

Endlich ist es soweit, die Wissenschaft kann aufatmen. Nicht länger braucht sie sich mit blinden Theorien über die Ursache von Geisteskrankheiten zufriedenzugeben. Endogen ist wieder in, denn endogen steht hoch im Kurs. Am 9. November wurde in Bonn der Karl-Schneider-Preis (würde er nicht besser Kurt-Schneider-Preis heißen?) an eine Gruppe von Wissenschaftlern um die Münchner Universitätspsychiaterin Brigitta Bondy verliehen, die nachweisen konnte, daß die Bindungskapazität von Lymphocyten für einen Dopamin-Antagonisten hochsignifikant erhöht ist. Laut Frau Bondy wird aufgrund ihrer Untersuchungen auch die Erblichkeit der Schizophrenie biologisch nachweisbar. Denn nicht nur bei den Erkrankten selbst, sondern in achtzig Prozent auch bei einem Elternteil ist der oben erwähnte Laborwert erhöht. Damit wird die Schizophrenie oder zu-

mindest die Anfälligkeit für sie voraussagbar.

Ein Gewinn für die Somatiker, gewiß. Wird das jetzt dazu führen, daß sozial- und psychodynamische Ursachen der Schizophrenie in unserer Psychiatrie noch weniger berücksichtigt werden als bisher? Es steht zu befürchten. Dann ist wieder alles in *Ordnung*, es kann ja *ordentlich* behandelt werden, was chemisch *geordnet* entsteht.

Dann kann man reglementieren und wegtun, dann braucht man nicht mehr so genau hinzuschauen, wenn einer ausflippt; der ist dann halt schlecht eingestellt. Daß da vielleicht mehr abläuft als eine biochemische Kopplung oder Entkopplung, das können und wollen die nicht sehen, die nur darauf warten, daß wir endlich alle *normal* werden ...

Stephan Schölzel

Negativliste nicht kostendämpfend

Im Bundesarbeitsministerium wird erneut eine Ausweitung der sogenannten Negativliste, in der alle jene Präparate stehen, die der Patient nicht von der Kasse ersetzt bekommt, erwogen. Dabei haben Untersuchungen des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie ergeben, daß die Kassen zwar zunächst 300 Millionen Mark jährlich sparen, daß aber als Reaktion auf die Kostendämpfung andere Erkrankungsmomente zum Tragen kommen. Die Patienten begehen sich erst in einem Krankheitszustand zum Arzt, in dem dieser dann auf stärkere Medikamente ausweicht, die von der Negativliste nicht erfaßt werden. Teilweise werden auch statt Schmerzmitteln Massagen verordnet. Als Beispiel wurde die Bronchitis genannt: Pharmaka bei einfacher Bronchitis, die der Patient selbst bezahlen muß, wurden zu 26 Prozent weniger verschrieben, wogegen die Zahl der Rezeptpackungen bei

akuter Bronchitis um 61 Prozent angestiegen ist.

Erneut Gesundheitsschäden durch Giftmülldeponie

Auch im Bielefelder Stadtteil Brake sind mehrere Bewohner einer Wohnsiedlung, die auf einer Giftmülldeponie errichtet wurde, lebergeschädigt. Bei 23 von insgesamt 185 erwachsenen Einwohnern wurden Veränderungen der Leberenzymwerte festgestellt. Diese können nach Ansicht des Institutes für Hygiene und Arbeitsmedizin der Technischen Hochschule Aachen jedoch nicht allein durch die Giftmüllrückstände im Wasser, sondern auch durch halogenisierte Kohlenwasserstoffe oder Pilzgifte verursacht worden sein. Abschließende Untersuchungen stehen noch aus. Umzugswilligen Bewohnern bietet die Stadt Bielefeld jedoch bereits jetzt neue Häuser in einer anderen Umgebung an.

Ich suche einen

Nachfolger für ZDL-Stelle

möglichst mit Erfahrungen im psychosozialen-psychiatrischen Bereich (Arzt, Krankenpfleger, Psychologe, Sozialarbeiter). Dienststelle in einem ambulanten Dienst in einer mittelgroßen Stadt im Rheinland. Der Dienst ist verbunden mit weiteren Einrichtungen wie Kriseninterventionsmöglichkeiten, Wohnheim, Selbsthilfefirma; eine Tagesklinik ist geplant. Selbstgestellter Anspruch ist die Vollversorgung des Stadtgebietes, d.h. u.a. der Dienst ist täglich rund um die Uhr erreichbar (Hintergrundbereitschaften). Sehr gutes Arbeitsklima und die Möglichkeit, Psychiatrie anders zu betreiben als in den Anstalten oder an der Uni gelernt. Dienstantritt zum schnellstmöglichen Zeitpunkt.
Chiffre 7-11-84

Menschenversuche**Wien:****Türkische und jugoslawische Kinder für Tests mißbraucht**

Es ging um eine Untersuchung, die der Habilitation von Dr. Braun dienen sollte. Ein Vorgang, der an jeder Uni an und für sich nichts Besonderes darstellt. Allerdings wurde dafür gesunden Säuglingen eine Zwölffingerdarmsonde eingeführt, durch die radioaktiv markierte Kalziumsubstanz eingespritzt wurde. Für diese Prozedur wurden die 135 Minuten gefesselt und zur Kontrolle des öfteren geröntgt.

Die genesenen Kinder wurden ausschließlich zu Forschungszwecken im Krankenhaus festgehalten — die genannten Untersuchungen dienten weder der Diagnostik noch der Therapie. Außerdem wurden bei einer späteren Veröffentlichung einige Kinder als nicht in das Ergebnis passend herausgenommen.

Die Eltern, meist türkische oder jugoslawische Arbeiter, wurden über die Versuche nur soweit aufgeklärt, indem sie eine Einwilligung (ohne weitere Erklärungen) unterschreiben mußten: Pertussis-Impfung und Duodenalsonde — und das war alles! Rein zufällig bemerkten die Eltern, was mit ihren Kindern außerhalb der festgelegten Besuchszeiten passierte. Später gaben sie z.B. zu Protokoll: »Nach ein paar Tagen stellte ich fest, daß mein Kind aus dem Gesicht und der Nase blutete, und ich wollte es sogar aus dem Krankenhaus nehmen«. In der Klinik fand zwar eine Diskussion über die Fragwürdigkeit dieser Versuche statt, aber offensichtlich zogen die meisten es vor, sich aus der persönlichen Verantwortung für diese Kinder zu ziehen, entweder durch Kündigung oder durch Stillschweigen. Nur der damalige Assistenzarzt Dr. F. Sator und mehrere betroffenen Eltern informierten die Öffentlichkeit und die Staatsanwaltschaft. Jedoch der Antrag, Dr. Braun und dessen Chef Professor Ernst Zweymüller anzuklagen, wurde mit folgender Begründung abgelehnt:

Der Tatbestand der Täuschung (§108 StGB) läge nicht vor; Dr. Braun habe eigenmächtig gehandelt, von Freiheitsberaubung könne auch nicht die Rede sein, da es dabei auf die natürliche Fähigkeit zur willkürlichen Ortsveränderung ankomme, die den Säuglingen nicht zugebilligt wurde.

Als Sator bei einem Geburtstagskongreß für den Klinikchef die Experimente kritisierte, ließ ihn Dr. Braun per Polizeieinsatz entfernen. Nachdem eine Verfassungsbeschwerde von ihm abgelehnt war, wurde Sator dazu verurteilt, die Verfahrenskosten von etwa 6000 Mark zu zahlen. Die Ärztekammer entschied in einem Disziplinarverfahren auf eine Strafe von 1500 Mark und trachtet nun noch, Dr. Sator auszuschießen.

Als Dr. Braun vor zwei Jahren erste Ergebnisse dieser Untersuchung auf einem Symposium in der BRD vortrug, wurde zwar protestiert: Solche Zeiten seien doch hoffentlich vorbei, aber es folgten keine Konsequenzen. Es gibt zwar seither in Wien eine Ethikkommission für Menschenversuche, wie sie auch schon seit längerem in der BRD existieren, aber es gibt sicher auch weiterhin Versuche dieser Art, in Wien und anderswo, überall wo Forschung zum Selbstzweck wird und wo persönliche Verantwortung gegen die Unverantwortung der bloßen Funktion in einem System eingetauscht wird. Diese Erkenntnisse und noch andere Fragen zu diesem Wissenschaftssystem warf auch eine Protestveranstaltung am 26. Juni in Wien auf. Bei Iwan Karamasow fanden wir es am besten ausgedrückt: »Wenn das Leiden der Kinder dazu dient, die Summe der zur Erkenntnis der Wahrheit notwendigen Leiden voll zu machen, behaupte ich, daß diese Wahrheit einen solchen Preis nicht wert ist.«

Gesundheitsladen Wien**IPPNW.****Kundgebung in Stukenbrock**

Zu einer eindrucksvollen Kundgebung auf dem Gelände des ehemaligen Kriegsgefangenenlagers Stukenbrock bei Bielefeld lud die BRD-Sektion der IPPNW am Sonntag, den 18. November ein. Hierher wurden von 1941 bis 1945 mehr als 65 000 sowjetische Soldaten und Zwangsarbeiter sowie ungezählte polnische, französische, jugoslawische und italienische Gefangene zu Tode gequält. Prof. H. E. Richter sprach Gedenkworte bei der Kranzniederlegung und anschließenden Aufstellung eines Gedenksteines.

Kostendämpfung nicht erreicht

Die unter dem Vorsitz von Bundesarbeitsminister Norbert Blüm zuendegangene Herbstsitzung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen hat die im Frühjahr angepeilte Kostendämpfung trotz aller einschneidenden Sparmaßnahmen nicht erreicht. Mit den üblichen Ermahnungen wurden alle Beteiligten wieder nach Hause geschickt, um im kommenden Frühjahr anzuhören, was der Minister unter Vorschlägen versteht, »die die gesundheitliche Versorgung unter Einbeziehung medizinischen Fortschritts sowie wirtschafts- und sozialpolitischer Erfordernisse sicherstellen«. Ob dann auch nicht mehr dabei herauskommt als das unverbindliche Dozieren über »mehr Transparenz« oder »flankierende Maßnahmen der Industrie«?

Veteranen werden entschädigt

Ehemalige Vietnamkämpfer dürfen hoffen. Soeben unterzeichnete US-Präsident Reagan ein Gesetz, wel-

ches die Entschädigung von US-Soldaten vorsieht, die dem dioxinhaltigen Entlaubungsmittel »Agent Orange« ausgesetzt waren. Außerdem wurde eine Kommission zur Prüfung von Schadenersatzansprüchen eingesetzt. Sie soll ebenfalls klären, inwieweit die 380 000 Kriegsveteranen, die 1945 als Angehörige der Besatzungstruppen in Hiroshima und in Nagasaki waren, möglicherweise Strahlungen ausgesetzt waren.

AIDS-Hysterie

Im Hause Zimmermann wird jetzt ein Gesetzentwurf vorbereitet, der AIDS-Erkrankten sexuelle Enthaltsamkeit verordnen soll. Erkrankungsverdächtige sollen registriert werden. Wenn der Entwurf zum Gesetz würde, käme es zu einer Untersuchungspflicht ähnlich den Prostituierten, und auch Blutspenden würde unter Strafe gestellt. Nähere Einzelheiten hierzu wurden von den Seuchenbeauftragten des Bundes und der Länder Anfang November in München erörtert. Laut einer Umfrage des Südwestfunks in mehreren europäischen Nachbarländern scheint die AIDS-Hysterie in diesem unserem Lande ganz besonders ausgeprägt zu sein. In England beispielsweise werden die Erkrankungen sehr ernst genommen, niemand denkt jedoch daran, die Patienten vollkommen zu isolieren. Die skandinavischen Länder betreiben bereits seit einigen Jahren intensive Grundlagenforschung auf dem AIDS-Sektor, ein von Grund auf liberalerer Umgang mit Minderheiten erleichtert ihnen jedoch ebenfalls den Kontakt mit dem bei uns zur neuen Volksseuche hochstilisierten Syndrom. In Italien ist AIDS noch so gut wie unbekannt; in Frankreich wird es offiziell totgeschwiegen. Im nächsten Heft werden wir ausführlicher über den gesamten Komplex berichten.



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

Kleinanzeigen

Tätigkeitsorientierte Fortbildung für Mitarbeiter von

Erziehungsberatungsstellen

Im Anschluß an die tätigkeitsorientierten Fortbildungsangebote der AWK für Mitarbeiter von Erziehungsheimen 1983/84 bietet die AWK im März/April 1985 eine weitere tätigkeitsorientierte Fortbildungsreihe für Mitarbeiter von Erziehungsberatungsstellen an.

Dieser Fortbildungsreihe sollen Ziele, Methoden und Rahmenbedingungen der eigenen Arbeit bearbeitet, reflektiert und erweitert werden.

Beginn der Fortbildung: März/April 1985

Dauer: 5—6 Wochenenden, jeweils 1 WE pro Monat

Teilnehmerkreis: Die Fortbildung soll auch einer kleinen Zahl von Berufsanfängern bzw. arbeitslosen Kollegen offenstehen.

Teilnehmerzahl: 15—20 Personen

Ort: Der endgültige Tagungsort wird in Absprache mit den Interessenten festgelegt.

Anmeldevorhaben: AWK der DGVt, c/o Uschi Marquardt,
Derßenbrockstraße 231, 4400 Münster/Nienberge

Anmeldeschluß: Ende Januar/Anfang Februar

Wir werden beim Arbeitsamt wieder eine Förderung nach Arbeitsförderungsgesetz beantragen, von daher können die Teilnehmer u.U. mit einem Zuschuß rechnen, der 30 bis 40 Prozent der anfallenden Kosten decken kann.

Internistin mit psychosomatisch-psychotherapeutischer Ausrichtung sucht niederlassungswillige(n) Kollegin(en) für **Gemeinschaftspraxis** im Raum Bielefeld oder Düsseldorf. Fachrichtung Innere oder Allgemeinmedizin, psychotherapeutische Kenntnisse wünschenswert. Bewerbungen unter Chiffre 20-10-84 an dg

Als **Krankenschwester** suche ich humanen Arbeitsplatz, wo ich meine Erfahrungen aus Altenpflege/Sozialpsychiatrie positiv unterbringen kann. Denke an Stadtteilarbeit/Gemeinschaftspraxis u.ä. Raum Köln/Bonn. Gudrun Quorek, Altbürger Str. 40 HH, 5000 Köln 1, Tel. 02 21/32 63 25

Wir suchen fortschrittliche(n) **Psychiater(in)**, möglichst mit Zusatztitel »Psychotherapie« zur Ergänzung unseres Teams.

Wir sind eine nervenärztliche Gemeinschaftspraxis in NRW mit Schwerpunkt Psychotherapie, Kooperation mit Psychologen und Sozialtherapeuten, Arbeit auf Gehaltsbasis.

Wir organisieren in unserem Rahmen regelmäßige Supervision, Theoriediskussion und Fortbildungsmöglichkeiten.

Kontakt über Telefon (0251) 616999 Mo, Do, Fr ab 20 Uhr

5.—8. Dezember Seminar Krankenpflege

Schlossau/Odenwald Motivation und Führung in der Krankenpflege

Kontakt: WABE, Arbeitsgruppe für Sozialforschung und Organisationsberatung, Droste-Hülshoff-Straße 21, 4800 Bielefeld, Tel. (05 21) 88 41 98

15. Dezember Seminar Krankenhausfinanzierung

Dortmund dg-Seminar zur Krankenhausfinanzierung, Teil II

Kontakt: Matthias Albrecht, Tel. (02 31) 75 38 80

Termine

9.—13. Januar Kritische Psychologie

Fulda
Ferienuniversität zum Thema: **Kritische Psychologie und soziale Arbeit und Erziehung**
Kontakt: Prof. Dr. Gekeler, Fachbereich Sozialarbeit, Fachhochschule Fulda, Marquardtstraße 35, 6400 Fulda

10.—13. Januar Widerstand

Walpoldsried Mögliche und (noch) unmögliche Widerstandsformen in der Krankenpflege.

Ort: Tagungshaus Ulmbach
Anmeldung: Sepp Strauß, Einöde 31, 8961 Wildpoldsried, Tel. (0 83 04) 12 95

26.—27. Januar Seminar Sexualstraftäter

Hamburg Psychotherapie mit Sexualstraftätern

Kontakt: Sexualberatungsstelle der

Gesundheitsbrigaden für Nicaragua

Wir suchen dringend

AB SOFORT

evtl. auch später für einen
mindestens 6 monatigen
Einsatz im Rahmen
unserer Projekte in
Nicaragua

— **ÄRZTE/INNEN**
— **KRANKENSCHWESTERN**
— **/-PFLEGER**

(möglichst m. Fachausbildung)

Kontakt: Gesundheitsladen Berlin, Greifenstraße 2, 1000 Berlin 61 - Tel. 030/693 20 90

Rwanda 1985

Ist ein farbiger **Bildkalender**, der die Lebensbedingungen der Bewohner eines kleinen, aber sehr bevölkerten Landes in Ostafrika beschreibt. Es geht uns darum, rwandesisches Leben mit allem, was dazugehört, in Wort und Bild darzustellen. Der Kalender enthält dreizehn großformatige Farbfotos. Der Erlös soll verschiedenen Projekten in Rwanda zugute kommen.

Bestellungen über ISOKO, Vorgebirgsstr. 8, 5300 Bonn 1
Postgiroamt Frankfurt, BLZ 500 100 60, Konto-Nr.: 44 90 23-600

13.—16. März

Karlsruhe
Rehab '85-Ausstellung und
Kongreß
Kontakt: Tel. (02 31) 12 80 10

13.—15. März

Gießen
Fortbildung und Krankenpflege
Sechste Gießener Internationale
Fortbildungstage für Kranken-
pflege

Kontakt: Organisationskomitee
Internationale Fortbildungstage für
Krankenpflege, Rudolf-Buchheim-
Straße 8, 6300 Gießen

7.—10. Mai

Düsseldorf
Deutscher Krankenhaustag

8.—10. Mai

Bonn/Hennef
Arbeitssicherheit bei neuen
Technologien

Kolloquium zu Arbeitssicher-
heitsfragen bei Automatisierung
und neuen Techniken

Kontakt: Berufsgenossenschaftli-
ches Institut für Arbeitssicherheit,
Lindenstraße 80, 5205 St. Augu-
stin, Tel. (0 22 41) 2 31-0

Abteilung für Sexualforschung,
Seewartenstraße 7, 2000 Hamburg
11, Tel. (0 40) 31 10 26 56

26. Januar

Dortmund
Zweites bundesweites Treffen
betrieblicher Friedensinitiativen

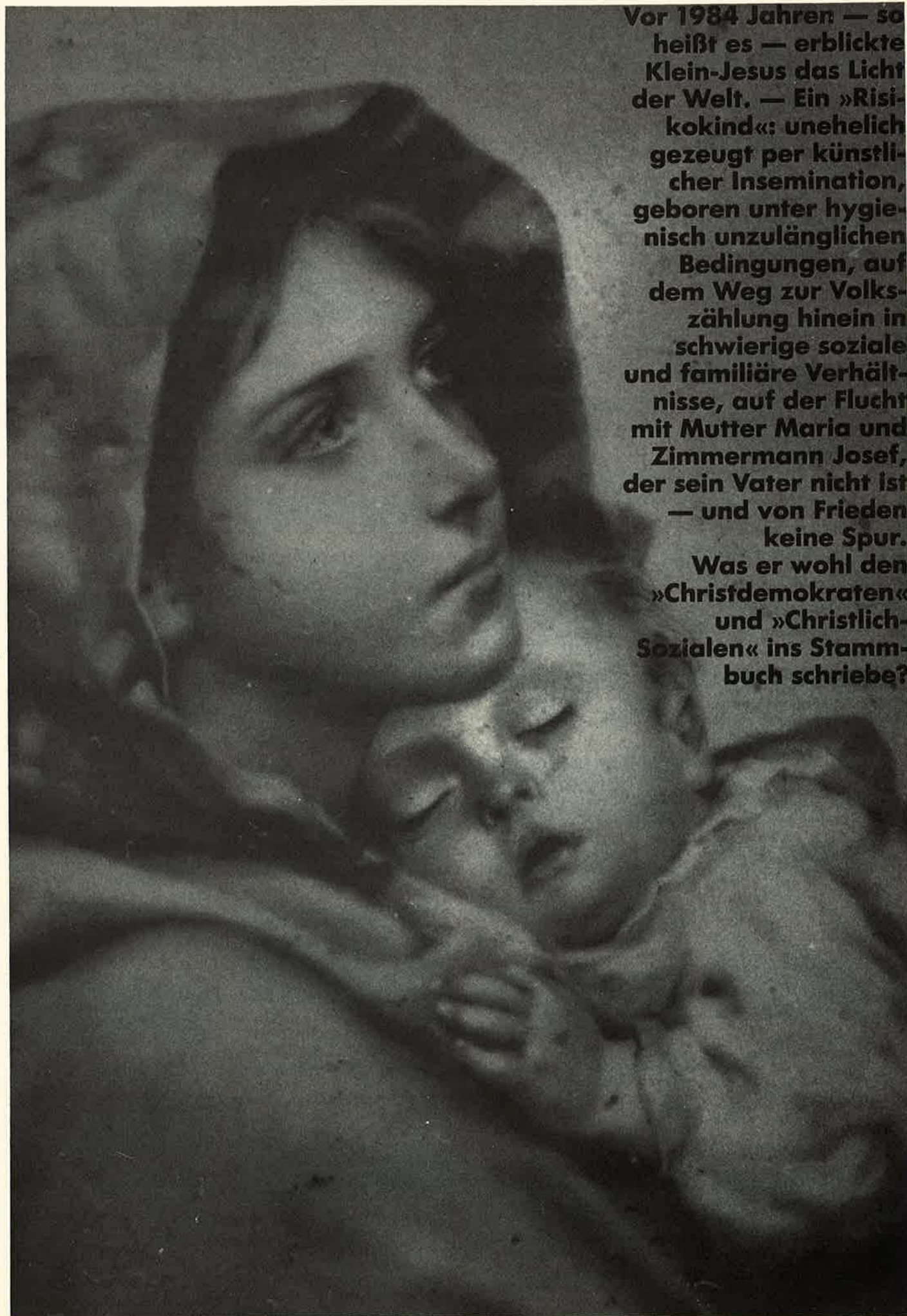
23.—24. Februar Pädagogenfriedenskongreß

Mainz
Eine Veranstaltung der Gewerk-
schaft Erziehung und Wissen-
schaft sowie der Pädagogenfrie-
densinitiativen
Kontakt: Alf Hammelrath, GEW-
Geschäftsstelle NRW, Nünning-
straße 11, 4300 Essen 1

März 85

Bielefeld
Erstes bundesweites Gruppen-
praxentreffen

Kontakt: Heinz Kraus, Gruppenpra-
xis Huckelriede, Buntentorstein-
weg 558, 2800 Bremen 1, Tel.
(04 21) 87 57 00



Vor 1984 Jahren — so heißt es — erblickte Klein-Jesus das Licht der Welt. — Ein »Risiko-Kind«: unehelich gezeugt per künstlicher Insemination, geboren unter hygienisch unzulänglichen Bedingungen, auf dem Weg zur Volkszählung hinein in schwierige soziale und familiäre Verhältnisse, auf der Flucht mit Mutter Maria und Zimmermann Josef, der sein Vater nicht ist — und von Frieden keine Spur. Was er wohl den »Christdemokraten« und »Christlich-Sozialen« ins Stammbuch schriebe?

strengungen Geißler & Co. auch immer unternehmen, ob sie — wie immer wieder geplant — zusätzlich Zugang und Bedingungen für »legalen« Schwangerschaftsabbruch verschlechtern, ob sie die Frauen unter »moralischen« Druck setzen mit Medienpropaganda zur Stärkung des »Bewußtseins von Würde und Wert menschlichen Lebens in jeder Entscheidungsphase« oder ob sie über ihre geliebte »Privatinitiative« zum »Schutz des ungeborenen Lebens« steuerlich absetzbare »Patenschaften für Familien in Not« einrichten: Die Frauen werden sich das Recht auf die eigene Entscheidung für oder gegen ein Kind nicht nehmen lassen. Schon gar nicht, wenn das Kind unter schwierigen gesundheitlichen und sozialen Bedingungen aufwachsen muß. Hier hätte die Bundesregierung viel Anlaß, Anstrengungen zu unternehmen, endlich in der BRD soziale und gesundheitliche Verhältnisse zu schaffen, welche die »Behandlung« einer Schwangerschaft als »medizinischen Notfall« oder »Notlagenindikation« weitestgehend überflüssig machen.

Arbeiterfamilien am meisten betroffen

Dies gilt vor allem für die »niedrigen Einkommensklassen«, sowie für Arbeitslose und Sozialhilfempfänger. »Das in den 70er Jahren von Heiner Geißler (CDU) im Kampf gegen die Gewerkschaften erfundene Schlagwort von der »neuen Armut« erlebt im neuen Kontext eine Renaissance. (...) Zwischen Ende 1981 und Ende 1983 wurden ca. 250 steuer- und sozialpolitische Rechtsänderungen durch die Bundesgesetzgeber verabschiedet. Die Leistungskürzungen summieren sich — nach den Berechnungen des DGB — allein für 1983 und 1984 auf 25 Milliarden Mark, nach einer Untersuchung aus der Universität Köln ergibt sich für die Jahre 1982 bis 1985 eine Kürzung der Sozial Einkommen um 75 Milliarden DM.«

Einer Westberliner epidemiologischen Studie nach (Horst Petri, 1979) zieht die »Unterschicht« (= »Arbeiter«) die meisten Kinder groß. Dabei leben die Arbeiter im Vergleich mit der »Ober- und Mittelschicht« in den schlechtesten Wohnverhältnissen, sind bei ihnen am häufigsten beide Eltern berufstätig oder die Familie »unvollständig«. Arbeiterkinder werden vergleichsweise in jüngstem Alter schon wegen psychischen Störungen zum Arzt gebracht, und diese sind bei ihnen ausgeprägter als bei anderen Kindern. Wenn auch diese Studie als »nicht repräsentativ« gilt, so hat sie doch unter anderem auch gezeigt, daß der Zugang für psychisch kranke Arbeiterkinder zu Hilfen durch die Kinder- und Jugendpsychiatrische Poliklinik der »Freien Universität« erschwert ist.

Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn wir von dem Internationalen Kolloquium »Gesundheit und Arbeit« in Paris im Sommer 1983 erfahren, daß Kinder von Arbeitslosen öfter und länger krank sind als ihre Altersgefährten, die in »gesicherter Existenz« aufwachsen. Auch wurde dort nachgewiesen, daß sie häufiger ins Krankenhaus eingewiesen werden mußten. Sie leiden an Entwicklungsstörungen, wie ihre Eltern unter abnehmendem Selbstwertgefühl und unter schulischer Leistungsschwäche. Dabei stammen eh-

schon etwa 90 Prozent der Schüler der Schule für Lernbehinderte aus unteren sozialen Schichten. »Epidemiologische Untersuchungen ergeben auf vielfältigen Ebenen Zusammenhänge zwischen Lernbehinderung und sozialen Indikatoren«, weiß W. Jantzen, Behindertenpädagoge aus Bremen zu berichten. Dies kann nicht allein damit begründet werden, daß diese Kinder ein größeres Risiko für um die Geburt herum erworbene »frühkindliche Hirnschäden« haben. Gerade für sie wurde von Behindertenpädagogen und Sozialpsychologen die soziale Förderung als besonders notwendig erkannt. Die Wahrscheinlichkeit, in eine Behinderten-Einrichtung abgeschoben zu werden, wächst mit z. B. mangelndem Kindergartenbesuch und »schichtspezifischen« schwierigen sozialen Verhältnissen bei den Eltern, oder wie W. Jantzen sagt, »... durch das geringere Angebot zur Wahrnehmung gegenständlicher wie sozialer Natur (andere Mutter-Kind-Interaktionen aufgrund stärkerer sozialer, familialer und beruflicher Belastung, weniger Spielzeug, weniger abwechslungsreiche Umgebung«.

Doch welches Schichtenmodell man immer auch zugrundelegt: Nicht erst nach der Geburt kommen bei uns diejenigen zu kurz, deren Eltern beruflich, bildungsbezogen, einkommensmäßig oder wie immer als Arbeiter den »unteren sozialen Schichten« angehören. Sie sind auch belastet mit der höchsten Säuglingssterblichkeit. Dazu brauchen wir nicht einmal die im Ausland seit vielen Jahren schon regelmäßig und intensiv betriebenen Untersuchungen heranzuziehen. Selbst die wenigen bundesdeutschen Studien fördern es zutage:

Weil du arm bist, stirbst Du eher — auch als Baby

So verweisen die Wissenschaftler der »Perinatalstudie Hannover« darauf, daß »auch 1978 ... die bereits 1836 von Wilhelm Rau ... nachgewiesenen sozialen Einflüsse auf die Säuglingssterblichkeit noch wirksam« sind. Vor 150 Jahren schon hatte dieser unter-



schieden zwischen der sogenannten »natürlichen« und der »unnatürlichen«, d. h. vermeidbaren Säuglingssterblichkeit. Auch die E. Schmidt-Studie aus Düsseldorf »Säuglingssterblichkeit 1973« hatte belegt, daß die Kinder »unterer Klassen« mit größeren »Chancen« vor oder kurz nach der Geburt sterben. Zu ähnlichen Ergebnissen waren 1978 die Westberliner Wissenschaftler Korporal und Zink gekommen. Sie hatten an einzelnen sozialen Einflüssen auf die Totgeburtensrate und die Säuglingssterblichkeit herausgearbeitet: das Beschäftigungsverhältnis des Vaters, Einkommensverhältnisse der Familie, Schul- und Berufsausbildung der Mutter, sowie die Wohnverhältnisse.

Es liegt also nicht etwa nur daran — wie von Seiten der ärztlichen Standesorganisationen aus naheliegenden Gründen gern in den Vordergrund geschoben wird —, daß Frauen aus »sozial schwachen Schichten« noch weniger als ihre bessergestellten »Schwestern« den Zugang zu Schwangerenvorsorge-Maßnahmen oder zu Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen finden.

(Fortsetzung: Seite 12)

CDU will die Frauen aus dem Berufsleben vertreiben — Sie sollen zurück an den Herd

Im Bundeshaushalt 1984 wird das Mutterschutzgesetz drastisch beschnitten

Wenn es nach dem Willen von Kohl, Böhm und Konsorten geht, sollen Frauen ihre Selbstverwirklichung allein in der Mutterrolle finden — wie vor hundert Jahren. Foto: Keystone

die berufstätigen Mütter und ...

Mutter krank — Kind gesund ?

Eine »Einzelfallanalyse«

Ich spüre sie noch, als sei es gestern gewesen: die ohnmächtige Wut und Enttäuschung über den plötzlichen, wenn auch irgendwo erwarteten Tod des »Frühchens«, »meines« Frühgeborenen auf der Neugeborenen-Intensivstation der Uni-Kinderklinik. Mit allen zur Verfügung stehenden Kräften hatten wir — ein gut eingespieltes und ausgerüstetes Team von Schwestern und Ärzten versucht, sein junges Leben zu retten. Ohne Erfolg.

Dabei hatte alles so gut geklappt bei unserem Notfalleinsatz. Innerhalb von wenigen Minuten waren die Feuerwehrleute mit ihrem Notarztwagen zur Stelle, uns abzuholen. Der schnell vorgewärmte Transportinkubator wartete wie immer einsatzbereit, versorgt mit Sauerstoff, Druckluft, Beatmungsgerät, Wärmeolie und Infusionspumpe. Schnell den regelmäßig aufgefrischten Notarztkoffer gegriffen, mit Handbeatmung (Ambubeutel), Injektionsgerät, Medikamenten und i.v.-Lösungen, mit Intubationsbesteck, den verschiedenen Tubusgrößen, Nabelvenenkatheter und sterilem Klein-Op.-Besteck. Der Kollege vom Hintergrunddienst war auch gleich zur Stelle, die Intensivstation so lange zu übernehmen. So huschten wir schon bald — nachts ein gespenstischer Anblick — mit Blaulicht, aber ohne Martinshorn durch die einsamen Straßen der schlafenden Stadt. Das Wetter spielte diesen Winter gut mit: wieder kein Eis auf den Straßen ins weite Hinterland unseres viel zu großen Versorgungsgebietes. Der große Notarztwagen holperte schwer bei der raschen Fahrt. Viel Platz bot er, doch für die von Hirnbluten bedrohten »Frühchens« war er viel zu hart gefedert. Hoffentlich würden sich die Feuerwehrmänner an unsere Bitte halten, auf dem Rückweg mit unserer empfindlichen Last wirklich langsam zu fahren.

Während der langen Anfahrt hatten wir, Schwester und Arzt, noch einmal kurz die Ausrüstung überflogen, offensichtlich fehlte nichts. Die diensthabende Kollegin aus der Geburtsabteilung des kleinen Krankenhauses an der holländischen Grenze hatte uns bereits telefonisch die wichtigsten Daten durchgegeben, so daß wir die passenden Größen der Versorgungsbestecke schon zu rechtlegen und uns auf die zu erwartenden Probleme mit Unterkühlung, Blutzuckerabfall, Atemnotsyndrom und Übersäuerung einstellen konnten. In der Tat hatte die Kollegin dann auch den Transport ausgezeichnet vorbereitet; das wirkte sich wohltuend auf unsere während der Anfahrt von Ungeheuerlichkeit und Überforderungängsten geplagten Gemütern aus. Die von uns des besseren

Haltes wegen vorgenommene Umintubation von oral auf nasal stieß zwar auf etwas Unverständnis; vielleicht erlebten die Kolleginnen uns als arrogante Pinsel von der Uni. Sicher spielten auch ihre Ängste eine Rolle, das Problemkind noch länger im Hause und in ihrer Mitverantwortung zu wissen: würde es überleben, würden Dauerschäden zurückbleiben?

Schwachen Trost erhielten wir vielleicht noch durch das gemeinsame Bewußtsein, alles ihm Rahmen des gegebenen Versorgungsmuster Mögliche getan zu haben; war die Prognose Frühgeborener nicht überhaupt zweifelhaft?



aus: Karicátoon 1984; Elefantexpress

Und so kam es denn auch in diesem Fall: Beatmung über mehrere Wochen, wiederholte Wiederbelebungsversuche und beste intensivmedizinische Versorgung konnten nicht verhindern, daß das Kind nach kurzer Zeit starb. Als ich, darin schon geübt, den Totenschein »unseres Frühchens« ausfüllte, kam ich erstmals dazu, mich mit seiner Vorgeschichte beziehungsweise der seiner Mutter zu beschäftigen. Auch bei dieser nun um ihr zu früh geborenes Kind trauernden Mutter schienen die Folgen einer mehrfach belasteten Risikoschwangerschaft geradezu vorgeplant.

Die sehr junge, erst siebzehnjährige Mutter wurde erst angesichts einer sogenannten »Spätgestose«, einer Erkrankung, die in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft unter anderem mit Bluthochdruck, Eiweiß im Urin und Ödemen einhergeht, als schwer nierenkrank bekannt. Ihre chronische Nieren-

beckenentzündung hatte sie offenbar bereits seit Jahren verschleppt. Hätte sie auch wegen der Rückenschmerzen immer gleich zum Arzt rennen sollen? In der Firma galt sie eh schon als langsam, und beim Arzt mußte man immer so lange warten. Der schrieb ihr dann sowieso immer nur Antibiotica auf, obwohl ihr doch auch so schon oft genug schlecht war. Und überhaupt: die Rücken- und Unterleibsschmerzen waren ausgerechnet immer dann am stärksten, wenn ihr Freund auf Wochenendausflug vom Bund dagewesen war und sie mit ihm geschlafen hatte. Sicher kam es davon. Und über die Kopfschmerzen halfen dann fürs erste die Tabletten hinweg, für die im Fernsehen so intensiv Werbung gemacht wurde.

Woher sollte sie auch wissen, daß die verschiedenen »Weh-Wehen« ihre gemeinsame Ursache in einem Nierenschaden hatten? Und den Blutdruck hatte der Hausarzt zuletzt vor zwei Jahren gemessen. Damals hatte sie auch die Antibabypille gewollt; wegen ihres hohen Blutdruckes und wegen ihres jugendlichen Alters sei der Arzt aber dagegen gewesen. Als ihr Freund dann zum Bund ging, mußte es halt auch mit den »Gummis« gehen, sie sahen sich ja seltener und billiger wars auch. Irgendwann war es dann wohl schiefgegangen.

Wie ihre Eltern wohl reagieren würden? Als ihr dicker Bauch dann nicht mehr zu verheimlichen war, hatten sie sich nach längerem Hin und Her zur Heirat entschlossen. Irgendwie würde es schon gehen. Andere Leute haben das auch schon geschafft. Damals hatte sie es sogar in wenigen Wochen geschafft, ihren Zigarettenkonsum ganz einzustellen. Sie wollte ja schließlich ein gesundes Kind. Abtreibung kam sowieso nicht in Frage. Die Leute würden es ahnen. Und wo hätte sie es denn machen lassen und von welchem Geld bezahlen sollen? Ihren Eltern durfte sie damit nicht kommen, schon allein wegen der Kirche.

Die Geschichte mit dem Notarztwagen regte sie schon gar nicht mehr auf. Wer hätte aber auch wissen sollen, daß es so plötzlich mit der Geburt kommen würde? Als sie vor sechs Wochen das erste Mal seit dem Schwangerschaftstest aus der Apotheke beim Frauenarzt war, hatte er ihr noch vorgerechnet, sie habe noch mehr als drei Monate Zeit. Vielleicht hätte sie auch mehr erzählen müssen, der kannte sie ja eigentlich kaum...

Jetzt war es alles anders gekommen. Sie lag seit Tagen am Tropf, und die Frau Doktor wachte sorgsam über sie. Das Kind hatte sie gar nicht mehr zu sehen bekommen, so schlecht war es ihm gegangen. Vielleicht würde man auch sie selbst in die Uniklinik verlegen müssen. Viele Gedanken schossen ihr durch den Kopf, und ihr Herz polterte jetzt immer so stark... Wie würde ihr Freund, äh — Mann mit dem ganzen Vorfall umgehen? — Wird sie wohl noch Kinder bekommen können? — Oder hätte sie lieber doch nicht heiraten sollen?

Sicher ein Einzelfall, sicher extrem; aber nicht doch beispielhaft? Ein Beispiel bundesdeutscher realer Mangelversorgung von Mutter und Kind in diesem unserem »besten Gesundheitssystem der Welt«.

Schutz des ungeborenen Lebens? Ohne Erfolg...

So eindeutig positiv ist der Zusammenhang zwischen Überlebenschancen für Säuglinge in der BRD und der bei uns »verübten« Schwangerenvorsorge nicht. Früher, in den vierziger Jahren zum Beispiel, wurde von den Frauenärzten der Anteil der Risikoschwangerschaften nicht höher als mit 8 bis 15 Prozent angegeben. In der »Bayerischen Perinatalstudie« von 1982 weisen die »Geburtshelfer in Blüten-Weiß« 50,5 Prozent aller Schwangeren als »Risikofälle« aus. — Sollten sich die sozialen und gesundheitlichen Verhältnisse der »Deutschen Frau« zwischenzeitlich derart verschlechtert haben — trotz des »besten Gesundheitswesens der Welt« und »freier und sozialer Marktwirtschaft«? Oder ist vielmehr die »Risikofreudigkeit« auf Seiten der Geburtshelfer mit Kassenzulassung selbst ein Ergebnis ihrer »Schwangerenvorsorge«? Ein Niedergelassener, der die Diagnose »Risikoschwangerschaft« stellt, wird dafür finanziell belohnt. Er darf bei der Gesetzlichen Krankenkasse mehr an diagnostischen und therapeutischen Leistungen in Rechnung stellen, als bei einer normalen Schwangerschaft.

»Schwangerenvorsorge« in wessen Interesse?

Gegen die Überbewertung dessen, was bei uns von den ärztlichen Standesvertretern als »Schwangerenvorsorge« verkauft wird, spricht auch die Geschichte. Die Schwangerenvorsorge als Regelleistung der Krankenkasse gibt es seit den »Mutterschaftsrichtlinien«, die 1965 vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen aufgestellt wurden. Die Säuglingssterblichkeit in der BRD aber ist z.B. von 1950 mit 55,3 im ersten Lebensjahr verstorbenen Kindern auf 1000 Lebendgeborene »kontinuierlich gesunken« auf 25,3 pro Tausend im Jahr 1964. Andererseits ist nach Erlass der »Mutterschaftsrichtlinien« für ganze acht Jahre bis in die 70er Jahre hinein die Säuglingssterblichkeit in der BRD praktisch gleich hoch geblieben, bei permanent gesunkener Geburtenrate.

Der eigentliche Skandal aber ist, daß mit der traurig-schauligen Säuglings- und Müttersterblichkeit (die BRD nimmt z.B. auch 1976 noch den weitaus schlechtesten Platz bei der Bekämpfung der Müttersterblichkeit ein im Vergleich mit 15 europäischen Staaten) allein stehende Mütter und vor allem die Arbeiterfamilien mit diesen gesundheits- und kinderfeindlichen Bedingungen in unserem »Sozialstaat« alleingelassen werden, und daß sich daran seit nunmehr 100 Jahren rein garnichts geändert hat.

Schon Ende des 19. Jahrhunderts beklagten sozialpolitische Reformer und Sozialhygieniker, daß bei den Familien der »Unterschicht« die vergleichsweise schlimmste Mütter- und Säuglingssterblichkeit grassiert. Frauengruppen der Sozialdemokratischen Partei, bürgerliche Frauenverbände sowie Teile der Hebammenchaft und einzelne der Arbeiterbewegung wie dem sozialen Fortschritt gleichermaßen verbundene Ärzte stellten deshalb Forderungen auf nach: »Wöchnerinnenasyl«, Heimen für ledige Mütter, in denen sie auch in Pflege und Erziehung ihrer Kinder unterwiesen werden sollten, Mütterberatungsstellen, Stillkrippen für erwerbstätige Mütter und öffentliche Milchküchen mit Milchsammelstellen.



In der Weimarer Republik hat es — musterhaft für andere Staaten — eine »nachgehende Fürsorge« gegeben. So werden z.B. heute in Skandinavien und in den Niederlanden sowohl Schwangere als auch Neugeborene häufig von Hebammen bzw. »Kinderschwestern« in staatlichem Auftrag zu Hause aufgesucht.

Durch derartige Maßnahmen läßt sich etwas gegen den frühen Tod von Neugeborenen und Säuglingen ausrichten. Diese international seit vielen Jahren geläufige und praktisch genutzte Erkenntnis konnte prompt auch eines der wenigen bundesdeutschen »Projekte« dieser Art bestätigen: Es wurde seit 1980 in Bremen als »Aktion Familienhebammen« durchgeführt, unter wissenschaftlicher Leitung aus der Medizinischen Hochschule Hannover, mit dem Ziel einer »Verbesserung der Schwangerenvorsorge und Nachsorge bei Säuglingen. Kaum hatten die »Sozialhebammen« ihre Arbeit aufgenommen, geschweige denn lagen erste Erfahrungswerte vor, wurde sie schon »völlig abstruserweise im »Deutschen Ärzteblatt« als Eingriff in die persönliche Entscheidungsfreiheit verteuelt«.

»Sozialhebammen eine Alternative

Sie betreuten dabei schwangere Frauen und Mütter zuhause oder in einer extra eingerichteten Beratungsstelle. Zu ihrem Aufgabenbereich gehörten Beratungsgespräche z.B. über die Hausgeburten, ambulante Geburt und »Wann muß ich in die Klinik?«, ebenso wie über konkrete Geburtsvorbereitung und Fragen des Mutterschutzes. Zugleich vermittelten sie den Müttern, wie man Babies badet und wickelt, sie stillt und ihre Nahrung zubereitet. Unter bestimmten Umständen übernahmen sie in Absprache mit dem behandelnden Arzt auch schon mal Aufgaben wie Gewichts-, Blutdruck und Urin-Kontrolle, Überprüfung der kindlichen Herztöne und der Kindslage in Mutters Bauch. Leider war nicht vorgesehen, daß dieselben Hebammen dann die Mütter auch in der Geburt begleiten.

Anstatt staatliche Einrichtung und finanzielle Absicherung zu erfahren wie bei unseren europäischen Nachbarn, hat aber auch dieses Modellprojekt in seiner ursprünglichen, vorteilhaften Form »den Hahn zugekehrt« bekommen. Personell und inhaltlich eingeschränkt gibt's ein »neues Modellprojekt« — für ein paar Jahre. So wird in der Bundesrepublik auch weiterhin Vorsorge-Praxis landesweit einen anderen Charakter haben.

»Für die Überwachung der Schwangerschaft kommen heute eine Reihe hochspezialisierter Techniken wie z.B. Ultraschall, zum Teil auch CTG (Kardiotokographie, Methode zur Aufzeichnung kindlicher Herztöne und Wehen) und Fruchtwasseruntersuchungen zum Einsatz. In dieser Hinsicht nimmt die Bundesrepublik im Vergleich zu anderen europäischen Ländern sicherlich einen Spitzenplatz ein. Dieser apparativen Aufrüstung entspricht allerdings keine wesentliche Verbesserung der Schwangerschaftsbetreuung im allgemeinen, wenn man als Vergleichsmaßstab die Säuglingssterblichkeitsziffern heranzieht, wo Länder mit weniger Technik weitaus besser abschneiden (wie etwa die skandinavischen). In einer englischen Untersuchung wurden die Ergebnisse einer »konservativen« mit jenen einer hochtechnisierten Intensiv-Schwangeren-Betreuung, die beide am selben Krankenhaus durchgeführt wurden, verglichen. Es fand sich kein signifikanter (bedeutsamer) Unterschied zwischen diesen Betreuungsweisen, was die Erkrankung wie die Sterblichkeit von Neugeborenen betrifft.«



Vielleicht hat auch der massive Technik-Einsatz etwas zu tun mit den »Barrieren sowohl objektiver als auch subjektiver Art« gegenüber der landesüblichen »Schwangerenvorsorge«, die Marburger Wissenschaftler schon 1973 bei Müttern aus der »Unterschicht« fanden?

Sicher ist jedenfalls, daß die Ärzte selbst einen nicht unerheblichen Anteil an der von ihren Standesvertretern ewig beklagten Vorsorge-»Müdigkeit« vieler Frauen haben. Auf der Tagung »Soziologische Forschung in der Medizin« wurde schon 1978 berichtet, daß die Teilnahmebereitschaft der Mütter ansteigt, sobald die »vorsorgenden« Ärzte ihnen das jeweilige Untersuchungsergebnis näher erklären. Doch auch mehr mütterliche Bereitschaft allein gäbe noch keine Garantie für qualifizierte ärztliche Vorsorge geschweige denn Betreuung.

Ärztliche »Fortbildung« heute — ein »Risikofaktor«?

Das wußten auch schon die Düsseldorfer Autoren der Studie »Säuglingssterblichkeit 1973«, die sich u. a. mit »vermeidbaren« und »bedingt vermeidbaren« Todesfällen von Säuglingen beschäftigten. Sie wollten als eine ihrer Ursachen nicht zuletzt auch Fehler in der Diagnostik und Therapie als Folge mangelnden Fortbildungsstandes der zuständigen Ärzte angesehen wissen.

Daß es damit nicht weit her ist, mußten die beiden Virus-Forscher Enders und Lennartz feststellen. Sie waren dem Phänomen nachgegangen, daß es im Gegensatz zu anderen Ländern wie z. B. Schweden in der BRD immer noch aus der Schwangerschaft heraus Röteln-geschädigte Babies gibt — jährlich 200 bis 300 mit z. T. schwersten Mißbildungen. Dazu hatten sie rückblickend die ärztliche Schwangerschaftsbetreuung, sprich »Schwangerenvorsorge« von 26 Müttern mit Röteln-geschädigten Kindern untersucht. Allesamt waren diese schon ganz zu Beginn der Schwangerschaft an einer für die Mütter selbst harmlosen Röteln-virus-Infektion »erkrankt«. In keinem der 26 Fälle aber waren in der für ihre Babies wegen Infektionübertragung bedrohlichen Situation die möglichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ausreichend sorgfältig und kenntnisreich unternommen worden: Keines der Kinder hätte mißgebildet und geschädigt zur Welt kommen müssen!

Aber dennoch werden Jahr für Jahr, wie für die hohe Säuglingssterblichkeit, so auch für die wachsende hohe Rate mißgebildeter Nachkommen in der BRD von den ärztlichen Standespolitikern die Mütter verantwortlich gemacht.

Das Problem der Röteln-Embryopathien kennt aber auch noch einen anderen Lösungsweg. Man kann nämlich nicht erst seit gestern durch Impfung aller frühpubertären (Schul-) Mädchen weitestgehend ausschließen, daß Frauen als ungeimpfte Schwangere »Röteln durchmachen«. Nur leider kommen in der Bundesrepublik bei weitem nicht alle Mädchen in den Genuß dieser primärprophylaktischen, d. h. von vornherein Krankheit verhindernden Maßnahme. Leicht auszumalen wie's künftig ausgeht, wenn Schule macht, was in Bayern passiert. Nach Einstellung der öffentlichen Röteln-Impftermine konnten 1983 in München nur noch knapp 10 Prozent der zehn- bis vierzehnjährigen Mädchen als gegen Röteln sicher gefeit gelten.

Bei soviel öffentlicher Impfmüdigkeit muß man sich über die ausbleibenden Aktivitäten der unsere Gesundheitspolitik ganz wesentlich beeinflussenden Ärzteverbände wundern.

Doch wenigstens die »Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde« startete im Herbst '83 eine Kampagne — allerdings nicht gegen den staatlichen Rückzug von seinen wenigen gesundheitserhaltenden Maßnahmen überhaupt. Das Ziel ihres Werbefeldzuges war die sogenannte »Impfmüdigkeit der Bürger«. Daß dieses Problem spezifischer ist, weiß jeder Kinderarzt. Er kennt die gähnende Leere in den meisten Impfpässen — soweit überhaupt vorhanden — vor allem jener Kinder, die aus »sozial schwachen Familien« stammen.

Zu beklagen sind im internationalen Vergleich blamable Ergebnisse im Impfschutz. Selbst im »guten« Jahr 1982 wurden bei uns ganze 65 Prozent der Kinder im Impfalter gegen Masern geimpft. Zum Vergleich: z. B. in der CSSR gibt es hierbei eine Impfquote von 99,9 Prozent. In Schweden und Finnland wurden »die Masern« längst durch Impfung gewissermaßen »ausgerottet«. Die Masernkrankung ist also kein notwendiges Übel unserer Jugendzeit mehr, das in bis zu ein Prozent der Erkrankungen die Menschensinder mit z. T. schwersten Hirnschäden schlagen kann.

Niedergelassene entdecken die Impfung

Hintergrund des plötzlichen seuchenhygienischen Engagements der Kinderärzte aber war eine andere »Neuerung«: Die ärztlichen Standes- und Berufsverbände hatten zwischenzeitlich durchgesetzt, daß neben ihren relativ wenigen »privaten« Impfpatienten die Ärzte jetzt auch die übrigen Kinder — auf Kassenrechnung — pieksen dürfen, vorausgesetzt die Eltern reagieren auf die sicher lobenswerte Werbung für's Impfen und stellen ihre Kinder beim lieben Onkel Doktor vor. — Werbung für die eigene Dienstleistung? Das steht den Freunden der Kleinen fern. Im übrigen verbietet es die ärztliche Berufsordnung. Heraus kommt dabei, daß die Gesetzlichen



Krankenkassen mit zusätzlichen Kosten belastet werden.

Bislang war das Impfen eine Domäne des öffentlichen Gesundheitsdienstes in staatlicher bzw. kommunaler Trägerschaft, der seinen Bürgern kostenlose Impfprophylaxe bot (was auch zur Zeit noch geschieht). Auch hier wird aber fleißig privatisiert. Der öffentliche Gesundheitsdienst, vom Prinzip her traditionell angelegt auf flächendeckende Versorgung und primärprophylaktisch ausgerichtete, gesundheitliche Versorgung, wird weiter still und heimlich ausgehöhlt. (Wir berichteten in dg 9/84). Konkret geht so jede Übersicht und Planbarkeit eines seuchenhygienisch erforderlichen, eben »flächendeckenden« Impfprogramms verloren. Auch hierzu notwendige regelmäßige Meldungen zur zentralen Erfassung etwa der erfolgreichen Impfungen gelingen den »Hausärzten« in »freier Praxis« nicht.

(Fortsetzung: S. 15)



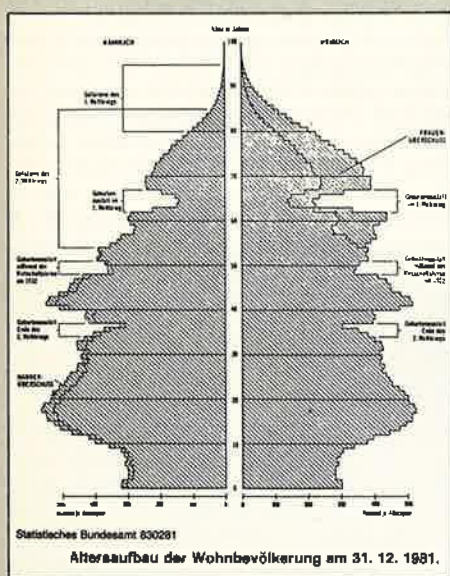
»Ihr Kinderlein kommet . . .«

Das Standesblatt Der Kinderarzt zur »Bevölkerungspolitik«.

»Ein junger Mensch, der die Absicht hat, Kinderarzt zu werden, sollte bei allen sonstigen Beweggründen auch die voraussichtliche Zahl potentieller Patienten in's Kalkül einbeziehen...«

läßt das Organ des »Berufsverbandes der Kinderärzte Deutschlands e.V.« einen Statistiker aus dem Statistischen Bundesamt in Wiesbaden, Dr. Helmut Proebsting, mahnen:

»Die Zahl der Kinder im Alter von 0 bis 14 Jahren nimmt in dieser Zeit von 14,1 Millionen auf 9,1 Millionen ab, das ist eine Abnahme um 35,1 Prozent, zehnmal so groß wie die der Bevölkerung insgesamt . . .



Nachdenklich sollten wir uns die Abbildung des »Lebensbaumes« der Wohnbevölkerung am 31. 12. 1981 ansehen. Die Zahl der 0- bis 10jährigen ist geringer als jeder sonstige Jahrgang von 11 bis 55 Jahren. Die Zahl der heute 0- bis 10jährigen — das ist nicht nur die Zahl der wichtigsten potentiellen Patienten der Kinderärzte, das ist auch die Zahl, die maßgeblich ist für die Zahl der Geborenen in 15 bis 25 Jahren.«

Schon im Mai '83 berichtete auch »Der Spiegel« vom Ärztetag in Kassel: »Nach einer mangelhaften, praxisfernen Hochschulausbildung«, so erläuterte Jörg Dietrich Hoppe, Vorsitzender der Ärztevereinigung Marburger Bund, seien die Jung-Mediziner »zweifelloso nicht in der Lage, sich ohne weitere

Sammlung von ärztlichen Erfahrungen eigenverantwortlich und selbständig' in ihrem Metier zu betätigen. Gleichwohl, weiß Hoppe, dürfte künftig nur eine Minderheit der frisch approbierten Mediziner Gelegenheit finden, sich nach dem Studium zunächst unter Aufsicht erfahrener Kollegen in den ärztlichen Berufsalltag einzuleben. Denn demnächst kann nicht einmal jeder zweite medizinische Uni-Absolvent hoffen, in den Kliniken oder Arztpraxen eine Weiterbildungsstelle zu ergattern.«

Die Ärztfunktionäre werden es wissen, geht doch ein Großteil auch der Ausbildungsmisere des bundesdeutschen Gesundheitswesens auf ihre Konten. Titel des »Spiegel«-Artikels: »Wer züchtet schon gerne Konkurrenz heran.« Doch zurück zu »Der Kinderarzt«: »Der Statistiker erwartet, daß bis etwa 1990 die Geburtenzahl wegen der stärker steigenden Zahl der ins heiratsfähige Alter kommenden Personen noch etwas ansteigen wird. . . . Danach allerdings wird mit einem stärkeren Geburtenrückgang gerechnet, der dann bald auch bei den älteren Jahrgängen sichtbar wird.« Ist ja noch etwas hin. Aber auch die Herren Pädiater beunruhigt offenbar, daß, wie »Gerd Bucerius in 'Die Zeit' 13/83 behauptet, schon in fünfzehn Jahren die Renten nur noch bezahlt werden können, wenn wir die Rentenversicherung von heute 18,5 Prozent auf 35 Prozent erhöhen«. Außerdem sei es utopisch anzunehmen, daß diese »explodierenden« Menschenmassen nicht in etwa durch Sterbefallüberschüsse in der Bundesrepublik entstehende Freiräume eindringen werden.« (Gemeint ist »die Bevölkerung in den Entwicklungsländern«, die wie z. B. in der Türkei »ungehemmt« anstiegen; H. K.)

»Ich halte es durchaus für möglich, daß wir nach 2000 sogar wieder Ausländer (als Arbeitsfähige und Beitragszahler) ins Land holen werden, um die dann ungünstiger werdende Relation zwischen Arbeitsfähigen und Rentnern zu verbessern (sofern man sich nicht für die zweite Alternative entscheidet).«

Diese beschreibt unser Bevölkerungsstrategie so: »Die Bundesregierung müßte versuchen, mit bevölkerungspolitischen Maßnahmen die Geburtenzahl auf das Maß der Bestandserhaltung anzuheben. (Das Volk der Bundesrepublik zeichnet sich dadurch von allen anderen Völkern aus, daß es seit zwölf Jahren mehr Sterbefälle als Geburten hat.)« Wir wissen nicht, ob nicht auch in seinem Kopf ewig gestrige Gedanken von einer Überfremdung deutschen Blutes herumspuken, wenn er unter der Zwischenüberschrift »3,4 Millionen Deutsche, das Horrorbild 2000?«

beschwörend fragt: »... vielleicht ist es den heutigen Politikern völlig gleichgültig, ob Deutschland in 100 oder 200 Jahren noch ein Instrument im Konzert der Nationen darstellt . . . ?« Dabei klang er eingangs so einig mit »unseren Politikern«: »Man soll nicht sagen, die Politiker hätten nicht auf die stark gefallen Geburtenzahlen (. . .) reagiert. Die wegen geringer werdender Zahl von Schülern unterbliebene Neueinstellung von Lehrern legt ein beredtes Zeugnis davon ab, wie verantwortungsbewußt mit unserem Steuergrößen umgegangen wird.«

Doch konkrete »bevölkerungspolitische« Vorschläge macht Dr. Proebsting den »Wendepolitikern« in »diesem unserem Lande« nicht. Dabei ist ihm eine ganz wesentliche Erkenntnis dazu durchaus geläufig aus der Zeit der sozialdemokratisch geführten Regierung: »Die Geburtenrate hat sich in den letzten Jahren insgesamt auf einem sehr niedrigen Niveau stabilisiert. Sie liegt um ca. 33 Prozent unter der zur Bestandserhaltung notwendigen Höhe. Eine vorübergehende Zunahme im Jahre 1980 (plus 6,6 Prozent) ist möglicherweise auf die Einführung des Mutterschaftsurlaubes sowie die Ankündigung weiterer flankierender Maßnahmen (Erhöhung des Kindergeldes, Anerkennung von drei Babyjahren bei Rentenansprüchen usw.) zurückzuführen. Nachdem diese zusätzlichen Maßnahmen nicht verwirklicht bzw. zurückgenommen wurden, liegt die Geburtenrate ab 1981 unter den Erwartungswerten.«

(Zitate aus: »Der Kinderarzt«, 14. Jg. 1983, Nr. 12, — Rubrik »Sozialpädiatrie«)



Säuglingssterblichkeit »selbstverschuldet«?

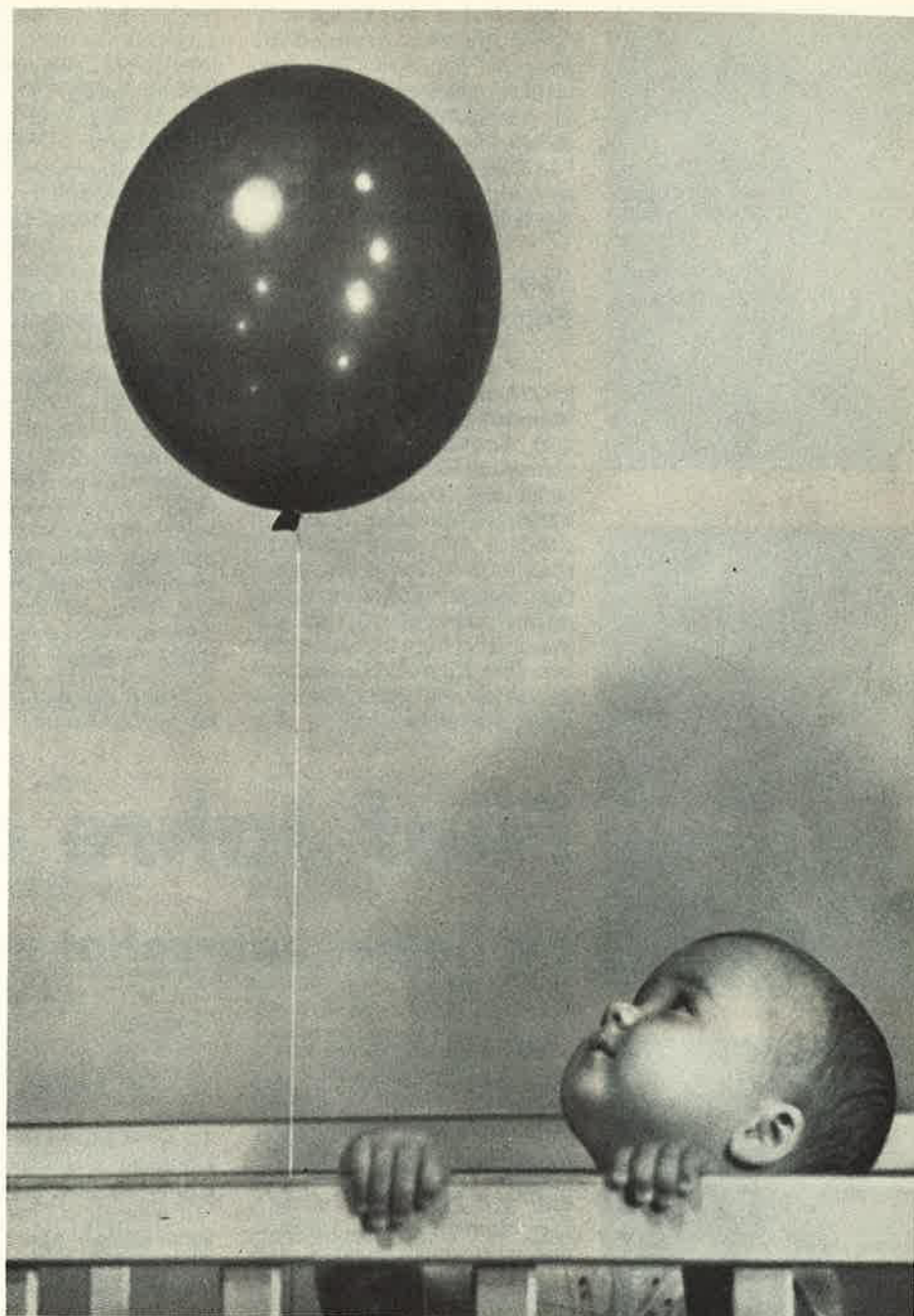
Die Säuglingssterblichkeit und die Müttersterblichkeit werden gern als Kriterium herangezogen, um zu beurteilen, wie gut denn das Gesundheitswesen funktioniert. Ca. 10 Prozent der Geburten haben mit Komplikationen zu tun. Ein, wenn nicht *das* Hauptproblem der Geburtshilfe, ist die Frühgeburtlichkeit, das heißt, daß Neugeborene zu früh beziehungsweise unreif geboren werden. Damit einher gehen nämlich viele gesundheitliche Folgeprobleme (z.B. Atmungs- und andere Anpassungsstörungen, Hirnschäden mit z.B. auch Krampfleiden etc.).

So kommt es, daß Frühgeborene öfter als der Durchschnitt schon als Säuglinge sterben. Dazu ist vielfach nachgewiesen worden, daß psychogene Faktoren, gestörtes Familienklima zum Beispiel infolge von Partnerproblemen etc. ebenso zur Frühgeburt führen können wie z.B. körperliche Überanstrengung, aber auch bestimmte Medikamente, Alkohol, Nikotin und vieles andere mehr an Umweltgiften, für welche die Werbung Hochkonjunktur hat. Aus nahezu denselben Belastungen der Schwangeren heraus kommt es derzeit auch zu einer Lawine von Mißbildungen bei Neugeborenen. (Schon in den 70er Jahren waren es 30 000 pro Jahr.)

Es sind aber nicht nur sogenannte »selbstverschuldete« oder anderweitig von interessierten Kreisen wie dem »Deutschen Ärzteblatt« gern individualisierte Einflüsse, die eine große Rolle spielen. So wurden in der letzten Zeit »extrem hohe Raten an Frühgeburten, Fehlgeburten und embryonalen Mißbildungen« festgestellt bei amerikanischen Arbeiterinnen an Datensichtgeräten.

Wenn bei uns aber eine Frühgeburt droht, meist provoziert durch zu früh einsetzende Wehen, werden »tonnenweise« sog. Tokolytika (moderne Wehenhemmer) den Schwangeren verabreicht. In Westberlin schon 1978 für mindestens 2 Millionen DM. Die Zahl der Frühgeburten dort hatte sich dadurch allerdings nicht geändert. Geholfen hat es trotzdem — der Pharmaindustrie. Geschadet haben kann's: den Kindern. Tokolytika stehen seit Jahren in dem Verdacht, Leberfunktionsstörungen, »Unterzuckerungen« mit der Gefahr von Hirnschäden beim Ungeborenen oder Herzstörungen auszulösen. Bei langzeitlicher Anwendung sogar das, was man als häufige Frühgeburtskomplikation gerade vermeiden wollte: eine Verzögerung der Lungenreife mit Atempassungsproblemen. Außerdem werden »Risikoschwangerschaften«, d.h. Frauen selbst mit schwierigsten Schwangerschaftsverläufen und erwarteten Geburtskomplikationen aus finanziellen Überlegungen nicht oder viel zu spät in darauf besser vorbereitete Geburtshilfskliniken verlegt. Dies alles passiert im Grunde wider besseres Wissen.

Was allein schon eine gewisse »Öffentlichkeit« — oder sollen wir sagen: eine gewisse »Kontrolle« — ärztlichen Handelns bei uns zu erreichen vermag, haben die Geburtshelfer selbst demonstriert: Allein das Unterfangen, mit der »Münchener Perinatalstudie« von 1975 bis 1977 die Qualität der eigenen Arbeit überprüfen zu wollen, zog nach sich, daß sich das Betreuungsmuster durch die ambulante und stationär beteiligten Geburtshelfer verbesserte.



Aber da brüten Bundesdeutschlands Ärztemanager noch des Langen und Breiten: Chefarzt Dr. Reiner Gödtel von der Frauenklinik im Evangelischen Krankenhaus 6798 Krusel im »Deutschen Ärzteblatt«: »Ist auch die Neugeborenensterblichkeit in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken, so sterben derzeit im Bundesdurchschnitt noch 10 von 1000 Babys . . . Über die Gründe für dieses im internationalen Vergleich relativ ungünstige Abschneiden der Bundesrepublik Deutschland ist man sich gegenwärtig jedoch noch nicht einig. Erörtert werden mangelhafter Gebrauch der Schwangerenvorsorge, Organisationsmängel in der Klinik und menschliches Versagen.«

Sicher — »Kontinuierlich gesunken« ist die Neugeborenensterblichkeit auch in der BRD. Nur — den jetzt erreichten Stand hatten vergleichbare europäische Staaten wie die skandinavischen Länder und die Niederlande, Schweiz und Luxemburg vor nahezu schon einem Jahrzehnt! Zu der immer schon noch schlechter abschneidenden Mütter- und Säuglingssterblichkeit schweigt des Berichterstatters Höflichkeit. Dabei gab's sicher auch dies-

mal auf dem 11. Deutschen und 3. Internationalen Kongreß für Perinatale Medizin im November 1983 viel Interessantes zu hören. Vielleicht Neues von den Kollegen aus Frankreich, die sich seit Jahren in der Lage sehen, schon zum Beginn einer Schwangerschaft die Gruppe von Müttern mit erhöhtem »Risiko« für Früh- oder gar Totgeburten bestimmen zu können, wenn sie die soziale Herkunft und die gynäkologische Krankengeschichte der Frauen kennen. Wie wär's, wenn man dieses Verfahren einmal umdrehte. Dann schien es möglich, den als verursachend erkennbaren, im weitesten Sinne »sozialen« und Krankheits-»Faktoren« zu Leibe zu rücken, in freudiger Erwartung sowohl gestünderen als auch zahlreicheren Nachwuchses. Wir würden uns mit den Eltern freuen. Auch, wenn wir uns keine Sorgen machen, wer morgen zur Bundeswehr gezogen werden kann, um das teure Gerät zu bewegen. So wenigstens doch den Absatz und Profit für die Rüstungsindustrie sichernd. ■



Fünf Jahre sind etwas kurz für ein Jubiläum. Zwanzig Prozent vom Silbrenen. Zu wenig für Chronologien, Rückschau, Ansprachen. Gefeierte haben wir trotzdem am 24. November. Für unsere neuen und alten Leser ein paar Eindrücke aus der abgelaufenen Zeit.

Vom euphorischen Entwurf ...

Die Idee mit der Zeitung hatte Ulli (Raupp) 1977 — das muß nochmal gesagt werden. Aber auch die: zwanzigtausend Exemplare von jeder Nummer wollte er an den Mann bringen. Einschließlich Patienten selbstverständlich («Verkauf am Krankenbett»). Sein bedenklischer Optimismus treibt einem nachträglich den Schweiß auf die Stirn. Aber sein Schwung hat uns über Klippen geholfen, an denen wir mit bloßer Sachlichkeit gescheitert wären.

ren Nobodies, und erst der Herausgeberkreis brachte wieder Ruhe in die Landschaft; und zuletzt der Verlag, zu dem wir von Anfang an gewollt haben. Sein freundlicher Geschäftsführer Paul N. gilt als der härteste in Westeuropa. Eher kommt der Papst zum Abendessen eingeflogen, als daß er eine Mark »rausrückt«. Seine Devise: »wenn ihr euch selbst nicht helft, kann ichs auch nicht. Helft ihr euch aber selbst, brauch' ichs eh nicht.«

Geld ist nie welches da. Tausend Dank an alle, die uns jemals etwas gaben. An mutige Kommanditisten, die ihre Einlage niemals wiedersehen. An die vielen Spender. An die Freiverkäufer. An die Redakteure, die pünktlich zahlen (ja, richtig gelesen). Aber auch an die vielen Schuldner, die uns die Rechnung zum vierzehnten Male gestundet haben.

Zensur gab und gibt es keine bei dg. Im Gegenteil. Uns waren

rere Stockwerke hoch umfunktioniert. Mit Papier, Photos, Artikeln, Kleber überschwemmt. Heute: alles kürzer, hektischer, schneller, geschäftiger und humorloser.

Baader-Meinhofs ...

Die Baader-Meinhof-Bande müssen Bewohner eines Wohnsilos in regelmäßigen Redaktionstreffs vermutet haben. Am Hausmeisterbrett neben dem Fahrstuhl klebten die Erkennungsmerkmale. Achtung: lange Haare, Bart, Brillen. Freunde PKW-Kennzeichen. Unbekannte Gesichter. Ankunft und Abfahrt im Dunkeln. Transport von Behältnissen und Paketen, regelmäßige Treffen ... Das alles traf auf uns zu. Aber im Fahrstuhl gabs nur fragend ängstliche Blicke, Razzien keine.

Redaktionssitzungen in Privatwohnungen sind etwas schön-

Fünf Jahre dg

Ein halbes Jahrzehnt von innen gesehen

Mißtrauen und Ärger verursachten wir mit unseren so gut gemeinten Plänen. Moskaus Hand im Spiel sah der Marburger Bund («nicht Demokratie, sondern Volksdemokratie ...» der arzt 9/78). Die eigenen Freunde und Genossen wählten mal intellektuelle Spinner, mal Trotzisten oder gar Eurokommunisten im Anmarsch. Die ÖTV-Kollegen sahen Gewerkschaftsfeinde am Werk.

Rätselhaft für uns, da im Gründungsauftrag das stand, was man auch heute von uns kennt. Doch ohne Namen war alles Schall und Rauch. Wir wa-

... zur realen Arbeit

die Debatten oft zu langweilig. Kritik zu freundlich. Zuwenig Disput als Salz in der Suppe. Wir wollen nicht mit Spektakulärem glänzen, aber Streitfragen gibts doch wohl genug. Redaktionssitzungen waren und sind das Innenleben der Zeitung. Dem Studentendasein kaum entronnen, waren die ersten — nach heutigen Maßstäben — mehrtägigen Happenings mit Essen und Trinken, Doppelkopf und Fete. Zum Umbruch wurden Wohngemeinschaften meh-

nes. Volles Leben und zwanzig Mann mitten in der Familie. 20 Uhr. Die Kinder schreien ... »ich will Onkel Ulli noch sehen« ... »ab ins Bett« ... »aber Onkel Ulli« ... Zeter-Mordio ... »kannst Du denn die Kinder nicht mal wenigstens hier?« ...

Familienstreit geht mit über den Redaktionstisch. Reste von Kaffee, Kindernahrung, Bananen (der Hot-Dog des Redakteurs) müssen vor hungrigen dg-lern gerettet werden. Nachbarn klingeln wegen blockierter Parkplätze. Dauertelefon: »Ist mein Mann schon bei Euch?« »Ist mein Mann noch bei Euch?«



»Detlef kommt erst um 24 Uhr.« (Gott, so früh) ... »wenn dieser Anruf nicht ... nein ... ist die VDS-Fachtagung ernsthaft sauer.« »Leg auf, die sind immer sauer.«

Gelacht haben wir früher mehr als heute. Viele sind müde. Manche haben bis zu dreihundert Kilometer Autobahn hinter sich und nachts um eins oder zwei wieder vor sich. Die Treffen der ersten Jahre dagegen waren manchmal richtige Kappensitzungen. Später: immer wieder Anläufe, Inhalte und nicht nur Organisatorisches zu diskutieren. Referate. Diavorträge. Dann wieder Organisationshektik. Die Redaktion hat ihren eigenen Stil. Für Außenstehende oft schlecht durchschaubar. Schlecht auch für alle, die den Neuanfang in unserer Runde wagten.

Neue Redakteure sind selten. Gerne gesehen, aber keiner kümmert sich um sie. Selbst den Kopf voll. Einige haben die Sturheit und das Sitzfleisch besessen, im vermeintlichen Chaos nicht den Rückzug anzutreten. Dankbar sind wir auch denen, die nur kurz bei uns waren oder nach einer gewissen Zeit den

fürsten und Gesundheitstagsaltväter verteilen noch heute Tiefschläge gegen uns. Diskussion und Zusammenarbeit mit der Masse der Betroffenen hat es nicht verhindert. Empfindlich sind wir im übrigen nicht — und auch nicht schnell beleidigt.

Oft haben wir uns zu wichtig genommen. Vergeblich auf Reaktionen zu Artikeln gewartet. Zwei Tage diskutierten wir über die Umbesetzung eines Herausgebers. Interessiert hat es niemanden. Rückmeldung stattdessen dort, wo wir es nicht erwartet hätten. Lob und Mut von unbekannten Lesern. Geld von Kommandisten, deren Name man aus Studienzeiten nur noch flüchtig kannte. Wo Artikel gnadenlos treffen sollten, vermuteten manche Satire. Wo wir Satire machen wollten ... kam der Staatsanwalt. Zehntausend Mark hat uns der Prozeß mit dem Ärzteblatt gekostet. Ausgebügelt haben es die Leser — mit Spenden.

Ein Männerverein ...

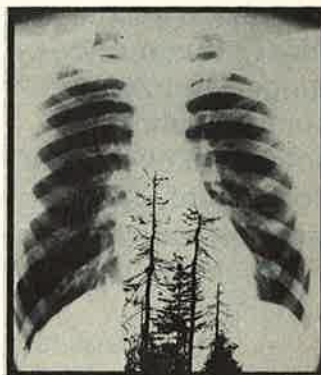
dg ist ein Männerverein. Ungewollt. Ehrlich. Ausnahmen bestätigen die Regel. Von Anfang an war es ein Ungleichgewicht. Heute ist es eine Katastrophe. Wir haben schon stundenlang analysiert. Fühlen uns nicht als Chauvis. Eher inkompetent in Frauenfragen. Aber das ganze Gerede bringt auch keine Frau an den Tisch. Frauen und Pfleger. Oder noch besser: Schwestern! Das würde uns manchen redaktionellen Klimmzug ersparen.

Modetrends ist *dg* nie gefolgt. Scheinbar Unaktuelles und Langweiliges gehört zu den Dauerthemen: Sozialpolitik, Renten, Arbeitsmedizin. Sensationen sind selten. Das Zeitungssterben haben wir nicht mitgemacht.

Unsere Abonnentenzahl steigt weiter. Auch in der Krise und nach der Wende. Achthundert Bezieher 1979 — mehr als viertausend heute. Von vier auf zwölf Ausgaben pro Jahr. Einen Stil, den nicht nur Akademiker lesen können. Mehr als fünfzig Prozent Schwestern und Pfleger unter den Abonnenten. Das sind Dinge, auf die wir stolz sind. Seit *dg* einen bezahlten Chefredakteur hat, erscheint es monatlich. Mit vertrautem, doch neuem Profil. Vieles, was früher rundum verteilt wurde, landet heute auf den Schultern des Bonner Einzelkämpfers. Wer weiß, wie Organisation, Schreiben, Redaktionssitzungen, Endredaktion, Satz, Korrektur, Lay-out, Druck ... einander jagen, der ahnt, daß »unser Mann in Bonn« aus dem Dauerlauf oft nicht herauskommt. Er hat manchem kinderreichen und nachdienstgeplagten Redakteur das Weiterarbeiten überhaupt erst möglich gemacht. Mein Alptraum: wenn der mal krank wird ...

... und doch nicht kinderlos

Einen Vater konnte *dg* zur Gründerzeit aufweisen. Derzeit turnen fast zwanzig Kinder durch die Beine der Redakteure. Tendenz steigend! Politische Arbeit neben dem Beruf scheint nicht nur für Singles reserviert. Für manche ist *dg* schon ein Stück Lebensgeschichte. Die Zeitschrift wird einkalkuliert, gehört dazu, wird mitgeschleppt. Auch bei der Zukunftsplanung. Wie ein alter Wohnzimmerschrank. Wer jahrelang dabei war, kann nicht so einfach aussteigen. Aber einsteigen kann jeder. Wir sind kein Insiderclub. Kein Nostalgieverein. Soviel rührselige Rückschau hats noch auf keiner Sitzung gegeben. Nur heute. Ausnahmsweise. Wegen der fünf Jahre. *Norbert Andersch*



Saurer Regen — saurer Schleim
Nicht nur der Wald atmet — auch der Mensch

... oder orthodoxe Kommunisten?

Griffel wieder hinlegten. Eingordnet wurden wir oft. Vorwiegend in die orthodoxe Ecke. Marxisten sind wir in der Mehrzahl. Linke Sozialdemokraten, Kommunisten, Gewerkschafter. Diese Richtung haben wir nie geleugnet: eher die »alte Linke«. Disput und Dialog mit der neuen Linken, Grünen und Alternativen haben wir von Anfang an gesucht. Wir waren offen, und oft waren die Spontis dogmatisch. Die Gesundheits»szene« hat uns lange nicht haben wollen. Selbsternannte Bewegungs-



Prüfungsordnung für Heilpraktiker soll geändert werden

Existenzangst



Wird der Heilpraktikerberuf allmählich ausgehöhlt? Durch Änderungen des Zulassungsverfahrens sollen in Zukunft nur noch Ärzte über die Berufserlaubnis für Heilpraktiker entscheiden.

Am 12. Oktober 1983 hat der Bundesgesundheitsrat ein Votum abgegeben, für Heilpraktiker bestehe kein objektiver Bedarf, wohl aber ein subjektives Bedürfnis der Bevölkerung. Das Votum sorgte für viel Wirbel, weil darin — zu Recht — ein Angriff auf den Berufsstand der Heilpraktiker gesehen wurde.

Politiker aller Parteien beeilten sich, zu versichern, daß niemand daran dächte, den Heilpraktikerstand anzutasten, da eben genau dieses subjektive Bedürfnis der Bevölkerung bestehe und es außerdem in unserer Republik genug Raum gebe, daß Heilpraktiker und Schulmediziner nebeneinander existieren könnten.

Jetzt sieht es allerdings so aus, als ob hinter all diesen Beteuerungen durch die kalte Küche

versucht werden sollte, am Heilpraktikerstand zu sägen — und zwar über den Weg des Zulassungsverfahrens!

Voraussetzung für die Zulassung zum Beruf des Heilpraktikers ist eine Prüfung beim Gesundheitsamt. Wird die Erlaubnis verweigert, so kann der Prüfling Widerspruch einlegen. Im Widerspruchsverfahren gegen die Versagung der Heilpraktikererlaubnis sowie auch im Verfahren der Zurücknahme der Erlaubnis muß ein Gutachterausschuß angehört werden (§ 3 der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz), der paritätisch aus zwei Ärzten, zwei Heilpraktikern und einem neutralen Vorsitzenden zusammengesetzt ist.

Die Bundesregierung hat in diesem Jahr einen Gesetzentwurf zur Bereinigung des Zulassungsverfahrensrechts vorgelegt, dem — neben vielen sicher sehr sinnvollen Verwaltungsvereinfachungen — auch dieser Gutachterausschuß zum Opfer fallen soll. Das könnte schwerwiegende Folgen für den Heilpraktikerstand haben!

Der Gutachterausschuß stellt zwar im Berufsrecht eine seltene Sonderregelung dar, da es normalerweise unüblich ist, daß Berufsangehörige bei Entscheidungen über die Erteilung oder Zurücknahme von Berufszulassungen beteiligt sind; die Regelung

ist in diesem Falle aber sinnvoll, um

- unparteiische Entscheidungen sicherzustellen und der Besorgnis der Befangenheit zu begegnen,
- berufsspezifischen Sachverstand einzubringen.

Das Argument der Befangenheit ist sicher nicht von der Hand zu weisen, wenn ausschließlich Schulmediziner darüber entscheiden, wer als Heilpraktikerin oder Heilpraktiker arbeiten darf und wer nicht. Denn bis heute enthält die Berufsordnung für die deutschen Ärzte in Paragraph 21 ein Verbot der Zusammenarbeit mit Heilpraktikern. Das seit Jahrzehnten bestehende Konkurrenzverhältnis erleichtert es den Schulmedizinnern sicher nicht, hier unparteiisch zu entscheiden! Mit der Einführung des paritätisch besetzten Gutachterausschusses hat der Gesetzgeber diese Besorgnis der Befangenheit als berechtigt anerkannt — und zwar auch noch in der heute gültigen Form der Durchführungsverordnung vom 18. April 1975.

Nun zum zweiten Argument, der Einbringung des berufsspezifischen Sachverstands: es ist üblich, daß bei der Amtsarztprüfung Heilpraktiker als Beisitzer beteiligt sind, um die spezifischen Kenntnisse des Anwärters über die von Heilpraktikern angewandten diagnostischen und therapeutischen Methoden sowie über deren Berufsordnung si-

cherzustellen. Diese Regelung hat sich als sehr sinnvoll erwiesen, da der Amtsarzt, der Schulmediziner ist, in diesen Gebieten verständlicherweise nicht so umfassend zu Hause sein kann.

Wenn der Gutachterausschuß dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Opfer fällt, so entfielen die Grundlage für dies Regelung, da eine Beteiligung von Heilpraktikern an den Prüfungen nicht gesetzlich geregelt ist.

Wem es also ernst damit ist, zu überprüfen, ob der künftige Heilpraktiker eine Gefahr für die Volksgesundheit darstellt, der sollte diese Überprüfung weiterhin Fachleuten überlassen und die Finger weg lassen vom Gutachterausschuß.

Es kann natürlich sein — und der Verdacht drängt sich auf — daß durch eine minderqualifizierte Überprüfung und durch eine Zunahme der Erlaubnisverweigerungen ohne die Möglichkeit des Einspruchs der Heilpraktikerstand allmählich ausgetrocknet werden soll.

Der Gesetzgeber von 1939 war da ehrlicher: Der Paragraph 4 des Heilpraktikergesetzes von 1939 verbot die Ausbildung von Heilpraktikernachwuchs. Der Paragraph wurde 1974 gestrichen — soll er vielleicht auf diese Art allmählich wieder eingeführt werden?

Brigitte Fuchs

DOKUMENTE

Stuttgart, im Oktober 1984

Stellungnahme der Gewerkschaft ÖTV zur Neuordnung der ärztlichen Ausbildung

A. Grundsätzliche Position der Gewerkschaft ÖTV

Die Gewerkschaft ÖTV beteiligt sich als für das Gesundheitswesen zuständige Gewerkschaft innerhalb des Deutschen Gewerkschaftsbundes seit Jahren aktiv daran, das Gesundheitswesen im Interesse der Beschäftigten und Patienten zu reformieren.

So hat sie sich auch in die Diskussion um die Reform zur ärztlichen Ausbildung eingeschaltet und versucht, sie im Sinne ihrer gesundheitspolitischen Vorstellungen zu beeinflussen.

Im August 1982 hat sie mit ihren „Vorschlägen und Forderungen der Gewerkschaft ÖTV zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung in der Bundesrepublik Deutschland“ eine umfangreiche Stellungnahme zur Diskussion gestellt.

Darin wird unter anderem gefordert

- Vorrang für Prävention,
- Ausbau der Primärversorgung,
- engere Verzahnung und wechselseitige Durchlässigkeit der Berufe im Gesundheitswesen,
- engere Verbindung von Theorie und Praxis in der Ausbildung, Einbindung der Praxisanteile in die theoretische Ausbildung,
- Erhöhung der psychosozialen Kompetenz,
- Vermittlung eines weiteren Erfahrungsspektrums in der praktischen Ausbildung.

Das Ziel des Medizinstudiums soll nach Auffassung der Gewerkschaft ÖTV sein, nicht einen „fertigen“, sondern einen

„weiterbildungsfähigen“ Arzt auszubilden. Erst wenn die Vorstellung aufgegeben wird, daß der Arzt zum Zeitpunkt der Approbation im gesamten Bereich der Medizin theoretisch und praktisch qualifiziert sein soll, ist die hinreichend

bekannte und kritisierte Stoffüberlastung und die mangelnde praktische Qualifikation zu bewältigen.

Voraussetzung für eine derartige Konzeption des Medizinstudiums ist aller-

Neuordnung der Arztausbildung als reine Kostendämpfung

In der Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates vom 13. September 1984 (Drucksache 10/1963) wird noch einmal deutlich, auf wessen Kosten die Bundesärzteordnung / Approbationsordnung geändert werden soll: zu Lasten der Ärzte, Patienten und der Versicherten.

1. Auf neue Stellen für Ärzte im Praktikum in Krankenhäusern soll verzichtet werden. Sie sollen durch Umwandlung von Arztstellen und deren Aufteilung bereitgestellt werden.
2. Der Arzt im Praktikum soll nur einen Teil der Vergütung des Anfangsgehalts von Assistenzärzten erhalten. Dabei wird an eine Drittelung gedacht.
3. Die Kosten für die Ausbildung während der Arzt-im-Praktikum-Phase sollen in den Pflegesatz eines Krankenhauses einbezogen werden. Es wird davon ausgegangen, daß die Ärzte im Praktikum während ihrer Ausbildung einen Beitrag zur stationären oder teilstationären Versorgung der Krankenhauspatienten leisten und so-

gar Aufgaben voll ausgebildeter Kräfte übernehmen. Sie sollen kostenneutral zur Versorgung der Patienten im Krankenhaus beitragen.

Die gesetzlichen Voraussetzungen dafür sollen künftig auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Bundespflegesatzverordnung geschaffen werden. Danach sind Ärzte im Praktikum im Verhältnis 3 zu 1 auf die Stellenpläne der Krankenhäuser anzurechnen.

4. Weiterbildungsstellen sollen durch Arzt-im-Praktikum-Stellen langfristig blockiert werden. Es ist daran gedacht, die Tätigkeit als Arzt im Praktikum auf die Weiterbildung anzurechnen.

Im Klartext heißt das:

Die Zeit als Arzt im Praktikum soll als Ausbildung und als Weiterbildung gewertet werden. Der Arzt im Praktikum wird voll in die betrieblichen Arbeitsabläufe eingegliedert. Für seine Arbeitsleistung soll er jedoch nur ein Drittel der Vergütung eines Assistenzarztes erhalten.

dings, daß jeder Arzt, der eine Zulassung als Kassenarzt anstrebt, nach der Approbation eine Weiterbildung durchläuft. Sie ist mit einer Prüfung abzuschließen. Erst danach darf er selbständig und allein verantwortlich tätig werden. Die Weiterbildung darf nicht lediglich eine Aneinanderreihung von Mindestzeiten in Krankenhäusern darstellen. Es muß vielmehr ein Curriculum mit inhaltlich abgestimmten Weiterbildungsanteilen in Theorie und Praxis entwickelt werden, das an den Erfordernissen der Primärversorgung ausgerichtet ist.

B. Vorschläge der Gewerkschaft ÖTV zur Reform des Medizinstudiums

Zugang zum Studium

Solange den vorhandenen Ausbildungskapazitäten eine ungleich höhere Zahl an Studienbewerbern gegenüber steht, wird der Studienzugang mit dem Losverfahren am gerechtesten gelöst. Langfristig ist ein Gleichgewicht zwischen Ausbildungskapazitäten und Zahl der Studieninteressenten sowie der Zahl der Ausbildungsplätze anzustreben. Hierzu ist es erforderlich, eine für eine optimale gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung notwendige Zahl von Arztstellen im ambulanten und stationären Bereich bereitzustellen. Regionale und fachgebietsbezogene Engpässe in der ärztlichen Versorgung sind durch bedarfsgerechte Planung und Zulassung abzubauen.

Einführungsphase

Zu Beginn des Studiums ist eine Einführungsphase vorzusehen. Sie muß den Studenten einen problemorientierten Zugang zum Studium ermöglichen. Diese Eingangsphase soll von studentischen Tutoren begleitet werden. In ihr sind Informationen über den Studiengang, über die verschiedenen Aspekte und Probleme der medizinischen Berufe und Tätigkeitsfelder zu vermitteln, die eigene Motivation zum Studium zu klären. Sie soll zu eigenverantwortlichem Studium motivieren und den Studenten helfen, eine Ausbildungsperspektive zu entwickeln.

Das Studium soll sich in Studiengruppen vollziehen, die von einem Dozenten während des gesamten Studiums betreut werden.

Strukturreform des Studiums

Die strikte Trennung von „vorklinischem“ und „klinischem“ Studium ist aufzuheben. Die Zersplitterung in hoch-

spezialisierte Fachdisziplinen muß aufgegeben werden, stattdessen sind die Fächer zu Stoffgebieten zusammenzufassen. Ziel ist die ganzheitliche Betrachtung des Patienten. Es sind Studienschwerpunkte zu bilden und benachbarte Disziplinen zu Fächergruppen zusammenzufassen. Exemplarischem Lernen ist Vorrang vor dem „Einpauken“ unsinniger Stoffmengen einzuräumen.

Prüfungen

Die bundeseinheitlichen multiple-choice-Prüfungen sind zu reduzieren. An ihre Stelle müßten näher am Lernvorgang angesiedelte Erfolgskontrollen treten. Teilweise könnten die multiple-choice-Prüfungen durch mündliche und mündlich-praktische Prüfungen ersetzt werden. In keinem Fall sollten die gleichen Inhalte in bundeseinheitlich schriftlichen und zusätzlichen mündlichen Prüfungen in der Hochschule abgefragt werden.

(Ausführlich sind unsere Vorstellungen in den „Vorschlägen und Forderungen der Gewerkschaft ÖTV zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung in der Bundesrepublik Deutschland“ dargestellt.)

C. Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Viertes Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung

Gemessen an den nur verkürzt dargestellten Reformvorstellungen der Gewerkschaft ÖTV und an einer notwendigen besseren ärztlichen Ausbildung, hat der von der Bundesregierung vorgelegte Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung nicht viel zu bieten. Er wird dem eigenen Anspruch, die ärztliche Ausbildung im Hinblick auf eine „bessere praktische Qualifikation“ zu verbessern, nicht gerecht.

Die allgemein festgestellten Mängel in der praktischen Ausbildung sollen nach dem Gesetzentwurf vor allem durch eine zusätzliche zweijährige Tätigkeit als „Arzt im Praktikum“ aufgefangen werden. Das Prüfungswesen soll durch zusätzliche Prüfungen und Wegfall der zweifachen Wiederholungsmöglichkeit verschärft werden. Angebliche inhaltliche Verbesserungen sind beispielsweise mit zusätzlichen Pflichtpraktika in Sportmedizin und Anästhesie und Wiederbelebung vorgesehen. Dadurch wird das Studium jedoch eher überfrachtet.

Die Arzt-im-Praktikum-Phase soll sich an das sechsjährige Medizinstudium anschließen. Sie kann im Krankenhaus, in

der Praxis eines niedergelassenen Arztes, in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, des betriebsärztlichen Dienstes und in Einrichtungen der Bundeswehr absolviert werden. Die Tätigkeit als Arzt soll auf Grund einer „beschränkten Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes“ möglich sein. Das dafür vorgesehene Gehalt macht lediglich ein Drittel der entsprechenden Vergütungsgruppe für Assistenzärzte aus. Die volle Approbation als Arzt soll erst im Anschluß an diese zweijährige Tätigkeit erteilt werden. Mit dem im Gesetzesentwurf vorgeschlagenen „Arzt im Praktikum“ wird gegenüber der im letzten Jahr verabschiedeten Änderung der Zulassungsordnung die Qualifikation der Ärzte nicht nennenswert verbessert. Aus dem Gesetzesentwurf geht nicht hervor, wie eine bessere Qualifikation der Ärzte des Praktikums erreicht werden soll. Es ist vielmehr beabsichtigt, den sozialen Status des Arztes im Anschluß an das Medizinstudium deutlich zu verschlechtern.

Die Tätigkeit soll in „untergeordneter Stellung“ ausgeübt werden. Je drei „Ärzte im Praktikum“ sollen eine vorhandene Assistenzarztstelle besetzen. Das Problem, daß einer steigenden Zahl von Studienabgängern eine eher sinkende Zahl von Arbeitsstellen gegenübersteht, wird durch die vorgesehene Regelung allenfalls um zwei Jahre verschoben. Eine echte Qualifikation für die Niederlassung als Allgemeinarzt wird, wie schon nicht mit der Hochschulausbildung, auch nicht mit der vorgesehenen Phase als „Arzt im Praktikum“ erreicht. Hierzu könnte nur eine qualifizierte und kontrollierte Weiterbildung führen.

Die „Praktikantentätigkeit in untergeordneter Stellung“ gewährleistet auch keineswegs „zwangsläufig die für den Berufsanfänger notwendige Aufsicht durch erfahrene Ärzte“. Dazu müßten zusätzliche Stellen für „erfahrene Ärzte“ geschaffen und nicht wie vorgesehen Arztstellen zu Gunsten der Praktikantenstellen abgebaut werden.

Eine Anleitung ist erst recht nicht gegeben, wenn auf die „Verwendbarkeit im Bereitschaftsdienst“ großer Wert gelegt wird. In diesem Zusammenhang drängt sich der Verdacht auf, daß die durch Anwendung des 50. Tarifvertrages zur Änderung des Bundes-Angestelltentarifvertrags erforderlichen zusätzlichen Stellen mit den „Ärzten im Praktikum“ vermieden werden sollen.

Die beabsichtigte zweijährige Praxisphase entbehrt auch einer curricular begründeten Gliederung. Lediglich bis zu vier, nicht näher definierte oder mit qualita-

tiven Kriterien verschiedene Fortbildungsveranstaltungen können vorgesehen werden. Damit wird nicht ausgeschlossen, daß ohnedies stattfindende Veranstaltungen, etwa der Berufsverbände in Zusammenarbeit mit der pharmazeutischen Industrie, als Fortbildung anerkannt werden können. Zwar kann eine grobe Strukturierung der Gesamtzeit nach operativen und nicht operativen Bereichen vorgesehen werden. Das wird jedoch dem Anspruch einer strukturierten, Theorie und Praxis miteinander verbindenden, praktischen Ausbildungsphase nicht gerecht. Der Nutzeffekt einer solchen Praxisphase würde auf das „Sammeln von Erfahrungen“ reduziert, die oben drein, etwa wenn sie in einer spezialisierten Klinik oder Fachabteilung abgeleistet wird, sehr eingeschränkt sein können.

Für den überwiegenden Teil der approbierten Ärzte ist es bereits jetzt erforderlich, vor der Niederlassung Erfahrungen zu sammeln. Das geschieht während einer Weiterbildung oder während der 18-monatigen Vorbereitungszeit zur Zulassung als Kassenarzt. Im Vergleich zur vorgesehenen Neuordnung sind das auf Dauer bessere Lösungen. Der Rechtsstatus des endgültig approbierten Arztes ist eindeutig geklärt. Er kann nach seinem Kenntnisstand eigenverantwortlich tätig werden. Seine Arbeitsbedingungen sind tarifvertraglich geregelt und weiter regelbar.

Die von der Bundesregierung jetzt vorgesehene Phase als „Arzt im Praktikum“ weist eine Reihe von Rechtsunsicherheiten und Schwierigkeiten auf. Sie sind dringend zu klären.

1. Diese zusätzliche Praxisphase verbessert die ärztliche Ausbildung qualitativ nicht. Schon deshalb ist sie abzulehnen. Zudem bleibt unklar, wie jemand gleichzeitig noch in der Ausbildung, trotzdem aber schon als Arzt tätig sein kann (§ 3 (1) 5. BAÖ neu und Seite 13 der Begründung). Einerseits sollen „Ärzte im Praktikum“ offensichtlich Angestellte der Krankenhäuser sein, andererseits sollen ihre Stellen mit einem gegenüber bisherigen Ärzten weitaus niedrigerem Gehalt vergütet werden. Eine Festlegung als „angestellter Arzt“ verbietet aber Vorschläge über Eingruppierung, Bezahlung sowie Einschränkungen bei den Urlaubsregelungen, wie sie in der Begründung des Referentenentwurfs noch dargestellt werden, jetzt im Regierungsentwurf aber indirekt durch den Vorschlag, vorhandene Assistenzarztstellen im Verhältnis 1 zu 3 in Arzt-im-Praktikum-Stellen umzuwandeln, beschrieben werden.

Damit wird in die Aufgaben der Tarifvertragsparteien unzulässig eingegriffen. Der Gesetzgeber könnte die Unklarheiten verringern, indem er den Angestelltenstatus für den Arzt im Praktikum festschreibt und klare Voraussetzungen für tarifvertragliche Regelungen schafft.

2. Es ist keineswegs sichergestellt, daß die als notwendig angesehenen 24 000 Arzt-im-Praktikum-Stellen bereitgestellt werden.

Aus der Berechnung in der Begründung des Regierungsentwurfs ergäbe sich folgendes:

- a) Bei etwa 5000 jährlich freiwerdenden Assistenzarztstellen — ausnahmslos in Arzt-im-Praktikum-Stellen umgewandelt — **15 000 Stellen**;
- b) bei den etwa 64 000 niedergelassenen Ärzten gibt es zur Zeit lediglich 1400 Weiterbildungsstellen. Bei vollständiger Umwandlung würde das **4200 Arzt-im-Praktikum-Stellen** ergeben;
- c) die — erst in den kommenden Jahren entstehenden — 135 Sanitätszentren werden bei den dort jeweils bis zu 50 vorhandenen Betten nur ausnahmsweise mehr als einen Arzt im Praktikum ausbilden können. Das entspricht etwa **150 Arzt-im-Praktikum-Stellen**;
- d) der öffentliche Gesundheitsdienst im weiteren Sinne könnte nach Berechnungen der vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit in Auftrag gegebenen Studie der Planungsgruppe Medizin Heidelberg „Einführung einer Praxisphase im Anschluß an das Medizinstudium“ (Heidelberg 1982) bei einer **einjährigen** Dauer der Praxisphase unter Ausschöpfung aller Kapazitäten 600 bis 750 Plätze zur Verfügung stellen. Auf eine zweijährige Dauer berechnet wären das rund **350 Arzt-im-Praktikum-Stellen**.

Das ergibt insgesamt eine Kapazität von maximal 19 700 Arzt-im-Praktikum-Stellen. Die Bundesregierung nimmt also in Kauf, daß nach der von ihr selbst angenommenen Bedarfzahl mindestens 4300 Absolventen des Medizinstudiums ohne Approbation eine mehr oder minder lange Wartezeit in Kauf nehmen müssen und sozialversicherungsrechtlich ungeschützt als „Arzt im Wartestand“ arbeitslos sind. Wahrscheinlicher ist jedoch, daß dieses Schicksal eine weitaus größere Zahl angehender Ärzte teilen wird. Die Rechnung enthält zahlreiche Un-

wägbarkeiten. Sie setzt nämlich voraus, daß die Krankenhausträger und die niedergelassenen Ärzte bereit sind, alle frei werdenden Assistenzarztstellen und damit Weiterbildungsstellen in Arzt-im-Praktikum-Stellen umzuwandeln. Damit ist nicht zu rechnen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat sich in dieser Frage ausdrücklich Freiwilligkeit ausbedungen. Sie hätte nicht einmal die Möglichkeit, einzelne Krankenhausträger zu zwingen. Viele Krankenhäuser werden kaum ein Interesse daran haben, die Stellen umzuwandeln. Dadurch würde die Patientenversorgung durch qualifizierte Ärzte (Ärzte, die sich in Weiterbildung befinden) gefährdet. Die relativ höhere Zahl an Ärzten im Praktikum könnte nicht ausreichend durch qualifizierte Ärzte beaufsichtigt und angeleitet werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen lehnen nach wie vor das Arzt-im-Praktikum-Modell ab. Sie fordern eine Pflicht zur Weiterbildung vor der Zulassung als Kassenarzt, die allein in der Lage wäre, die Patientenversorgung mit qualifizierten Ärzten sicherzustellen. (Siehe Stellungnahme des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen vom 2. Dezember 1983).

Die niedergelassenen Ärzte haben bisher kaum Bereitschaft gezeigt, Arzt-im-Praktikum-Stellen in der erforderlichen Zahl bereitzuhalten. Die in erster Linie betroffenen Allgemeinärzte sind strikte Gegner des Arzt-im-Praktikum-Modells.

Die in der Begründung des Regierungsentwurfs erwähnte Bereitschaft einiger Verbände, „sich mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln dafür einzusetzen“, daß die Voraussetzung für die Praxisphase geschaffen werde, gilt eben nur mit den genannten Einschränkungen. Sie ist daher unter den Bedingungen der Kostenneutralität eher das Gegenteil einer Stellengarantie, nämlich eine unverbindliche Absichtserklärung.

3. Ferner ist völlig ungeklärt, ob sich die Tarifvertragsparteien auf eine Drittelung des Assistenzarztgehaltes einigen. Das aber wird in der Rechnung vorausgesetzt. Entsprechende Gespräche haben mit der Gewerkschaft ÖTV bisher nicht stattgefunden. Es ist kaum vorstellbar, daß sich die Tarifvertragsparteien auf eine Vereinbarung einlassen, die dem Arzt im Praktikum ein monatliches Nettogehalt von nicht mehr als 800,— Mark, knapp über Bafög oder Sozialhilfesatz, beschert, ihm aber im erheblichem Umfang Arbeitsleistung abverlangt.

Die vom Bundesrat inzwischen vorgeschlagene entschärfte Übergangsregelung, zeitweilige Verkürzung der Praxisphase auf 18 Monate, löst die Probleme natürlich auch nicht grundsätzlich. Es wäre dann besser, die bereits jetzt geltende 18-monatige Vorbereitungszeit für die Zulassung als Kassenarzt beizubehalten. Sie enthält dem Studienabsolventen die Approbation als Arzt nicht vor und gewährleistet, für die Niederlassung als Kassenarzt notwendige Erfahrungen zu sammeln. Dies allerdings in einem arbeitsrechtlich gesicherten Status als Arzt.

Zusammengefaßt:

Die Gewerkschaft ÖTV lehnt die vorgesehene zweijährige Praxisphase als Arzt im Praktikum ab, weil

- die praktische Qualifikation der Ärzte gegenüber der geltenden Rechtslage nicht verbessert wird,
- eine ausreichende Zahl von Arzt-im-Praktikum-Stellen nicht zur Verfügung gestellt werden kann,
- die vorgesehene Neuregelung den sozialen und rechtlichen Status der Studienabsolventen massiv verschlechtert.

Als Alternative tritt die Gewerkschaft ÖTV für eine verbindliche Weiterbildung vor der Zulassung als Kassenarzt ein.

Ein erster Schritt in diese Richtung würde sein, den EG-Richtlinienvorschlag für die Weiterbildung zum Allgemeinarzt zu verabschieden und uneingeschränkt anzuwenden. Die von der Bundesärztekammer verfolgten, bei verschiedenen Ärzteverbänden bereits auf Ablehnung gestoßen Bemühungen, für die Arzt-im-Praktikum-Phase eine Ausnahmeregelung bei der EG zu erwirken, lehnt die Gewerkschaft ÖTV strikt ab. Die Erfahrungen als Arzt im Praktikum sind keine vergleichbare Qualifikation zu einer geordneten Weiterbildung als Gebietsarzt.

D. Stellungnahme zum Entwurf einer Fünften Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung (APPO) im einzelnen

Im Paragraph 1 APPO wird erstmals ein Ausbildungsziel formuliert. Das begrüßt die Gewerkschaft ÖTV grundsätzlich.

Eine „praxis- und patientenbezogene“ qualifizierte Ausbildung ist aber ohne entsprechende Rahmenbedingungen schwer

vorstellbar. Eine „eigenverantwortliche“ und „selbständige“ Ausübung des Berufs ist unserer Auffassung nach erst nach Studium und entsprechender Pflichtweiterbildung im Sinne der „Vorschläge und Forderungen der Gewerkschaft ÖTV zur ärztlichen Fort- und Weiterbildung in der Bundesrepublik Deutschland“ möglich.

Mit der zweijährigen Tätigkeit als „Arzt im Praktikum“ wird die praktische Qualifikation nicht wesentlich verbessert. Eine im Verhältnis zu den Praktikanten sinnvolle Zahl von qualifizierten Ärzten ist nicht gewährleistet. Vielmehr steht sich eine sprunghaft erhöhende Zahl von Praktikanten einer geringer werdenden Zahl von Assistenzarztstellen gegenüber.

Zu begrüßen ist die Begrenzung der Studentenzahl „beim Unterricht am Krankenbett“ bei praktischen Übungen (Paragraph 2). Diese Begrenzung ist zum Schutze der Patienten sinnvoll und notwendig. Sie verweist aber zugleich auch auf die Notwendigkeit, eine Anleitung am Krankenbett während der Praktikumszeit sicherzustellen (Paragraph 3 Absatz 4 Satz 3).

Zusätzliche mündliche Prüfungen (Paragraphen 13, 22 und 23 a) ohne Wegfall des entsprechenden Fachs in der schriftlichen Prüfung sind von uns wiederholt abgelehnt worden. Die Prüflinge werden zusätzlich belastet, ohne daß die Ausbildung verbessert wird.

Die Reduzierung der Wiederholungsmöglichkeit bei nicht bestandener Prüfung von zweimal auf einmal (Paragraph 20), bedeutet eine unbegründete Verschlechterung, vor allem Studenten in fortgeschrittenen Studienabschnitten würde das besonders hart treffen, wird daher von der Gewerkschaft ÖTV abgelehnt.

Die Erweiterung der mündlich-praktischen Prüfung im dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung (Paragraph 33) bei gleichzeitigem Fortfall des schriftlichen Teils (Paragraphen 31 und 32), wird ausdrücklich begrüßt.

Die Möglichkeit, das Praktikum in der Praxis des niedergelassenen Arztes zu leisten, sowie praktische Tätigkeit im betriebsärztlichen Dienst und im öffentlichen Gesundheitsdienst anzurechnen, ist ebenso begrüßenswert. Es ist allerdings nicht davon auszugehen, daß jeder niedergelassene Arzt die fachliche und pädagogische Qualifikation besitzt, den „Arzt im Praktikum“ auszubilden und anzuleiten. Nur das aber würde ein Prakti-

kum, das über „Erfahrungen sammeln“ hinausgeht, sinnvoll machen (Paragraph 34 a).

Auf ein Curriculum, in dem die didaktische und methodische Art über den Ablauf des Praktikums festgelegt wird, wurde verzichtet.

Die „jährlich mindestens vier Aus- oder Fortbildungsveranstaltungen“ stehen nicht im Zusammenhang mit der praktischen Tätigkeit. Sie „sollen“ sich relativ unverbindlich mit der „Erörterung von häufig vorkommenden Krankheitsfällen und deren Behandlung, allgemein medizinischen Fragestellungen, Fragen der ärztlichen Berufsethik und des Arzt-Patientenverhältnisses“ sowie mit „Fragen der Wirtschaftlichkeit und Kostenrelevanz im Gesundheitswesen“ beschäftigen. Die Tatsache, daß auch „die von den ärztlichen Standesorganisationen oder anderen Stellen“ angebotenen Veranstaltungen als Ausbildungsveranstaltung anerkannt werden sollen, ohne daß hierfür inhaltliche oder fachliche Kriterien angeführt werden, muß nicht unbedingt zu einer besseren Qualität der Ausbildung beitragen (Paragraph 34 a Absatz 2).

Die Einschränkung des Jahresurlaubs auf vier Wochen weist die Gewerkschaft ÖTV als Eingriff in die Tarifautonomie ausdrücklich zurück (Paragraph 34 c Absatz 3). Er wird bereits heute durch tarifvertragliche Regelungen vielfach überschritten. Es ist auch kein Grund ersichtlich, Ärzte im Praktikum schlechter zu stellen als andere Beschäftigte mit gleicher oder vergleichbarer Tätigkeit.

Auch die Beschränkung einer Unterbrechung des Praktikums wegen Krankheit oder Schwangerschaft auf vier Wochen entbehrt jeglicher sachlichen Grundlage. Da nach diesem Entwurf einer APPO das Sammeln von Erfahrungen im Vordergrund steht, ist eine Fehlzeitenregelung völlig unangebracht. Der Absatz 3 des Paragraphen 34 c ist ersatzlos zu streichen!

Zusätzliche Praktika in „Einführung in die Medizin“ (Anlage 1 zu Paragraph 2 Absatz 2 Satz 2), „Anästhesie und Wiederbelebung“ und „Sportmedizin“ (Anlage 2 zu Paragraph 2 Absatz 1 Satz 2) ist ohne gleichzeitigen Wegfall von Praktika entsprechender Stundenzahl nicht sinnvoll. Schon jetzt ist der Stundenplan überladen. Zudem fehlen für das erst- sowie das letztgenannte Praktikum an allen Hochschulen die Lehrkapazitäten. Das zweitgenannte Praktikum könnte von anästhesiologischen Instituten ohne personellen Mehrbedarf angeboten werden.

Zoff an der Hebammenschule

Aufnahmestopp am Klinikum Gießen

Hebammen werden gebraucht, aber die Ausbildungsplätze gestrichen. Die Betroffenen am Klinikum in Gießen ließen sich das nicht gefallen.

Zwei Hände halten schützend ein Kind. Eine so gestaltete Bronze-Brosche mit der Umschrift »Hebammenlehranstalt der Justus-Liebig-Universität Gießen« ist gleichsam das »Markenzeichen« der am Gießener Uni-Klinikum ausgebildeten Hebammen. Dieses rührende Schmuckstück wird in Zukunft jedoch Seltenheitswert haben. Denn der Klinikumsvorstand hat entschieden: 20 Ausbildungsplätze an der Hebammenschule werden nicht, wie vorgesehen, am 1. Oktober d.J., sondern erst nächstes Jahr wieder besetzt. Eine Entscheidung, die angesichts von derzeit ca. 85.000 ausbildungs- und arbeitsplatzsuchenden Jugendlichen in Hessen, dem nach wie vor großen Bedarf an ausgebildeten Hebammen und nicht zuletzt der vorliegenden 1300 Bewerbungen aus dem gesamten Bundesgebiet, nur als skandalös zu bezeichnen ist. »Ich bin wahnsinnig enttäuscht und stinksauer«, meint denn auch Susanne Vorländer, eine der Bewerberinnen. »Gießen war für mich das letzte Eisen im Feuer. Seit drei Jahren bemühte ich mich im ganzen Bundesgebiet um einen Ausbildungsplatz, bis heute allerdings vergeblich. Die Schulen sind voll. Bewerben sie sich doch 1987 wieder, habe ich mehr als einmal zu hören bekommen. Dabei weiß ich, daß Hebammen überall gesucht werden.«

Der Mangel an ausgebildeten Hebammen war bereits 1982 einer der maßgeblichen Gründe dafür, daß am Gießener Uni-Klinikum, neben Marburg, die zweite Hebammenschule in Hessen eingerichtet wurde. Pro Jahr sollten 20 Hebammen ausgebildet werden; die Gesamtkapazität der Schule umfaßt 60 Ausbildungsplätze. Doch bereits die Auszubildenden des ersten Kurses wurden mit erheblichen Schwierigkeiten konfrontiert: In viel zu kleinen und ungeeigneten Räumen unterrichtet, nur von einer

einzigsten Lehrhebamme in Theorie und Praxis betreut, mußten sie auch noch, wegen insgesamt rückläufiger Geburtenzahlen in der Gießener Frauenklinik, um das Erreichen der ihnen durch die Ausbildungs- und Prüfungsordnung vorgeschriebenen Anzahl selbständig durchgeführter Dammschütze bangen. Diese Schwierigkeiten wurden umso größer, als im Februar d.J. der zweite Ausbildungskurs begann. Eigentlich hätte dies schon im Oktober 1983 der Fall sein sollen, doch fehlte damals die zweite Lehrhebamme.

Gegen diese unzulängliche Ausbildungssituation protestierten die Hebammenschülerinnen in mehreren Schreiben an den Direktor der Hebammenschule, die Zentralpflegedienstleitung und den Verwaltungsdirektor des Gießener Uni-Klinikum sowie den hessischen Sozial- und Kultusminister. Doch die Verantwortlichen unternahmen nichts. Im Gegenteil, auf eine kleine Anfrage von drei SPD-Abgeordneten im Hessischen Landtag tat Kultusminister Krollmann noch im Februar d.J. die Unzulänglichkeiten der Hebammenausbildung in Gießen als »geringfügig« ab.

»Wenn sich der Klinikumsvorstand heute darauf beruft, daß sich der neue Ausbildungskurs wegen angeblicher personeller und organisatorischer Schwierigkeiten nicht realisieren lasse«, so

Brigitte Nink-Grebe, Vorsitzende der Hauptjugendvertretung, »dann ist das der Gipfel an Zynismus. Die Probleme der Hebammenausbildung sind dem Klinikumsvorstand seit geraumer Zeit bekannt. Bereits im vergangenen Jahr haben die ÖTV-Vertrauensleute, Jugendvertreter und Personalratsmitglieder Vorschläge zur Behebung der desolaten Situation gemacht. Zum einen: die bauliche Erweiterung von Unterrichtsräumen in der Frauenklinik. Zum anderen: die Schaffung von Externatsplätzen der Justus-Liebig-Universität sowie den beiden konfessionellen Krankenhäusern in Gießen durch den Abschluß entsprechender Verträge. Es wird allerhöchste Zeit, daß der Klinikumsvorstand endlich seiner Fürsorgepflicht gegenüber den arbeitslosen und ausbildungsplatzsuchenden Jugendlichen gerecht wird. Mit Bonner Praktiken bezüglich Lehrstellenversprechen ist uns in Gießen ebenso wenig geholfen wie anderswo.« Und Susanne Vorländer ergänzt: »Ich habe mich hier in Gießen ja eigentlich nicht beworben, um Zoff zu machen. Ich wollte endlich einen Ausbildungsplatz für meinen Wunschberuf, aber bei der Haltung des Klinikumsvorstandes bin ich als Betroffene nach drei Jahren erfolgloser Bewerbungen nicht mehr bereit, den Mauschkram mitzumachen. Wenn wir nicht Druck machen, dann läuft doch gar nichts.«

Und es wurde Druck gemacht: Am 1. und 16. Oktober d.J. führten Betroffene, ÖTV-Vertrauensleute, Jugendvertreter und Personalratsmitglieder, unterstützt von Kolleginnen und Kollegen des örtlichen DGB-Kreisjugendausschusses, im Uni-Klinikum Protestaktionen durch. Jürgen Schäfer, Vorsitzender der ÖTV-Vertrauensleute, dazu: »Als Gewerkschafter unterstützen wir die Hebammenschülerinnen in ihren Belangen voll und ganz. Insbesondere das Engagement derer, die jetzt um ihren Ausbildungsplatz gebracht werden, zeigt doch, daß an der Meinungsmache bestimmter politischer Kreise, die Jugendlichen würden sich nur halbherzig um Ausbildungsplätze bemühen, absolut nichts dran ist. Vom Klinikumsvorstand fordern wir:

- sofortige Besetzung der 20 Ausbildungsplätze;
- Sicherung der Ausbildungsqualität durch die Schaffung von Externatsplätzen;
- Schaffung von geeigneten Räumlichkeiten für den Unterricht;
- Fortbildungsmöglichkeiten für die in der Ausbildung tätigen Hebammen;
- Fahrtkostenübernahme für die Auszubildenden beim externen Einsatz und damit verbunden
- Klärung aller versicherungstechnischer Fragen im Interesse der Auszubildenden.«

Die Protestaktionen, aber auch das Einbeziehen von ÖTV, örtlichen und Hauptpersonalrat haben zwischenzeitlich immerhin bewirkt, daß der Klinikumsvorstand von zuständiger Seite in der Landeshauptstadt Wiesbaden aufgefordert wurde, die 20 Ausbildungsplätze an der Gießener Hebammenschule unverzüglich, spätestens jedoch zum 1. April 1985 zu besetzen.

Georg Diederichs

Klinikum Gießen:
Hebammenausbildung gedrosselt

Foto: Gernot Linhardt



Aktion fünf Prozent

Weihnachtsgeld für Nicaragua

Hiermit fordern wir alle dg-Leser auf, sich an der Aktion fünf Prozent zu beteiligen. Um eine echte Solidarität mit dem Volk von Nicaragua unter Beweis zu stellen, bitten wir alle unsere Leser, fünf Prozent ihres Weihnachtsgeldes auf das unten angegebene Konto zu überweisen. Medico International stellt im folgenden Artikel das Gesundheitsprojekt am Rio San Juan in Nicaragua vor, in welches unsere Spenden fließen sollen.



alle Fotos: medico international

Das Departement Rio San Juan liegt an der Grenze zu Costa Rica im Südosten Nicaraguas. In dem Gebiet mit der etwa vierfachen Größe des Saarlandes leben aber nur 35000 Menschen. Zugleich fällt hier der meiste Regen, im Jahresdurchschnitt bis zu 6300 Millimeter (im Vergleich BRD: 550 Millimeter) und macht die Region während der Regenzeit von Mai bis November unpassierbar. Viele Bewohner sind von der Außenwelt abgeschnitten, die Wege werden zu glitschigen aufgewühlten Pfaden, auf denen man oft bis zu den Knien im Schlamm versinkt. Der Bau von Allwetterstraßen liegt noch in den Anfängen, oft gelingt es noch nicht einmal, die erste Ernte des Jahres zum Markt zu bringen. Fast die Hälfte geht so verloren, da bei den mangelhaften Lagerungsmöglichkeiten in den Hütten der Campesinos vieles bis zur Trockenzeit verfault.

Schon zu Beginn unseres Jahrhunderts wurde die Entwicklung einer Infrastruktur planmäßig verhindert: Im Jahre 1904 kam es zum Abschluß des Chamorro-Byron-Vertrags, welcher den Nordamerikanern das Vorrecht eines Kanalbaues einräumte, um den Nicaragua-See mit dem Atlantik zu verbinden.

Dieser Vertrag hatte den einzigen Zweck, die Konkurrenz zum entstehenden Panamakanal auszuschalten. In den fünfziger Jahren verlor der Rio San Juan und damit das Departemento nochmals an Bedeutung, als die Straße von Managua nach Rama gebaut wurde, um damit einen Zugang über den Rio Escandido zum Atlantikhafen Bluefields zu erhalten. In der Somozazeit verschärfte sich die Lage noch, da jede Maßnahmen zur Weiterentwicklung von Infrastruktur, Produktion oder Dienstleistung bis auf wenige Ausnahmen unterblieben und lediglich die Holzschlagrechte an US-amerikanische Firmen weitergegeben wurden. Dagegen war die Analphabetenquote und die Kindersterblichkeitsrate die höchste in ganz Nicaragua. Die sind in aller Kürze die wesentlichsten Gründe, welche den katastrophalen Entwicklungsrückstand dieser Gegend erklären.

Erste Veränderungen

Um nun die Lebensbedingungen in den besonders unterentwickelten Gebieten zu verbessern, hat die Regierungsjunta 1982 begonnen, für die betroffenen Regionen spezielle regionale Entwicklungsplanung durchzu-

führen. Für das Gebiet Rio San Juan heißt das vor allem der Bau von Schulen, Straßen, kommunalen Einrichtungen und der Intensivierung der landwirtschaftlichen Produktion. Durch die Aktionen der ARDE-Söldner

um E. Pastora hat die gesamte Region eine tiefe Umstrukturierung erfahren. Die früher in einzelnen weit verstreuten Gehöfte lebenden Menschen haben sich in mehreren Neuansiedlungen niedergelassen. Dies war not-

Kind im Hospital San Carlos



wendig, um einerseits den Schutz der Landbevölkerung zu garantieren, zum anderen kann nur so Grundsätzliches zur Verbesserung der Lebensumstände getan werden. Schulen, Gemeindezentren und Gesundheitsposten können sinnvoll nicht gebaut werden, wenn die Siedler im Umkreis von Hunderten von Quadratkilometern verstreut leben.

Gesundheits-einrichtungen

Die Bausubstanz und die Ausrüstungen der zur Zeit bestehenden Gesundheitseinrichtungen sind alle in einem schlechten Zustand. Das Hospital, welches vor 20 Jahren aus Fertigbauteilen errichtet wurde, ist völlig verfallen und entspricht keineswegs mehr den Anforderungen eines ländlichen Krankenhauses. Im August 1982 wurde vom Gesundheitsministerium die Bitte an Medico International herangetragen, sich planerisch und finanziell am Aufbau der neuen Gesundheitsstruktur am Rio San Juan zu beteiligen.

Wir hatten schon in den drei Jahren davor in der Nordregion den Aufbau einer Gesundheitsversorgung mit unterstützt und so notwendige Erfahrungen sammeln können.

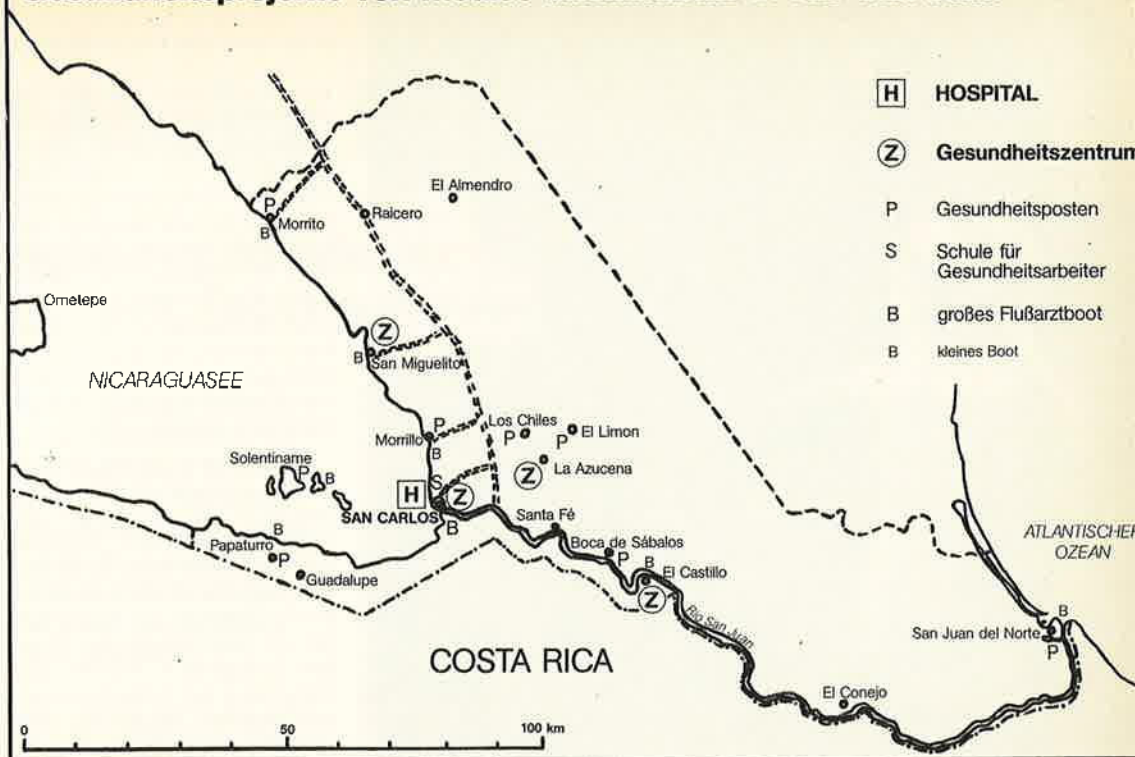
Seither ist schon einiges geschehen: Der Ausbau einer Kommunikationsstruktur, die Renovierung verschiedener Gesundheitszentren, die Errichtung einiger Einfachwohnungen für med. Personal sind inzwischen abgeschlossen. Die medizinisch-technischen Ausrüstungen für drei Gesundheitszentren sind inzwischen eingetroffen und verbessern die Situation erheblich. Von den geplanten 12 Flußbooten konnten inzwischen drei angeschafft werden.

Das Hospital in San Carlos

Das wichtigste und größte Projekt der nächsten Zeit aber wird der Neubau des Krankenhauses sein. Wie schon angedeutet, ist eine Renovierung nicht mehr möglich. Das neue Haus wird wieder in San Carlos gebaut werden. Der Ort ist die »Hauptstadt« der Region mit — trotz aller Mängel — den besten Verkehrsbedingungen.

Angelehnt an den Empfehlungen der WHO hat Nicaragua ein dreigliedriges, dezentrales und auf die Primärversorgung hin orientiertes Gesundheitssystem aufgebaut. Darin stellt das Regionalkrankenhaus Bindeglied zwischen Gesundheitsposten und -zentren einerseits und

Gesundheitsprojekte von medico international in Rio San Juan



den spezialisierten Krankenhäusern in den Städten andererseits dar. Aus Gründen der Kosteneffektivität sollen die Patienten zunächst Gesundheitsposten oder -zentren aufsuchen. Erst wenn in diesen Einrichtungen nicht ausreichend behandelt werden kann, soll die Überweisung in das nächst gelegene Regionalkrankenhaus erfolgen. Das neue Haus in San Carlos soll diese Funktion übernehmen. Dieses »Krankenhaus der Grundversorgung« wird eine Versorgung im allgemeinmedizinischen, chirurgischen, gynäkologisch-geburtshilflichen und pädiatrischen Bereich gewährleisten. Ein klinisches Labor und eine Röntgeneinrichtung werden die Voraussetzungen für ausreichende Diagnostik schaffen. Für den Anfang sind 70 Betten geplant, mit einem möglichen Ausbau bis zu 150 Betten. Errichtet wird das Haus in einer Modulbauweise, das heißt es besteht aus mehreren, funktional zugeordneten, einzelnen Gebäuden. Das hat folgende Vorteile:

Einstöckige, kleine Gebäude sind einfacher zu bauen. Die Anpassung an die gegebenen topographischen und klimatischen Bedingungen sind einfacher möglich. Erweiterungen können leichter durchgeführt werden. Die Standardisierung der einzelnen Gebäude senkt die Kosten. Ein sehr wichtiger Punkt: Die einheimischen Handwerker können an den Gebäuden leichter arbeiten. Die meisten Häuser der Gegend sind aus Holz, und das Krankenhaus soll so weit wie möglich ebenfalls aus Holz gebaut werden. In dem walddreichen Gebiet gibt es zwar genug Rohstoff, doch fehlten bisher die Maschinen für eine Weiterverarbeitung. Dies bedingte ei-

Flüchtlinge aus dem Grenzgebiet am Rio San Juan im Umsiedlungslager





nen chronischen Mangel an Baumaterialien. In San Miguelito entsteht jetzt aus der Zusammenarbeit von Dritte-Welt-Gruppen, Solidaritätsgruppen, Gewerkschaftsgliederungen und Kirchengliederungen ein Sägewerk im Wert von über 200 000 Mark. Ein Beispiel, wie umfassend die Strukturplanung angelegt sein muß, damit die Voraussetzungen zur Verwirklichung von Vorhaben in ganz anderen Bereichen möglich wird.

Die Planung des Neubaus in San Carlos wird nun mit allen Beteiligten durchgeführt, das heißt auch mit dem Personal und den zukünftigen Patienten. Beispielsweise wird als eines der ersten Gebäude die Wohnhütte für die Angehörigen der Kranken fertiggestellt werden. Die Umsetzung der Vorgaben in einen Bauplan übernimmt eine spezielle Abteilung im nicaraguanischen Bauministerium. Die Kosten inklusive Einrichtung werden vermutlich 2,5 Millionen Mark betragen.

Der Baubeginn wird vermutlich im Frühjahr 1985 sein, die Fertigstellung Anfang 1987. Die

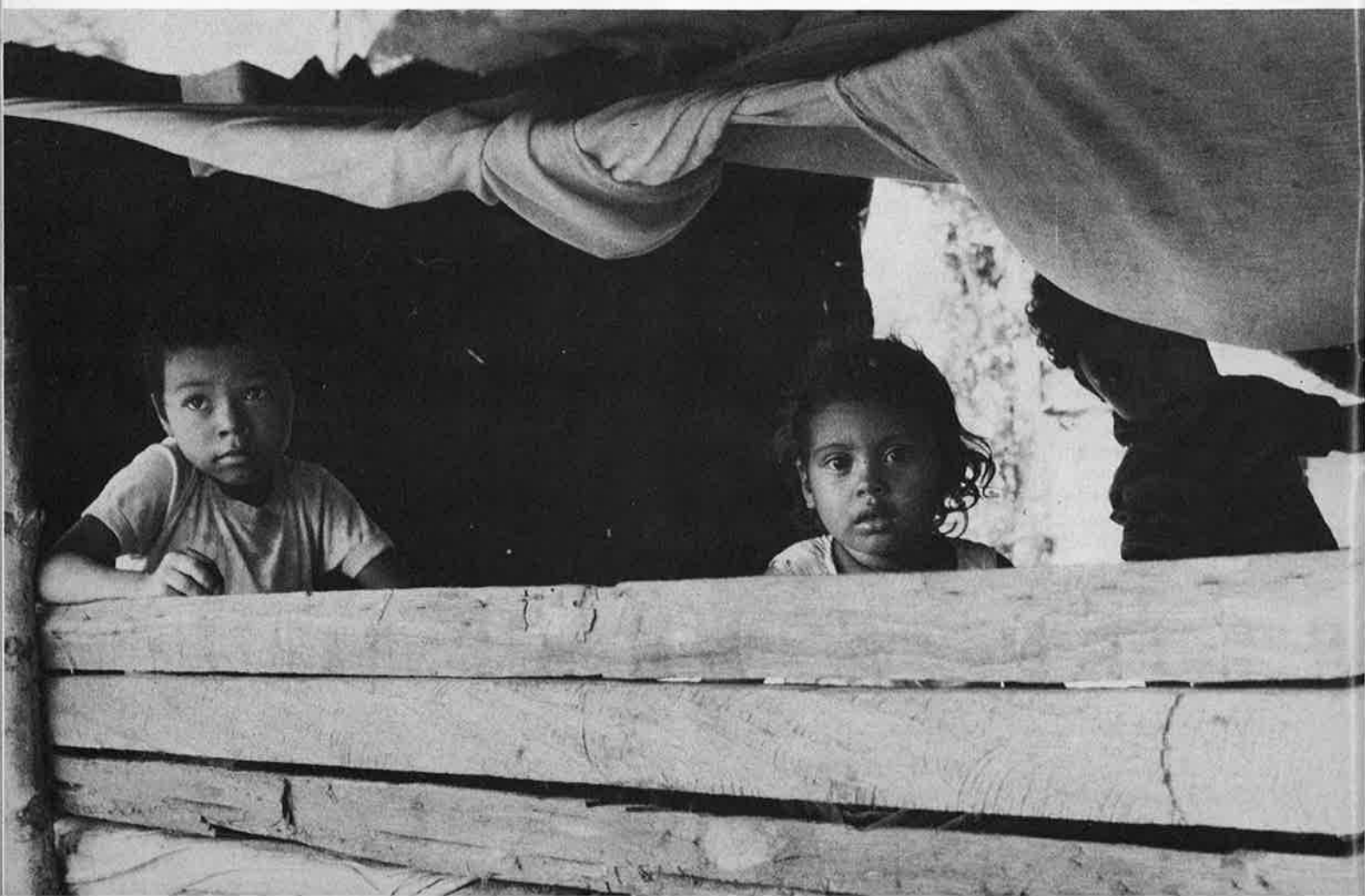
Reihenfolge im Bauablauf wird so festgelegt, daß noch vor Fertigstellung des ganzen Krankenhauses schon einzelne Gebäude nutzbar sein werden.

Wir beabsichtigen in lockerer Folge vom Fortgange der Entwicklungsprojekte am Rio San Juan zu berichten, um anhand eines konkreten Beispiels das Wesen eines auf Prävention ausgerichteten Gesundheitswesens darzustellen. Dies beinhaltet auch die Darstellung der Widersprüche, von unterschiedlichen Auffassungen über Entwicklungshilfe, unter anderem über das Ziel, zu dem »hinentwickelt« werden soll.

Das Beispiel Nicaragua muß als konkrete Hoffnung zur Lösung der Nöte in der »Dritten Welt« erhalten bleiben. Dazu fordern wir euch auf, mitzuhelfen.

Medico International
Hanauer Landstr. 147-149
6000 Frankfurt 1
Telefon 069/490350
Spendenkonto: Nr. 1800,
Stadtparkasse Ffm,
BLZ 50050102

Krankenhausküche
in San Carlos



... der Mohr kann gehen

Ärzte aus Entwicklungsländern: vor Jahren geheuert, jetzt gefeuert

Weitgehend reibungslos vollzieht sich der Exodus von hundertausenenden Türken, die bei steigender Arbeitslosigkeit nicht mehr gebraucht werden. Dieser »Selbstreinigungsmechanismus der freien Marktwirtschaft« funktioniert unter anderen Bedingungen auch im Gesundheitswesen. Längst sind die meisten koreanische Schwestern wieder aus deutschen Krankenhäusern verschwunden. Auch für viele der ausländischen Ärzte hat sich die Situation gewandelt.

Der 29jährige Türke Hasan Acarlioglu ist einer der wenigen, dessen Fall auch die Presse beschäftigte. Mit achtzehn Jahren holte sein Vater, der als Maurer bei einer Baufirma arbeitete, ihn und die Familie in die Bundesrepublik. In der Türkei hatte er bereits das Abitur gemacht. Nachdem er zwei Jahre als Hilfsarbeiter gejobbt hatte, holte er am Studienkolleg Bonn sein deutsches Abitur nach und begann anschließend das Medizinstudium. Nach Abschluß des Studiums fingen für ihn die Probleme an. Trotz unbefristeter Aufenthaltserlaubnis darf er in der Bundesrepublik nach Anweisung des Kölner Regierungspräsidenten Antwerpes nicht arbeiten. Das Verwaltungsgericht in Köln bestätigte dieses Berufsverbot. Hasan, der bis zum Gerichtsentscheid am Siegburger Krankenhaus gearbeitet hatte, mußte die Stelle zum Bedauern seiner Arbeitgeber aufgeben. Jetzt jobbt er in einer türkischen Videothek in Siegburg.

Lücken der Berufsordnung

Grundlage des Vorgehens der Landesbehörden ist der § 10 Abs. 3 der Bundesärzteordnung (BAO), der die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des Arztberufs regelt:

»Eine Erlaubnis darf ausnahmsweise über die in Absatz 2 genannten Zeiträume hinaus verlängert werden, wenn es im Interesse der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung liegt oder wenn der Antragssteller asylberechtigt ist. Im Interesse der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung liegt die Tätigkeit ausländischer Ärzte aus Entwicklungsländern, und hierzu wird auch die Türkei gezählt, schon lange nicht mehr.«

Mit schöner Offenheit präzisiert der Regierungspräsident Arnsberg in einem Rundschreiben vom 26.7.1981 die Richtlinien der Behörden. Er will auch dann keine Ausnahmen zulassen, wenn ein Krankenhaus auf eine bestehende Unterversorgung hinweist. Den Nachweis hält er erst dann für erbracht, »wenn sich auf Stellenanzeigen kein Arzt gemeldet hat und die Zentralstelle für Arbeitsvermittlung in Frankfurt auf eine entsprechende Anfrage keinen Bewerber nennen konnte.« Ähnlich restriktive Bedingungen werden an die Erteilung einer Berufserlaubnis nach Abschluß der Weiterbildung geknüpft. Nach den Erfahrungen des Frankfurter Rechtsanwalts Dr. Hans-Heinz Heltmann wird seit etwa drei Jahren ausländischen Ärzten die Berufserlaubnis versagt, die vor acht, neun oder zehn Jahren in die Bundesrepublik geholt wurden, um die Notstände in der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung zu überbrücken. Die Maßnahmen treffen somit nicht nur Berufsangehörige.

● Die jugoslawische Fachärztin S., nach neunzehnjährigen Jahren Klinikarbeit in der Bundesrepublik seit einem Jahr arbeitslos, trotz Aufenthaltsberechtigung und unbeschränkter Arbeitserlaubnis. —

● Der afghanische Facharzt K. ist nach neunjähriger Klinikfähigkeit trotz Bleiberechts arbeitslos; seine beiden Kinder gehen seit sieben bzw. fünf Jahren hier zur Schule. — Die Beispiele ließen sich beliebig verlängern. Gemeinsam ist allen, daß sie im Gegensatz zu Studenten oder Ärzten aus den Ländern, mit denen ein Austausch geregelt ist, nicht mit der Absicht in die Bundesrepublik gekommen sind, unmittelbar nach Abschluß ihrer Ausbildung wieder zurückzukehren.



Hasan Acarlioglu: Videothek statt Krankenhaus

Die Bundesärzteordnung grundgesetzwidrig?

Durch die restriktive Handhabung der Berufsausübungserlaubnis, die selbst bei langjähriger Arztstätigkeit in der Bundesrepublik die Jahre der Facharztweiterbildung nicht berücksichtigt, gerät der ausländische Arzt in einen Teufelskreis: Wenn nämlich seine Aufenthaltserlaubnis und seine Arbeitserlaubnis an dem Bestand der Berufsausübungserlaubnis geknüpft worden sind, Das Arbeitsamt verweigert ihnen dann wegen fehlender Arbeitserlaubnis das Arbeitslosengeld, weil er dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehe. Die Ausländerbehörde verweigert ihm die Verlängerung seiner Aufenthaltserlaubnis, weil diese nur beschränkt gewesen sei für eine vorübergehende Arztstätigkeit und dieser Aufenthaltswitz beendet sei.

An dieser Situation dürfte auch die von der Bundesregierung geplante Änderung der Bundesärzteordnung nicht rütteln.

In § 10 Absatz 3 wurden lediglich die Flüchtlinge, die im Rahmen humanitärer Hilfsaktionen aufgenommen wurden und Ausländer, die mit Deutschen ver-

heiratet sind bzw. Elternteil eines minderjährigen Deutschen sind, berücksichtigt. Rechtsanwalt Heltmann vertritt die Meinung, daß ein dauerhaftes Berufsverbot für Ärzte aus Entwicklungsländern den Artikeln 2 und 3 des Grundgesetzes widerspricht. Hierbei handelt es sich um das Menschenrecht auf freie Persönlichkeitsentfaltung und auf Gleichbehandlung. Die Verpflichtung, die Berufsausübung von Staatenlosen und Flüchtlingen zuzulassen, ergibt sich zudem aus Artikel 19 der Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 und dem Übereinkommen über die Rechtsstellung der Staatenlosen von 1977: »Jeder Vertragsstaat gewährt den staatenlosen Inhabern eines von seinen zuständigen Behörden anerkannten Diploms, die sich rechtmäßig in seinem Hoheitsgebiet aufhalten und einen freien Beruf ausüben wünschen, eine möglichst günstige und jedenfalls nicht weniger günstige Behandlung, als Ausländern allgemein unter den gleichen Umständen gewährt wird.«

Ziel seiner Initiative, die von der Arbeitsgemeinschaft der Liste Demokratischer Ärzte unterstützt wird, ist es, durch Änderung der Bundesärzteordnung auch diesen Ärzten und Ärztinnen Gerechtigkeit widerfahren zu lassen. Andernfalls denkt er daran, diese Verwaltungspraxis dem Bundesverfassungsgericht vorzutragen. Gregor Weinrich

Nicht mißhandeln

Eine Ausstellung über die Geschichte des Krankenhauses Moabit in Berlin



Krankenwagen vor dem Eingang
zur Rettungsstelle

»Nicht mißhandeln« ist der Titel einer vielbeachteten Ausstellung über die Geschichte des Krankenhauses Moabit, die im November im Haus am Lützowplatz in Berlin stattfand.

Das Krankenhaus Moabit war ein durchschnittliches Krankenhaus wie viele andere auch, bis es 1920 zur Universitätsklinik erhoben wurde. Damit wurde es nach der Charité zur bedeutendsten Klinik Berlins. In den zwanziger bis Anfang der dreißiger Jahre erlebte das Krankenhaus Moabit eine Blütezeit, es wurde zu einer einzigartigen kreativen Stätte von Forschung, Lehre und Krankenbehandlung.

Maßgeblichen Anteil daran hatte Geheimrat Prof. Georg Klemperer, Leiter der I. Inneren Abteilung von 1909 bis 1933. Aus einer liberalen jüdischen Familie stammend, studierte er zuletzt in Berlin, wo er sich 1889 bei seinem Lehrer Ernst von Leyden habilitierte.

Sein Gebrauch von Suggestion und Hypnose zur Behandlung verschiedener internistischer Erkrankungen läßt ihn als einen der Urväter der psychosomatischen Medizin erscheinen.

Das Krankenhaus Moabit, gelegen inmitten eines proletarischen Viertels, brachte eine Reihe sozial engagierter Ärzte hervor. Zu diesen gehört Ernst Haase, ein Schüler Klemperers, der sich der Suchtkrankenbehandlung widmete. Er setzte der Zwangsbehandlung in geschlossenen Anstalten ein Konzept der offenen stationären Behandlung entgegen, dessen Fortschrittlichkeit man noch heute hinterherzulaufen scheint. Kurt Goldstein leitete von 1930 bis 1933 die neugegründete Neurologische Ab-

teilung. Er entwickelte einen psychosomatisch-neurologischen Ansatz innerhalb der Neurologie, der durch den Nationalsozialismus in Vergessenheit geriet und bis heute keine seiner Bedeutung entsprechende Würdigung und Weiterentwicklung erfahren hat. Lilly Ehrenfried als Fürsorgeärztin des Bezirksamtes Prenzlauer Berg und Hertha Nathorff-Einstein als Leiterin der Ehe- und Familienberatungsstelle des Krankenhauses Moabit waren Ärztinnen, die sich auf dem Gebiet der Geburtenkontrolle und Sexualreform engagierten. Zu einer Zeit, in der in Deutschland 40 000 Frauen jährlich an den Folgen illegaler Schwangerschaftsabbrüche starben, richtete Lilly Ehrenfried eine »Ehe- und Sexualberatungsstelle« ein, in der sie über Geburtenkontrolle aufklärte und kostenlose Verhütungsmittel verteilte.

Erwähnt sei hier noch Lydia Rabinowitsch-Kemper, Schülerin Robert Kochs, die mit ihren Arbeiten über die Infektiosität der Milch tuberkulöser Kühe Weltruhm erwarb und 1912 als erste Frau Preußens von Wilhelm II. den Professorentitel verliehen bekam. Ab 1920 war sie Leiterin des Bakteriologischen Instituts am Krankenhaus Moabit.

Ein jähes Ende erlebte die Blütezeit des Krankenhauses durch die Machtübernahme der Nationalsozialisten. Innerhalb weniger Monate waren alle jüdischen und linken Ärzte aus dem Krankenhaus vertrieben. 30 von insgesamt 47 Ärzten mußten ihren Platz räumen. Nicht besser erging es den zu SPD, KPD, Arbeiter-Samariter-Bund oder zur Gewerkschaft gehörigen Schwe-

stern, MTA's und Küchenfrauen. Die Positionen der entlassenen Ärzte wurden zumeist von SS- oder SA-Ärzten eingenommen, welche die Klinik innerhalb kürzester Zeit zugrunde richteten. Ein Klima von Angst, Einschüchterung und Bespitzelung wurde geschaffen. Es war die Blütezeit für Sadisten vom Typ des SS-Arztes und Oberarztes der Chirurgischen Abteilung Dr. Kurt Strauß. Der Chefarzt der Chirurgischen Abteilung, Prof. Erwin Gohrbandt, tat sich hervor durch die Propagierung und bereitwillige Durchführung der operativen Zwangssterilisation, wohingegen der Chefarzt der Radiologischen Abteilung Prof. Karl Frik die Unfruchtbarmachung durch Röntgenstrahlung betrieb. Dr. Kipp, Leiter der Neurologischen Abteilung, war Antragsteller und Verfasser zahlreicher Gutachten zur Zwangssterilisation. Ohne selbst an den Unterkühlungsversuchen an den Insassen des KZ Dachau beteiligt zu sein, propagierte Gohrbandt jedoch deren Ergebnisse in offensichtlicher Billigung der Versuche als seriöse Wissenschaft im Zentralblatt für Chirurgie.

Es gab aber auch Nazigeegner in der Klinik. MTA's, Doktoranden und Ärzte bildeten einen antifaschistischen Zirkel. Darunter befand sich Kurt Groscurth, der seit 1934 in Moabit arbeitete und 1939 Oberarzt der I. Inneren Abteilung wurde. Zusammen mit Robert Havemann, Paul Rentsch und Herbert Richter-Luckian bildete er eine Widerstandsgruppe, die als »Europäische Union« in die Geschichte einging. Zu ihrer Arbeit gehörte das Verstecken von Juden und politisch Verfolgten, Kon-



Prof. Georg Klemperer

taktaufnahme zu den illegalen Gruppen der Zwangsarbeiter, Weitergabe der von prominenten Nazi-Patienten erlangten Informationen. Im September 1943 flog die Gruppe auf, Groscurth, Havemann und eine Reihe weiterer Mitglieder wurden verhaftet. Der Volksgerichtshof unter Freisler verurteilte sie zum Tode; Groscurth, Rentsch und Richter-Luckian wurden am 8. Mai 1944 hingerichtet, weil ihm einflußreiche Fürsprecher »kriegswichtige Forschung« attestierten.

Ausstellung und Katalog sind in erster Linie das Werk von Christian Pross, seit 1975 Arzt in Moabit. Neugierig gemacht durch ein Photo in der Bibliothek des Krankenhauses, das den bis dahin weitgehend in Vergessenheit geratenen Kurt Groscurth darstellte, begann er sich der Geschichte des Krankenhauses zu widmen. In über zweijähriger Arbeit unter Einbeziehung zahlreicher noch lebender Zeitzeugen in aller Welt ist ihm ein außerordentlich lebendiges, rundum gelungenes Porträt dieses ungewöhnlichen Krankenhauses gelungen.

Katalog zur Ausstellung:
»nicht mißhandeln«
Das Krankenhaus Moabit
1920-1933, 1933-1945
 Herausgegeben von
Christian Pross und Rolf Winau
 Edition Hentrich
 im Verlag Frölich u. Kaufmann
 1984, DM 29,80

Da die Konzeption der Ausstellung die einer Wanderausstellung ist, können Kontakte diesbezüglich erfolgen über: Christian Pross, Thomasiusstraße 6, 1000 Berlin 21

David Klemperer



Dr. Lilly Ehrenfried als Krankenschwester



MTA Ilse Kunze



Prof. Borchardt (vorne links) bei einer Gehirnoperation, rechts neben ihm Dr. Hellmut Treu und Dr. Leopold Kaufer



Zertrümmerter Krankenwagen 1945

Auch im sogenannten konventionellen Bereich nimmt die Aufrüstung immer erschreckendere Formen an. In einem zweiteiligen Report erläutert Walter Popp Hintergründe und Folgen.

»Quer vor uns in der Senke rollen nur 500 Meter entfernt gemächlich drei Dutzend Chieftain- und einige der neuen Challenger-Panzer. »Die sind alle schon tot.« Der Kompaniechef informiert das Bataillon und die Schiedsrichter. Deren Entscheidung scheint die Briten nicht zu stören. Sie rollen weiter. »Typisch.«

Eine Stunde später treffen wir die britische Einheit in einem Dorf wieder. Der englische Major schimpft: »Die konnten uns gar nicht abschießen. Wir hatten sie eine Stunde früher ausgeschaltet. Das ist eine Fehlentscheidung der Schiedsrichter.«



A Japanese soldier's skull is propped up on a burned-out log tank by U.S. troops. Fire destroyed the rest of the corps.

Vorwärts Marsch

Konventionelle Rüstung im Aufwind

Liest Millowitsch aus dem Drehbuch zur Verfilmung des »Etappenhasen«? Keineswegs: Die gutbürgerliche Frankfurter Allgemeine Zeitung bringt einen Stimmungsbericht von den diesjährigen Herbstmanövern.

Was hier so bildhaft geschildert wird, dürfte bald nur noch die Kriegshistoriker interessieren: die Panzerschlachten, wie sie den Zweiten Weltkrieg noch bestimmt haben, sind passé. Entscheidend ist heute die Munition, die die Panzer liquidiert. Und da hat sich in den letzten Jahren viel getan. Bis vor kurzem hatte es noch der stattlichen Zahl von 2200 Flügen der Bundesluftwaffe oder 10000 konventioneller Raketen bedurft, um 60 Prozent einer sowjetischen Division zu zerstören. Doch 1982 bereits konnten die Herren Wörner und Würzbach für die CDU/CSU-Fraktion Fortschritte melden: »Mit ungenakter panzerbrechender Submunition sind nur noch 800 Flugeinsätze oder 1500 Raketen erforderlich. Bei gelenkter panzerbrechender Submunition aber vermindern sich die Flüge ebenso wie die Anzahl der erforderlichen Raketen auf 50 bis 60.

Um denselben Erfolg erzielen zu können, müßte man andererseits 20 bis 25 Nuklearwaffen von jeweils 10 Kilotonnen (Hiroshima-Bombe = 12,5 Kilotonnen - W.P.) einsetzen.«

Das Ziel der Rüstungsplaner ist also erreicht: Die konventionelle Munition zerstört und tötet »endlich« genauso gut wie die Atomwaffen. Da die genannte Munition gerade zur Beschaffung in der NATO ansteht, ist es kein Wunder, daß die »Konventionalisierung« in aller Munde ist. Die Bundesregierung hat es nichts gegen Aufrüstung jener Art, die SPD-Opposition freut sich, weil sie so gegen die Atomwaffen sein darf, aber gleichzeitig die weitere Hochrüstung nicht ablehnen braucht. Frohlocken können allemal die USA; sie haben den Zug ins Rollen gebracht und sie sind auf jeden Fall die Nutznießer. Als der »Rogers-Plan« aus dem europäischen Hauptquartier der NATO in Brüssel bekannt wurde, sollte er neben einer starken konventionellen Aufrüstung vor allem dem »Anheben der nuklearen Schwelle« dienen. So konnte man einerseits dem psychologischen Druck

der Friedensbewegung in Westeuropa »nachgeben« und andererseits sich die konventionellen Waffen genehmigen, die für die offensiven eigenen Kriegsführungsstrategien notwendig sind. Daß der »Rogers-Plan« lediglich die atomare und chemische Aufrüstung ausklammert, die natürlich von den USA weiter betrieben wird, — wen interessiert das schon?



Probleme macht allenfalls noch die Finanzierung: Mindestens 240 Milliarden Mark soll allein die konventionelle Aufrüstung in den nächsten zwölf Jahren die Bundesdeutschen kosten; ein staatlicher Batzen, bedenkt man, daß der gesamte Verteidigungshaushalt 1984 »lediglich« 48 Milliarden Mark umfaßt.

Zivilisten immer häufiger die Opfer

Dabei täte gerade deutschen Regierungen ein Blick in die eigene Geschichte gut. Forderte doch der von den Faschisten angezettelte Zweite Weltkrieg die gigantische Zahl von 50 Millionen Toten und 35 Millionen Kriegsversehrte. Allein in Deutschland kamen in den Städten im Bombenhagel 400000 Menschen, meist Frauen, Kinder und Alte, um. 17,5 Millionen wurden in Deutschland obdachlos.

Heute haben die Munitionstypen den Stand des Weltkriegs längst hinter sich gelassen: flächendeckender, grausamer, unterschiedsloser — so könnte man die Entwicklung der Wirkungen beschreiben. »Beim Vergleich militärischer und ziviler Kriegsverluste kommt es zu einer ständig zunehmenden Verschiebung zu Ungunsten der zivilen Seite,« muß heute selbst der Inspektor des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr, Generalarzt Dr. Linde, zugeben. Waren unter den geschätzten zehn Millionen Toten des Ersten Weltkrieges nur fünf Prozent Zivilisten, so machten die Zivilisten unter den Opfern des Zweiten Weltkrieges bereits die Hälfte aus. Im Koreakrieg stieg der Anteil der Zivilisten auf 84 Prozent und im Vietnam-Krieg schließlich waren nur noch 7 Prozent der Toten Soldaten.

Dresden: 60 000 Tote

Sprengbomben, die hauptsächlich durch ihre Druckwelle zerstören, waren die bevorzugte Munitionsart für die Bombardierung zu Beginn des Zweiten Weltkrieges. Dies änderte sich 1943, als die Royal Air Force bei ihrem Angriff auf Kassel im Oktober 1943 die Wirkung der Brandbomben entdeckte: auf einer großen Fläche des Stadtgebietes konnte ein gewaltiger Feuersturm erzeugt werden. 85 Prozent der Opfer waren den Brandbomben zu schulden: sie verbrannten und erstickten. So kam es auf allen Seiten in der Folgezeit zu einem immer häufigeren Einsatz der Brandbomben, die vier bis fünf mal mehr zerstörten als die Sprengbomben.

Eine abermals neue Entwicklung läuteten die Großangriffe britischer und amerikanischer Bomber auf Dresden am 13., 14. und 15. Februar 1945 ein. Über 1500 Flugzeuge wurden eingesetzt, etwa 4000 Tonnen Brand- und Sprengbomben auf die Stadt geworfen, d.h. über ein Zentner für jedes Gebäude. Fünfzehn Quadratkilometer dicht bebauter Fläche in der Innenstadt wurden total zerstört, ebenso 75 000 Wohnungen von insgesamt 220 000. Nur 21 Prozent aller Wohnungen überstanden einigermaßen heil die Angriffe. 32 000 Tote wurden geborgen, die tatsächlichen Opfer dürften an die Zahl 60 000 heranreichen. Die bis dahin noch nie erreichte Zahl an Opfern wurde durch eine neue Brutalität in der Planung des Bombardements erzielt: Der erste Angriff richtete sich gegen die Altstadt, sodaß durch die weitflächigen Brände die Flucht aus der Innenstadt unmöglich gemacht wurde. Der zweite Angriff erfolgte, als die Menschen aus ihren Kellern kamen und mit den Aufräums- und Rettungsarbeiten beginnen wollten. Beim dritten Angriff schließlich wurden die Überlebenden noch zusätzlich aus der Luft beschossen.

Süd-Vietnam: 50 Prozent zerstört

Nach dem Zweiten Weltkrieg ging die Entwicklung bruchlos weiter. Seit 1945 konnten die Großmächte die Feuerkraft ihrer konventionellen Kampftruppen in der vordersten Linie um den Faktor 25 steigern. Das Gewicht



der Munition, die eine motorisierte sowjetische Schützendivision mit einer Salve verschießen kann, lag 1945 noch bei 2 000 Kilogramm. 1968 betrug das Gewicht schon 53 000 Kilogramm. Im Zweiten Weltkrieg verbrauchten die USA für jeden getöteten Feindsoldaten noch 1100 Kilogramm Munition. Im Korea-Krieg brauchten sie schon 5 600 und im Vietnam-Krieg gar 17 000 Kilogramm Munition.

Was heutige konventionelle Kriege nicht nur für die Menschen, sondern auch für das betroffene Land bedeuten, zeigte sich drastisch in Vietnam. Vierzehn Millionen Tonnen Bomben wurden zwischen 1965 und 1973 über Vietnam von den USA abgeworfen, davon 80 Prozent über Südvietnam. Dadurch entstanden dreißig Millionen Explosionskrater (6 Meter tief, 10 Meter Durchmesser); fünfzig Prozent der Fläche Südvietnams wurden zerstört. 400 000 Tonnen Napalmbomben wurden über Vietnam abgeworfen, im gesamten Zweiten Weltkrieg waren dagegen nur 14 000 Tonnen eingesetzt worden. 90 000 Tonnen Herbizide wurden über Vietnam abgeworfen, deren Auswirkungen noch die nächsten Generationen belasten werden. Die USA flogen über 2 000 Einsätze, um künstliche Regenfälle durch Chemikalien zu verursachen; eventuell wurde dadurch auch die schwere Überschwemmungskatastrophe im August 1971 in Nordvietnam verursacht. 350 000 Hektar Land wurden einem »Land-clearing« unterzogen, d.h. sie

grausame Munitionsarten testen.

So wurden im Verlauf des Krieges zunehmend Traubenbomben eingesetzt. Diese enthalten Hunderte von Kleinbomben, die sich über eine bestimmte Fläche verteilen und auf Grund ihrer großen Splitterung auch gegen Menschen gerichtet sind. Sie reissen also Menschen sehr tiefe Wunden. 1,5 Millionen dieser Traubenbomben — mit jeweils oft 600 Kleinbomben — wurden in den USA für den Einsatz in Vietnam beschafft.

Genauso wurden erstmals Flamm-Explosivgeschosse eingesetzt. Dabei breitet sich eine explosive Gaswolke über eine Fläche aus und wird dann erst zur Explosion gebracht. Die Zerstörungswirkung durch die mächtige Druckwirkung ist so viel stärker als durch herkömmliche konventionelle Waffen.

Schließlich wurden für den Einsatz in Vietnam 114 Millionen der neuen Streuminen beschafft. Damit konnten erstmals Minen aus der Luft verlegt werden. In Vietnam waren die Minen meist mit einem Zufallszeitzünder versehen: sie explodierten nach einer bestimmten Anzahl von Umdrehungen (in der Luft) oder nach einer eingestellten Stundenzahl.

Alle diese Waffen sind zielstrebig weiterentwickelt worden. Sie stellen heute einen wesentlichen Teil der »Konventionalisierung« unserer Streitkräfte dar.

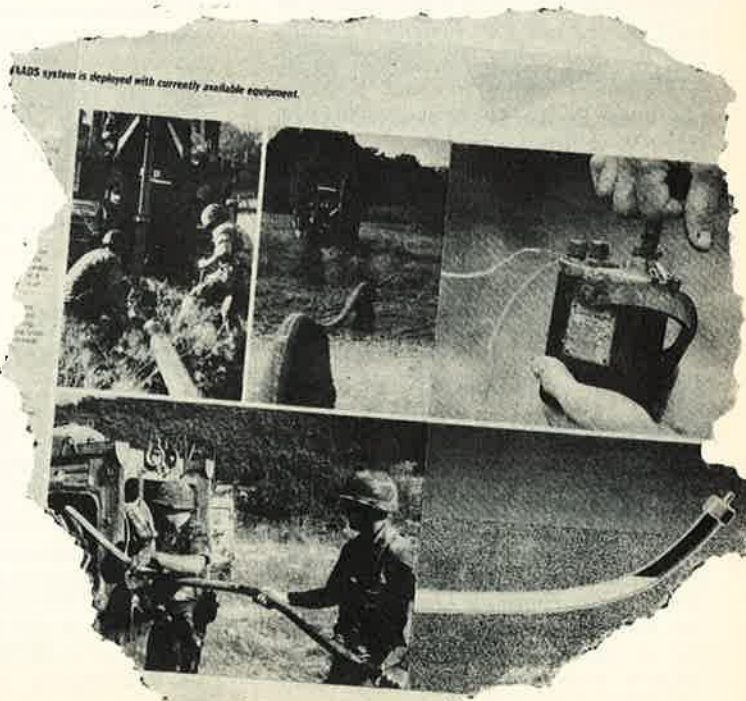
Mehr darüber im nächsten dg.

Walter Popp

wurden gerodet und einplaniert. Heute herrschen dort Erosion und Unfruchtbarkeit.

Traubenbomben, Flamm-Explosivstoffe, Streuminen

In großem Umfang konnten die USA im Vietnam-Krieg neue



Am 30. Oktober 1984 wurde der UNESCO-Friedenspreis 1984 an die IPPNW (International Physicians for the Prevention of Nuclear War) verliehen. Weil auch wir uns über diese Preisverleihung sehr freuen, hat dg-Redakteur und IPPNW-Mitglied Joachim Gill nach der Preisverleihung mit Till Bastian, dem geschäftsführenden Vorstandsmitglied der BRD-Sektion der IPPNW, ein Gespräch geführt.



UNESCO-Friedenspreis 1984 für die IPPNW

Gespräch mit dem Geschäftsführer der BRD-Sektion Till Bastian

dg: In deinem IPPNW-Rundschreiben vom Oktober las ich von der Preisverleihung. Gibt es diesen Preis eigentlich schon lange?

Till Bastian: Die Verleihung dieses Friedenspreises erfolgt jährlich seit 1980. 1983 erhielt ihn die Bewegung PAX CHRISTI. Der Preis ist mit sechzigtausend Dollar dotiert und hat zum Ziel, besondere Leistungen auf dem Gebiet der völkerverständigenden Friedenserziehung zu honorieren.

dg: Wieso ist dieser Preis ausgerechnet der IPPNW verliehen worden?

T.B.: In seiner Laudatio anlässlich der Preisverleihung hob der ehemalige mexikanische Staatspräsident Echeverría hervor, daß die IPPNW mit ihren weltweiten Aktivitäten einen herausragenden Beitrag zur Friedenserziehung geleistet habe.

Neue Entspannungspolitik

Dabei liege das Einzigartige dieser Vereinigung gerade in ihrer blockübergreifenden Arbeitsweise. Mit der führenden Rolle der beiden amerikanischen und sowjetischen Kardiologen, Professor Lown und Professor Chasow, werde ein wichtiger Beitrag auf dem Gebiet von Völkerverständigung erbracht und neue Ansätze einer Entspannungspolitik unternommen.

Im Unterschied zu der immer konfrontativer werdenden Rolle des internationalen Sportgeschehens gewinne das internationale Friedensengagement der Ärzte zunehmende politische Bedeutung.

dg: Mit welchen politischen Auswirkungen der Preisverleihung für die Arbeit der IPPNW international und in der Bundesrepublik rechnest du?

T.B.: Wir werden abwarten müssen, ob diejenigen Medien, die uns bislang nicht wohl gesonnen waren und uns stets als weltfremde Spinner diffamiert haben, ihre Einstellung zu uns ändern werden. An der Berichterstattung über die bundesweiten und regionalen Aktivitäten der IPPNW wird sich dies ablesen lassen.

Politische Aufwertung

Mit der Preisverleihung ist für die IPPNW im internationalen Maßstab und für ihre nationalen Sektionen eine erhebliche politische Aufwertung verbunden.

dg: Hat es eigentlich an der Haltung der Standesorganisationen der Ärzteschaft und ihren Medien eine Änderung gegeben? Gab es nach der Teilnahme des Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Vilmar, am »Vierten Medizinischen Kongreß zur Verhinderung eines Atomkriegs« in Tübingen weitere Kontakte?

T.B.: Nach dem Kongreß gab es bereits ein Gespräch zwischen IPPNW und Bundesärztekammer. Inhaltlich ging es dabei vor allem um die geplante Einbeziehung der Ärzte in die Katastrophenmedizin und die kriegsvorbereitenden Planungen des Referentenentwurfs zum neuen Zivilschutzgesetz. Wir haben den Eindruck gewonnen, daß die Standesvertreter von einer gesetzlich verankerten Zwangsfortbildung in Katastrophenmedizin für alle Ärzte Abstand genommen haben. Dagegen hat es schon zu viele Proteste gegeben.

IPPNW und Standespolitik

Aus berufenem Munde war allerdings zu hören, daß Überlegungen angestellt werden mit einer Änderung der Bundesärzterordnung (auf die jeder Arzt mit Erteilung seiner staatlichen Bestallung verpflichtet wird — d. Red.) zum gleichen Ziel zu gelangen. Das politische Ergebnis erblicken wir nach diesem Gespräch in der gegenseitigen Standortbestimmung und darin, daß der nun gesponnene Gesprächsfaden nicht wieder reißen wird. Ein weiteres Gespräch wurde für das Frühjahr 1985 vereinbart.

dg: Nach dem »1. Medizinischen Kongreß zur Verhinderung des Atomkriegs« im September 1981 mußten wir uns vom Schriftführer des Deutschen Ärzteblattes, Prof. Deneke, als »ideologisch verblendete Spinner« und »fünfte Kolonne Mos-

kaus« etikettieren lassen. Hat sich an der Darstellung der ärztlichen Standespresse inzwischen wesentliches geändert?

T.B.: Nach längerem Sträuben mußte auch das altehrwürdige Deutsche Ärzteblatt der Friedensdiskussion Platz einräumen. Seit ungefähr zwei Jahren konnten einige Autoren aus den Reihen der IPPNW — zuletzt Chefarzt Michael Praetorius — Artikel zur Arbeit der Ärzte in der Friedensbewegung im Ärzteblatt veröffentlichen.

dg: Welches sind die wichtigsten Aktivitäten der IPPNW in nächster Zeit?

T.B.: An erster Stelle steht ein großes Hearing zum geplanten Zivilschutzgesetz. Es soll in der ersten Jahreshälfte 1985 stattfinden. Wir wollen dabei eine möglichst große Einbeziehung all jener Kräfte unseres Landes erreichen, die sich gegen Kriegsvorbereitungen mithilfe der Illusionen eines wirksamen Zivilschutzes wenden.



Professor Lown (USA) und Professor Chasow (UdSSR)

dg: Gibt es in diesem Zusammenhang auch Kontakte zu den Gewerkschaften?

T.B.: Im Rahmen der Vorbereitung des Hearings und eines Aufrufes gegen das Zivilschutzgesetz sind Kontakte zu Gewerkschaften aufgenommen worden. Diesbezügliche Gewerkschaftsbeschlüsse, voran diejenigen der ÖTV, haben uns beeindruckt und dazu ermutigt, die Zusammenarbeit zu suchen. Dabei will ich aber auch bereits erlebten Mißerfolg nicht unerwähnt lassen. Unsere Bemühungen um Zusammenarbeit mit der IG Bau, Steine, Erden wurden prompt und herb abschlägig beschieden.

Eine erfolgreiche Zusammenarbeit findet hingegen mit der Vereinigung der Architekten in der Friedensbewegung statt.

dg: Wie weit sind die Vorbereitungen zu dem »5. Medizinischen Kongreß zur Verhinderung des Atomkriegs« gediehen?

KONTAKT:

SEKTION BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND DER INTERNATIONALEN
ÄRZTE FÜR DIE VERHÜTUNG DES ATOMKRIEGES e.V.

International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW)

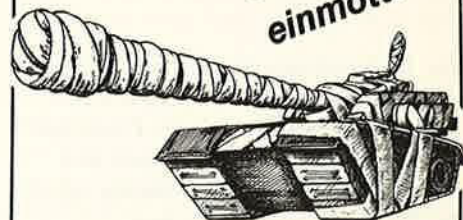
Geschäftsstelle: Dr. T. Bastian, Bahnhofstr. 34, 6501 Heidesheim
Tel. 06132/59329; besetzt täglich zwischen 9 und 12 Uhr;
zu anderen Zeiten Texteingabe auf den Anrufbeantworter.

Fünfter Kongreß

T.B.: Der fünfte Kongreß wird im Oktober 1985 über dreieinhalb Tage in Mainz durchgeführt werden. Als Themenschwerpunkte stehen für den Eröffnungsabend eine Diskussion über offene Fragen der Friedensbewegung, den ersten Tag eine Bilanz des gegenwärtigen Standes des Wetrüstens, den zweiten die Verelendung der Dritten Welt und die soziale Verelendung der sogenannten Ersten Welt und den letzten Tag die Auseinandersetzung mit Katastrophenmedizin und Zivilschutz fest.

Im Juni 1986 wird dann in Köln der fünfte Weltkongreß der IPPNW stattfinden.

verbinden
ruhigstellen
einmotten



Erklärung von Beschäftigten im Gesundheitswesen

Wir, Beschäftigte im Gesundheitswesen, sehen mit wachsender Besorgnis, daß in Europa, einem geographischen Hauptschauplatz der Ost-West-Konfrontation, gegenwärtig neue Waffensysteme in Stellung gebracht werden, die einen atomaren Krieg führbar und gewinnbar machen sollen.

Der Beschluß des Bundeslages vom 23. 11. 1983 und die damit begonnene Stationierung von Pershing II und Cruise Missiles sowie die in Geist und Logik der Abschreckung erfolgte sowjetische Gegenmaßnahme, bestehend in der Aufstellung von SS 21 und SS 22, sind gegen die Lebensinteressen der Menschen gerichtet.

Doch die Pershing II ist nur ein Element in der neuen amerikanischen Militärdoktrin »Air Land Battle«, welche die Bereitschaft zur offensiven Kriegsführung und Kriegsausweitung im Konfliktfall beweist. Nicht »Verteidigung«, sondern weitreichende Angriffe bei frühzeitigem Einsatz auch nuklearer und chemischer Waffen bilden den Hauptinhalt dieser Strategie.

Auch im Gesundheitswesen werden Maßnahmen und Vorkehrungen für den Kriegsfall getroffen. Dazu zählen Katastrophenschutz, Schweslernhelferinnenlehrgänge, Kriegsmedizin und »Trageübungen«, sowie der neue Referentenentwurf eines »Zivilschutzgesetzes« (vorher Gesundheitsgesetz, -gesetz und Gesundheitsgesetz). Dieser sieht u. a. im § 26 die Vorplanung des gesamten Gesundheitswesens für den Ernstfall vor und die Registrierung aller Beschäftigten bei den Zivilschutzbehörden durch die Arbeitgeber.

Laut Gutachten der Weltgesundheitsorganisation und nach Ansicht aller Experten ist die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Zivilbevölkerung im Atomkriegsfall unmöglich. Schon bei der Explosion einer einzigen Atombombe ist unser Gesundheitssystem völlig überfordert. In der Bevölkerung werden durch Katastrophenschutzübungen Illusionen geweckt und die Folgen eines Atomkrieges verharmlost. Wer Katastrophenschutz, wer Rettungsmaßnahmen nach einem Atomkrieg plant, macht einen Atomkrieg denkbar und hilft ihn dadurch vorbereiten.

Wir UnterzeichnerInnen lehnen die zivile Aufrüstung entschieden ab. Wir verweigern alle Kriegsvorbereitungen für das Gesundheitswesen.

Über 400 Kolleginnen und Kollegen haben bisher diese Erklärung unterschrieben und mit einer Spende zu ihrer Verbreitung beigetragen. Mit Deiner Unterschrift und Deiner Spende (von 3 Mark aufwärts) wollen wir in noch mehr Fachzeitschriften inserieren.

Kontakt:

Annegret Neuhof
Wichernstr. 21
4400 Münster

Elvira Kleine
Schlautstiege 71
4400 Münster

Konto:

»Krankenschwestern gegen Krieg«, Annegret Neuhof,
Stadtparkasse Münster,
Konto Nr. 151 029 279
(BLZ 400 501 50)

5. Medizinischer Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges 1985 in Mainz

vom 31. Oktober bis
3. November

Der Fall des Euthanasie-Arztes Dr.

Vor fünfundzwanzig Jahren in der Vorweihnachtszeit endete im Untersuchungsgefängnis in Frankfurt am Main die zweite Karriere des Psychiatrie-Professors Heyde alias Dr. Sawade, angeklagt des Massenmordes im weißen Kittel. Mit dem bekannten Juristen und Antifaschisten F.K. Kaul gehen wir auf die Suche nach den Spuren eines vertuschten Skandals deutscher Medizin- und Demokratie-Geschichte. — Eine andere Weihnachtslektüre.

»Wie gesagt, gnädige Frau, das EKG ist in Ordnung. Der Blutdruck läßt auch heute wieder nichts zu wünschen übrig . . . hundertfünfundsiebzig ist bei Ihrem Alter geradezu klassisch. Ich finde keine organischen Ursachen für Ihre Beschwerden!« Professor Glatzel, der bekannte Flensburger Internist, lehnte sich fast behaglich in den breitarmigen Schreibtischstuhl zurück. »Organisch ist alles in Ordnung!« wiederholte er und schlug wie zur Bekräftigung mit der gepflegten Rechten leicht auf den Rand der Schreibtischplatte.

»Aber von irgendwoher muß doch dieses Schwindelgefühl kommen, das ich ständig habe, und dieser dauernde Angstdruck . . .« Unwillkürlich griff sich die korpulente Frau mit der kurzfingerigen Hand an den Hals.

»Sicherlich haben Ihre Beschwerden eine Ursache.« Professor Glatzel lächelte, wobei er mit Zeigefinger und Daumen die Nasenflügel rieb. »Von nichts kommt nichts, nur ist die Ursache bei Ihnen nicht in organischen Anomalien zu suchen. Ich würde viel eher annehmen, daß Ihre Gattin . . .« Glatzel wandte sich bei diesen Worten an den hageren, schmallippigen Mann, der seine Frau nicht ohne Grund begleitet hatte; er führte den Satz jedoch nicht zu Ende, sondern fragte plötzlich: »Sie sind Kollege, Herr . . .« Glatzels Blick überflog die Schreibtischplatte, um auf der vor ihm liegenden Karteikarte den Namen des Patienten zu entziffern.

Doch sein Besucher kam ihm zuvor: »Sawade — Doktor Sawade. Jawohl, ich bin ein Kollege . . . zur Zeit als Arzt bei der Landessportschule in Flensburg-Mürwik angestellt. Bei den heutigen Verhältnissen«, fügte er wie zur Entschuldigung hinzu, »muß man froh sein, etwas Festes zu haben.« Der Professor nickte oberflächlich Zustimmung. »Einfach ist es nicht. Aber wir müssen schon zufrieden sein, daß wir endlich wieder 'ne anständige Währung haben. Um auf Ihre Gattin zurückzukommen, Kollege . . . wie gesagt: Etwas Organisches kann ich nicht feststellen! Ich möchte viel eher annehmen, daß die

Beschwerden Ihrer Gattin psychogen sind; offenbar befindet sie sich in einem bestimmten seelischen Konflikt . . .«

»Sie haben mit Ihrer Diagnose völlig recht«, unterbrach Dr. Sawade den Professor.

Erstaunt sah Glatzel seinen Besucher an. »Ihre Anerkennung freut mich«, begann er etwas hochmütig; doch Dr. Sawade ließ ihn nicht weitersprechen.

»Die . . . die Konfliktsituation bin nämlich ich!« Er beugte sich bei diesen Worten etwas vor und hielt den Professor fest im Blick. Frau Sawade kämpfte vergeblich gegen die aufsteigenden Tränen. Fahrig suchte sie in der Handtasche nach einem Taschentuch. Verständnislos blickte Professor Glatzel von einem zum anderen. »Ich verstehe nicht . . . Können Sie sich nicht deutlicher ausdrücken?«

»Gewiß. Das will ich tun! Mein richtiger Name ist nämlich nicht Sawade . . . Ich bin Professor Heyde — Werner Heyde.« Diese Eröffnung schien Glatzel die Sprache zu rauben. Mit offenem Mund starrte er den Kollegen an, bis er schließlich stammelte: »Heyde . . . der ehemalige Würzburger Ordinarius für Psychiatrie?«

»Ganz recht, der bin ich!«

»Der . . . der . . . von der „Aktion T4“?« Glatzel hatte seine Selbstbeherrschung noch immer nicht gefunden.

»Derselbe!« Die Augen Heydes verengten sich wie die eines Jägers, der sein Ziel visiert.

»Donnerwetter!« sagte Professor Glatzel. Nichts weiter, nur »Donnerwetter!«

— * * *

Heyde hatte zu der Zeit, als er den Professor aufsuchte — wie er später schnoddrig erklärte —, »die Nase endgültig voll, weiter als kleiner Pinscher zu vegetieren«. Er wollte ebenfalls wieder an die Krippe, an der sich die Kollegen bereits häuslich niedergelassen hatten. Dazu brauchte er die Hilfe eines Einflußreichen, und seine Wahl fiel auf Professor Glatzel, zu dem er Verbindung über die ärztliche Konsultation von Erika Heyde herstellte. Ihm erzählte er auch, was er nach dem Zusammenbruch der Nazis erlebt hatte.

» . . . im Mai 1945 schnappten mich die Amis und internierten mich wegen meiner SS-Charge.«

»Was waren Sie denn bei der SS?« erkundigte sich Glatzel interessiert.

»Kurz vor Ende, zu Führers Geburtstag, wurde ich noch zum Standartenführer befördert.«

Verständnisinnig nickte Glatzel.

» . . . dann schleppten mich die Amis nach Nürnberg, wo ich bis Juli siebenundvierzig festsatz.«

»Scheußlich«, bemerkte der Professor, »was es doch damals alles gab.«



Heyde

Krimi

Karl Kaul
Sawade
Karriere



RG-VERLAG

»Das kann man wohl sagen.« Heyde nickte bestätigend.

»Im Juli siebenundvierzig brachten sie mich . . . oder besser gesagt« — sein schmallippiger Mund verzog sich zu einem mokanten Lächeln —, »sie wollten mich nach Frankfurt am Main bringen. Der Transport mit dem Lkw — Glück muß der Mensch haben — ging über Würzburg.«

» . . . wo Sie zu Hause waren?«

»Seit 1930 lebten wir in Würzburg«, ließ sich jetzt Frau Heyde vernehmen, die, das zerknüllte Spitzentaschentuch in der Rechten, aufmerksam dem Gespräch der Männer folgte.

»Ja, dreißig war ich Stations- und Oberarzt in der Psychiatrischen in Würzburg. 1932 bekam ich die Privatdozentur an der Würzburger Universität. Vierzig wurde ich dann als Ordinarius der Nachfolger von Reichardt. Sie können sich vorstellen, Kollege, in Würzburg kannte ich wirklich jeden Pflasterstein. Als der Lkw durch die Stadt fuhr — 'runter vom Wagen und weg war natürlich eins für mich!«

»Elan haben Sie, Herr . . . Kollege.« Ohne große Schwierigkeit kam Glatzel bereits die akademisch-berufliche Solidaritätsbezeichnung über die Lippen. »Wie alt sind Sie eigentlich?«

»Jahrgang nullzwei, heute bin ich achtundvierzig.«

»Und wie ging es weiter? Blieben Sie in Würzburg?«

»Nur ein paar Tage, um mich bei Freunden etwas aufzumöbeln. Dann trampelte ich in Richtung Norden, nach Schleswig-Holstein, weil ich von allen Seiten gehört hatte, daß man hier am leichtesten untertauchen könnte. Ursprünglich dachte ich auch daran, nach Dänemark zu gehen, ich blieb aber in Mönkeberg hängen.«

»Was, ganz in der Nähe von uns hier, bei Kiel? Hatten Sie Bekannte in Mönkeberg? Das ist doch ein ganz kleines Nest.«

»Die erste Zeit murkste ich da als Gärtner 'rum, später half ich bei verschiedenen Bauern auf dem Lande.«

»Schrecklich!« Glatzel war ehrlich erschüttert. »Wenn man das so bedenkt, hab' ich nicht recht, gnädige Frau?« Er wandte sich Frau Heyde zu, fuhr dann aber im selben Atemzug — ohne eine Entgegnung abzuwarten — fort: »Man stelle sich vor, der Ordinarius für Psychiatrie und Nervenheilkunde der Universität Würzburg Landarbeiter auf einem Bauerngchöft in Mönkeberg!«

»Was sollt' ich tun?« Heyde zuckte die Schultern. »Lieber Knecht auf'm Bauernhof als Professor im Gefängnis. Ich kann ja noch nicht mal meinen ehrlichen Christenamen führen. Die Amis sind immer noch hinter mir her. Nach den Papieren, die ich hier in Kiel siebenundvierzig auf'm Schwarzen Markt ergatterte, muß ich mich so nennen, wie ich mich Ihnen vorgestellt hatte.«

»Sawade?« Glatzel spielte mit der vor ihm liegenden Karteikarte.

»Ja, Sawade — Doktor Fritz Sawade, gebo-

ren am 2. Mai 1905 in Triebel, Lausitz. Sie sehen, Kollege, gut auswendig gelernt!« Heyde lachte kurz auf.

»Und wie lange ging das bei den Bauern?« fragte Glatzel neugierig. »Ich meine, von wann an waren Sie wieder als Arzt tätig? Sie sagten doch, daß . . .«

» . . . ich Sportarzt bin«, fiel Heyde ein. »Stimmt! Vor einiger Zeit machte mich ein alter Freund, mit dem ich zusammen interniert war, darauf aufmerksam, daß die Landessportschule in Flensburg-Mürwik einen medizinischen Betreuer suchte. Der damalige Oberbürgermeister von Flensburg bekam von meinen Freunden einen Wink. Sie verstehen: 'Die Treue ist das Mark der Ehre.' So wurde ich prompt eingestellt!«

Mit beiden Handflächen schlug Heyde kurz auf die Tischkarte, so als wollte er ein Ausrufezeichen hinter seinen Bericht setzen.

»Wenigstens gut, daß Sie auf diese Weise tätig sein können. Das ist natürlich nur ein Vegetieren!«

Heyde ließ sein Gegenüber nicht aus den Augen. »Damit sind wir beim Nervus rerum . . . Ich habe mich Ihnen nämlich anvertraut, Kollege, weil ich Sie bitten will, mir zu helfen. Als mir meine Frau von ihrem ersten Besuch bei Ihnen erzählte, kam mir sofort der Gedanke, nicht wahr, Erika?«

Ein wenig schien Heyde alias Sawade nun doch seine ursprünglich so bewußt an den Tag gelegte Sicherheit zu verlassen. Er geriet ins Stocken, zumal die Frau, ohne damit aufzuhören, das Spitzentuch zu zerknäuteln, die an sie gerichtete Frage nur mit einem stummen Kopfnicken beantwortete.

»Ihre Gattin lebt bei Ihnen in Flensburg?« Glatzel zeichnete nachdenklich Striche und Kurven auf das Blatt des Schreibtischkalenders.

»Nein, meine Frau lebt mit den beiden Jungen in München. Sie ist jetzt nur vorübergehend bei mir zu Besuch. Das ist natürlich alles nicht einfach.« Für einen Augenblick hörte man nur das Ticken der Pendeluhr, die unter bauchigem Glasschutz auf dem Schreibtisch stand. Heyde beugte sich vor. Seine Stimme klang heiser. »Also, Kollege, wie ist es? Wollen Sie mir helfen?«

Glatzel hörte auf zu zeichnen. Mit einem Ruck legte er den Drehbleistift zur Seite. »Natürlich muß Ihnen geholfen werden, Kollege.« Er erhob sich und ging mit kurzen Schritten auf und ab, dann blieb er entschlossen an seinem Schreibtisch stehen.

»Was man heut erledigen kann, soll man nicht auf morgen verschieben.« Er nickte Frau Heyde zu, über deren Gesicht ein Lächeln huschte. Glatzel griff zum Telefon, wählte eine Nummer. ■

»Blick zurück nach vorn«

oder: Das Elend mit der Geschichte

»Blick zurück nach vorn« — unter diesem heiter-besinnlichen Thema hatte die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) zu ihrer Jahrestagung 1984 nach Westberlin am ersten Novemberwochenende geladen.

Um es vorweg zu sagen: der Versuch kam trotz einiger herausragender Beiträge nicht in Gang, blieb in anekdotenhaftem Dilettantismus stecken und hinterließ kaum mehr als »irgendwie Betroffenheit«. Die westdeutsche Psychiatriebewegung schlittert nach einer Phase des optimistischen Reformwillens in eine nicht zu übersehende Krise. Dabei wäre das Thema Psychiatriegeschichte — die immer auch Sozialgeschichte einer Gesellschaft beinhaltet — gerade jetzt von besonderer Wichtigkeit. In wenigen Monaten läuft die Finanzierung der nach dem Modellprogramm der Bundesregierung seit Ende der siebziger Jahre geförderten Reformeinrichtungen endgültig aus. Alle Hoffnungen auf eine Anschlußfinanzierung haben sich zerschlagen, genauso, wie die Vorstellungen mancher, daß die durch die Sonderfinanzierung des Bundes entstandenen Einrichtungen wie gemeindepsychiatrische, ambulante Dienste, Beratungs- und Behandlungszentren, Wohngemeinschaften und betreute Heime durch ihr bloßes Dasein eine Reform in der Finanzierung der Sozialleistungen erzwingen würden. Die in der Psychiatrie allseits herrschende Trennung zwischen medizinischen Leistungen (Krankenkassen) und sozialen oder rehabilitativen Hilfen (Rententräger und Sozialhilfe) wird von der gegenwärtigen Bundesregierung noch stärker, als von ihren Vorgängern zur heiligen Kuh des Sozialstaats erklärt, wodurch die Psychiatriereform einer soliden finanziellen Basis beraubt bleibt. Die Kündigungsbriefe für eine Vielzahl von Sozialarbeitern, Pflegekräften, Therapeuten und Ärzten sind schon geschrieben.

Diejenigen, die als Wissenschaftler und Hochschulpsychiater in den sechziger Jahren ihre Kritik an der bestehenden Psychiatrie formulierten und aus der Übernahme alternativer Konzepte, vor allem aus

den angelsächsischen Ländern und Frankreich, die westdeutsche Psychiatriereform begründeten, haben in diesen Jahren das Ende ihrer beruflichen Laufbahn überwiegend erreicht und treten von der Bühne ab. Der einzige (!) sozialpsychiatrische Lehrstuhl der BRD wird nach der anstehenden Pensionierung des jetzigen Lehrstuhlinhabers Erich Wulff von einem konservativen Nachfolger besetzt.

Ob die DGSP in Zukunft ohne den Beistand ihrer geistigen Väter auskommen kann, dies erscheint nach diesem Kongreß mehr als fraglich. Denn, die unbezweifelbaren Ansätze der teilweise gigantischen Verwahranstalten, der »psychiatrischen Archipele« (Wulff), sich in therapeutische und rehabilitative Einrichtungen zu verwandeln, der Vormarsch von Psycho-, Sozio-, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, sie haben den Käfig nur vergoldet. Da, wo die klinische Versorgung verbessert werden konnte, ging dies nur auf Kosten der »Unheilbaren«, also der Kränksten, die zu zehntausenden in meist private Alten- und Pflegeheime abgeschoben wurden, um für die »Therapiefähigen« Kräfte freizumachen; die Reform begann mit Triage. Aber selbst da, wo durch neue Ansätze in den Anstalten die Öffnung nach draußen betrieben wurde, geraten die Arbeitsplätze in Gefahr, da das Personal nach der Anzahl der belegten Betten berechnet wird und nicht nach dem tatsächlich geleisteten Betreuungsaufwand. Und die engagierte Stationsschwester wird sich dreimal überlegen, ob sie eigenverantwortlich in der Ambulanz arbeiten will, denn nach dem bestehenden Tarifrecht muß sie dann zurückgestuft werden, obwohl die höheren Anforderungen an berufliche Qualifikation und Kompetenz unbestreitbar sind. So hat sich die Reform der Anstalten an entscheidenden institutionellen und gesellschaftspolitischen Widersprüchen festgefahren.

Nicht zu übersehen bleibt jedoch auch die fortbestehende inhaltliche Krise der Psychiatrie, zu deren Bewältigung die DGSP bislang keinen entscheidenden Beitrag leisten konnte. Als wären die früheren Schriften Dörners, Wulffs und Kulenkampfs und vieler anderer Autoren nie gelesen worden, so diskutierte man larmoyant die böse Wende in Bonn, betrauerte die Beständigkeit und das Beharrungsvermögen der Institution und ergoß sich schließlich in eitlem Betrachtungen über Macht und Ohnmacht der Therapeuten. Der psychiatrische Alltag der meisten DGSPler hat offenbar die Ernüchterung gebracht. Während noch vor einigen Jahren die Fronten klar waren, die Schulpsychiater böse, weil materialistisch, die Reform gut, weil idealistisch, so weiß man heute nur noch eines: daß im Italien der Demokratischen Psychiatrie die Sonne scheint. Zwischen der netzartigen Durchdringung der Gesellschaft mit gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen einerseits und der allgemeinen Erfassung und sozialen Kontrolle jedes abweichenden Verhaltens andererseits liegen moralisch sicher Welten, politisch und organisatorisch verbindet beides nur ein kleiner Schritt; Immerhin, wir leben im Orwell-Jahr.



Dieses Dilemma versuchten viele durch Herumsuchen in ihren eigenen Machtgelüsten oder durch wortgewaltig vorgetragene Boykottaufrufe aufzulösen. Aber es klang nicht überzeugend, genauso wenig, wie der Aufruf zur Rundtour durch die Anstalten der Republik mehr als ein aktionistisches Flämmchen entfachen konnte.

Sozialpsychiatrie, das kann und darf nur heißen, daß Leiden und Kranksein als gesellschaftliches Problem verstanden und in der Gesellschaft angenommen werden, daß Ausgrenzung in jeder Form abgeschafft wird. Um den Weg, der dahin führt begreifen zu können, um ihm dann zu folgen, reicht es nicht, in den NS-Psychiatern nur »die Mörder« zu sehen, wie dies ein Teilnehmer auf der Eröffnungsver-

anstaltung unter Beifall forderte, sondern eben auch Handlanger einer im deutschen Faschismus endlich an die Macht gekommenen Medizin, die Leiden und Kranksein endgültig beseitigen wollten. Ebenso ist es nicht hilfreich, den großen Fortschritt unter Hinweis auf die brutalen und inhumanen Verhältnisse in der Psychiatrie früherer Jahre zu beschwören, ohne zu fragen, welche sozialen Bedingungen dazu geführt haben. Die westdeutsche Sozialpsychiatrie hat sich letztlich in den Hochschuleinrichtungen entwickelt, die auch in den fünfziger und sechziger Jahren relativ günstig ausgestattet waren, und vor allem die Anwendung von Zwang- und Verwahrmassnahmen den Anstalten überließen. Vielleicht liegen hierin die inhaltlichen Defizite begründet, die die gegenwärtige Krise manchem ausweglos erscheinen lassen.

Wenn schon die Aufarbeitung der eigenen Geschichte im Welt-schmerz untergeht, vielleicht hilft ein Blick über die Alpen: Die Befreiung der Irren aus den Anstalten und das Konzept der Demokratischen Psychiatrie Franco Basaglias war nur durchführbar, weil auch die gesellschaftlichen Kräfteverhältnisse von einem mehrheitlichen Streben nach Emanzipation und Befreiung bestimmt waren. Das Bruchstückhafte der italienischen Psychiatriereform macht deutlich, daß sie sich nur im Bündnis mit den großen sozialen Bewegungen, mit starken Gewerkschaften und in der Mehrheit von fortschrittlichen Parteien kontrollierten Verwaltungen durchsetzen ließ. Vielleicht bringt der nächste Urlaub hier einige Anregungen.

Weitere Informationen bei der DGSP-Geschäftsstelle, Geibelstraße 69, 3000 Hannover 1

Lisek



Technologie in der Medizin, Folgen und Probleme, herausgegeben von Hero Silomon. Mit Beiträgen von 11 Mitarbeitern. Vorwort von Rudolf Gross. 37 Abb. 21. Tab., 252 Seiten, 50 Mark Hippokrates Verlag Stuttgart, 1983

In einer Zeit, in der das Gesundheitswesen unseres Landes für großtechnische Apparaturen weiterhin offen steht, ist ein Buch über die Folgen und Probleme der Technologie sehr zu begrüßen, wenn es nicht eigentlich schon überfällig ist.

»Der massive Einzug der Technik in Diagnostik und Therapie beeinflusste die Entwicklung der Medizin in den letzten 30 bis 50 Jahren mehr als neue theoretische Konzepte. Die damit erzielten Erfolge haben der Medizin zu hoher Anerkennung verholfen«.

Im ersten Teil unternimmt H. Silomon, leitender Landesmedizinaldirektor in Osnabrück, den Versuch, »die Rolle der Technologie in der Medizin ... zunächst wertfrei als Phänomen darzustellen und zu untersuchen, zu welchen Problemen diese führen«. Unter Technologie wird dabei die »Summe der an Apparaturen gebundenen Methoden für Diagnostik und Therapie sowie die Prinzipien und Strategien ihrer Anwendung« verstanden. Bei dieser Herangehensweise wird verkannt, daß sich die Medizintechnik als Folge der Entfaltung der Produktivkräfte im Gesundheitswesen, vorangetrieben durch die Entwicklungen der Mikroelektronik, der Röntgen- und Computertechnik in der Nachkriegszeit, entwickelt hat, ebenso wie daß hinter dem »wertfreien Phänomen« Medizintechnik handfeste wirtschaftliche Interessen stehen. Die sehr detaillierten Sachkommentare im zweiten Teil aus klinischer, juristischer, ethischer, medizinsoziologischer, informatischer und ökonomischer Sicht (F. Hartmann, K. Martin, v. Engelhardt, R. Thome, H.-J. See-los u.a.) lassen durchaus den

Schluß zu, daß der Einfluß der Technik das gesamte ärztliche Denken und Handeln, die juristisch-ethischen Dimensionen der Medizin, die ökonomischen Strukturen und das innere Gefüge unseres Gesundheitswesens sowie die Erwartungen und Interessen der Patienten selbst weitgehend verändert hat. Es werden folglich auch Zweifel geäußert, »ob die Anwendung der Technik im jetzigen Umfang uneingeschränkt positiv zu bewerten sei«. Und: »Wir müssen ... davon ausgehen, daß die Technologie in der Medizin schon in weitgehendem Maße Eigengesetzlichkeiten folgt und weniger von der Medizin her zu steuern ist, als daß diese sie steuert. Diese Erscheinung ... (ist) von sehr großer ökonomischer Bedeutung ...«.

Der kritische Gehalt dieser Aussagen wird durch den abschließenden Beitrag von H. Schäfer über »Zukunftsperspektiven: und »Lösungsmöglichkeiten« wieder verwässert. Zwar gesteht er zu, daß »der kritische Druck der Öffentlichkeit« einen Einfluß auf die humanere Anwendung der Medizintechnik haben könne: er vertraue aber mehr auf die »selbstregulierenden Kräfte« des Medizinmarktes und darauf, daß Kostenexplosion und Bürokratisierung dem naturgegebenen Phänomen »Medizintechnik« ihre eigenen Schranken auferlegen würden. Der im Buch eingeschlagene Weg sei »ohne Zweifel eher geeignet, Ansätze für Lösungen zu erkennen und sie zu erproben, als ein bloßes Klagen, die sentimentale Aufforderung zur Rückbesinnung auf die Humanität oder gar die Förderung nach weitgehender Eliminierung der Technik aus der Medizin«.

Das Buch gibt insgesamt gute Sachinformationen, liefert aber keine brauchbaren Lösungen oder Ansätze. Indem nämlich die Technik als Phänomen und per se von den gesellschaftlichen Bedingungen ihrer Anwendung isoliert betrachtet wird, wird das Problem im Wesen nicht erkannt. Der in dem Buch unternommene Versuch scheitert so an den politisch-ökonomischen Kräften unseres Gesundheitswesens, die der medizinischen Apparate- und Geräteindustrie einen uneingeschränkten Nutzen an dem Einsatz ihrer kleinen und großen Technologien ermöglichen.

Die rasche, hemmungslose Verbreitung teurer Geräte wie der Computertomographie, der Kernspintomographie, des Nierenlithotripters und der digitalen Subtraktionsangiographie sind ein Beispiel dafür. Indem sich die Industrie weiterhin einen profitablen Zugriff zum »krisenfesten Markt«

im Gesundheitswesen verschaffen kann, wird die Arbeit in Krankenhäusern und Arztpraxen zunehmend ihren privatwirtschaftlichen Interessen und Gesetzmäßigkeiten unterworfen. Hier liegen die Hauptursachen dafür, daß die technischen Fortschritte in der Medizin immer weniger human an den Patienten gebracht werden können.

Trotz seines hohen Preises kann das Buch allen, die sich mit der Problematik näher befassen möchten, empfohlen werden.
Andreas Zieger

Joseph Scholmer
Das Geschäft mit der Krankheit
Eine Bilanz unseres Gesundheitssystems seit 1970

Kiepenheuer & Witsch

Joseph Scholmer:
Das Geschäft mit der Krankheit — Eine Bilanz unseres Gesundheitssystems seit 1970 Kiepenheuer & Witsch, Köln 1984

Nach »Die Krankheit der Medizin« (Neuwied 1971) und »Patient und Profitmedizin« (Opladen 1973) legt Joseph Scholmer — früherer gesundheitspolitischer Berater des SPD-Parteivorstandes — ein weiteres kritisches Buch über das Gesundheitswesen vor. Seine Leser

lich zur Ausbeutung im Betrieb durch die Arbeitgeber sind die Sozialversicherten durch die Reichsversicherungsordnung in ein System der Zweiten Ausbeutung eingespant. (13) Die Ursachen für die Kostenentwicklung — Scholmer spricht hier auch von »Kostenexplosion« — sieht er in der Zersplitterung der Krankenkassen und der ungerechten Risikoverteilung der Krankenkassen untereinander. Die »Miserie im ambulanten Bereich«, das ist für Scholmer im Kern die 5-Minuten-Medizin in der Ein-Mann-Praxis: »Jede freie Praxis ist ein Gewerbebetrieb, dessen Produktionsmittel einem Besitzer, eben dem Arzt gehören ... Die freie Praxis verkauft Diagnostik und Therapie.« (38) Die von der Ständespaltung stets verleumdeten Ambulatorien und Polikliniken sieht Scholmer zu Recht als Alternative zur gegenwärtigen ambulanten Versorgung. In diesem Kapitel bietet das Buch interessante Informationen zum Thema: Vorsorgeuntersuchungen, Versorgung von Frauen, rheumatische Erkrankungen, Alkoholismus.

Weitere Kapitel beziehen sich auf den stationären Bereich, die Rentenversicherung und die Gesundheitspolitik der Parteien. Hier rechnet Scholmer mit seiner sozialdemokratischen Vergangenheit ab: »Wer eine Bilanz der sozialdemokratischen Gesundheitspolitik über die 13 Jahre der Regierungszeit zieht, kann nur zu dem Ergebnis kommen, daß die Mehrheit der SPD-Führung eine strukturelle Reform des Gesundheitswesens nie gewollt und deshalb auch nicht versucht hat.« (123) Im Kapitel »Das Gesundheitswesen in der DDR« bietet Scholmer neben nüchternen Fakten — die hierzulande noch oft genug geleugnet werden — bundesrepublikanische Plattheiten wie: »Gemeinsam ist den Sozialver-



sollen sich ein »unabhängiges Urteil« bilden, der Autor orientiert sich an den »Interessen der Sozialversicherten«. Scholmer sieht im Gesundheitswesen mit seinen Kosten ein »System der zweiten Ausbeutung«: »Zusätz-

sicherten in der DDR und in der Bundesrepublik, daß sie auf die Gestaltung des Gesundheitssystems in beiden deutschen Staaten keinen Einfluß nehmen konnten, sondern von der jeweiligen Entwicklung ausgeschlossen waren.« (145)

Abschließend kündigt Scholmer die Bildung einer »Bürgerinitiative Kranken- und Rentenversicherung« an — die inzwischen tatsächlich von ca. 15—20 Teilnehmern auf dem Bremer Gesundheitstag gegründet wurde. Diese Initiative soll »völlig außerhalb des sozial und gesundheitspolitisch inaktiven Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung« handeln. Das Interesse daran ist nach Scholmer »noch größer als bei den Bürgerinitiativen gegen Kernkraftwerke, für eine ökologische Reform oder für den Frieden.« (167)

Joseph Scholmer hat ein lesenswertes Buch geschrieben, knüpft an seine früheren Bücher an und bietet auch für die programmatische Diskussion in der Gesundheitsbewegung nützliche Bausteine.
Matthias Albrecht



Redaktionskollektiv »Autonomie«, Karl-Heinz Roth (Hg.) Erfassung zur Vernichtung: von der Sozialhygiene zum »Gesetz über Sterbehilfe« Verlagsgesellschaft Gesundheit, Berlin 1984, 26,80 Mark

Die hier versammelten Beiträge und Dokumente geben einen Überblick über Ursprung, Durchführung und Kontinuität nazistischer Gesundheitspolitik. Sie handeln von dem »bösen Drittel« der Bevölkerung — »Asoziale«, »Erbkranke«, »Arbeitsunfähige«.

Einer derjenigen, die die pseudowissenschaftlichen Grundlagen für die nazistische Vernichtungspolitik lieferten, war der sozialdemokratische Sozialhygieniker Alfred Grotjahn, auf dessen Vorstellungen sich auch die heutigen Sozialmediziner beziehen, dessen eugenischen Gedankengänge sie aber tunlichst verschweigen. So sprach sich Grotjahn 1908 für eine kartellmäßige Erfassung und Asylierung des defekten Teiles der Bevölkerung aus, der natürlich auch zwangssterilisiert werden sollte. Ergänzend entwickelte er Modelle für die Aufzucht der »Hochwertigen« z. B. in Form ökonomischer Anreize.

Am Beispiel des 1937 wegen angeblicher Schwachsinnigkeit zwangssterilisierten Paul Wulf, der seit 1949 um Entschädigung kämpft, wird die Akzeptanz dieses wissenschaftlichen Gedankengutes durch Juristen und Mediziner in der BRD deutlich, denn »was damals rechtens war, kann heute nicht Unrecht sein«. Seine psychischen und physischen Beeinträchtigungen infolge der Zwangssterilisation werden geleugnet. Statt die Unhaltbarkeit der Diagnose »angeborener Schwachsinn« zuzugeben, wird ihm eine »nicht vorhersehbare günstige Spätentwicklung« unterstellt.

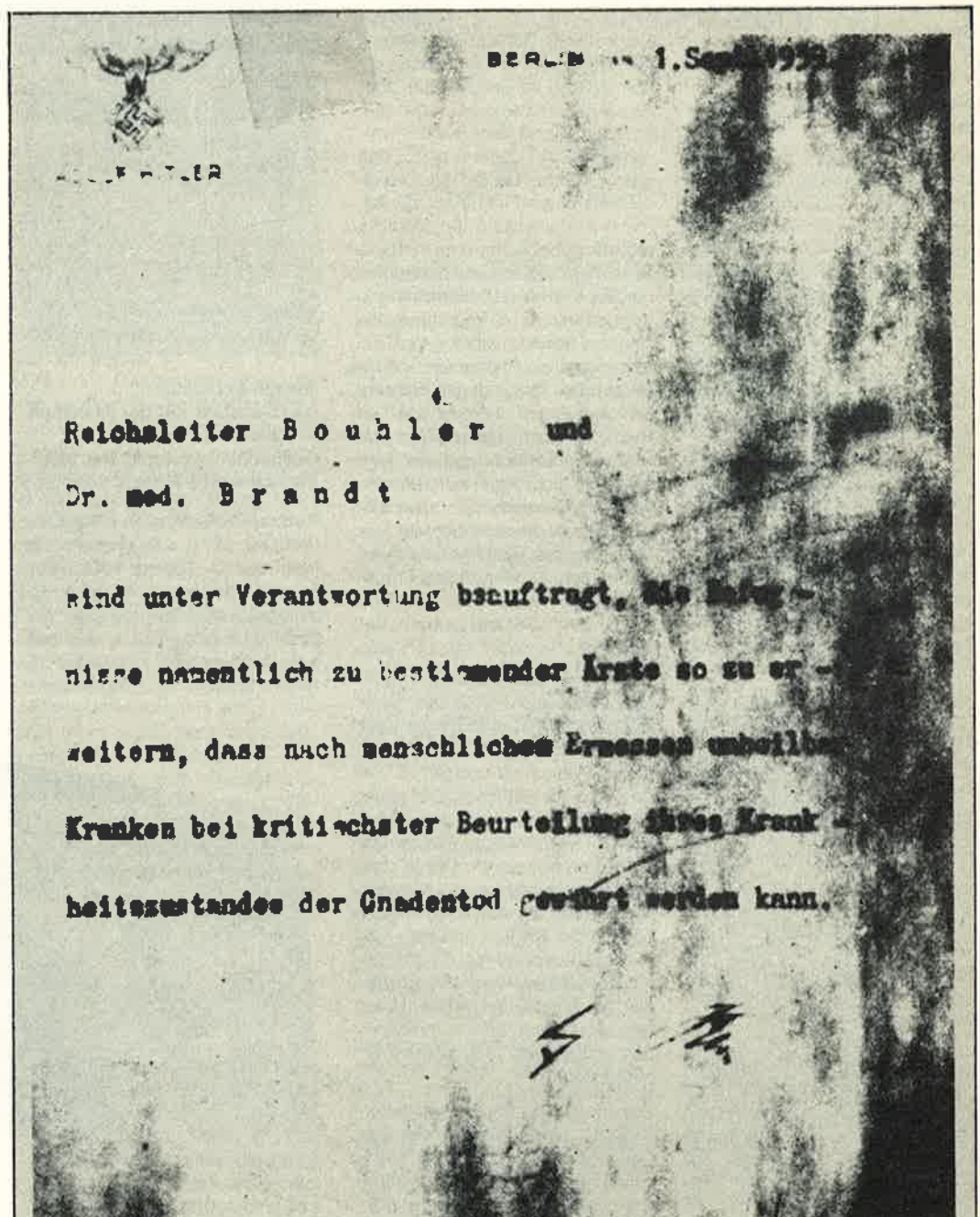
Daß die Zwangssterilisation auch heute ihre Bedeutung hat, wird in einem Aufsatz über die Zwangssterilisation in Lateinamerika seit Ende der sechziger Jahre aufgezeigt.

In einem weiteren Beitrag befaßt sich Roth in Ergänzung seines mit Aly geschriebenen Buches »Die restlose Erfassung« mit der seit Ende der zwanziger Jahre laufenden »erbbiologischen« Erfassung durch Anthropologen, Rassehygieniker und Psychiater, Institutionalisiert wurde das Ganze ab 1934 über die Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege bei den Gesundheitsämtern durch erbbiologische Bestandsaufnahme der Heil- und Pflegeanstalten, sowie durch die kriminalbiologischen Sammelstellen des Strafvollzugs. Die Ursache für die gescheiterte Zentralisierung dieser Dateien sieht er darin, daß diejenigen, die sich nicht den Normen der

»NS-Leistungsgemeinschaft« anpaßten, damit nicht erfaßt wurden. Statt dessen gerieten »Asoziale« und nationale Minderheiten wie die Zigeuner ins Visier. Erst im Zuge der »sozialen Endlösung« während des 2. Weltkrieges gelang es, die Vernichtung aller erfaßten Gruppen durchzuführen.

Mit der Diskussion über die Legalisierung der Euthanasieaktionen bei »unheilbar Kranken« befaßt sich der abschließende Beitrag von Roth/Aly. Ausführlich werden die Entwicklungen zu einem »Euthanasiegesetz« dokumentiert. Neben Klee's »Euthanasie im NS-System«, das z. Zt. wichtigste Buch über nazistische Gesundheits- und Bevölkerungspolitik.

Peter Liebermann



Geheimschreiben Hitlers zur offiziellen »Euthanasie«-Aktion, rückdatiert auf den 1.9.1939. Quelle: BA, R 96 I/2

IMPRESSUM

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hattlingen), Christlma Pötter (Gießen), Michael Regus (Siegen), Annette Schwarzenau (Hamburg), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobliès (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alt Trojan (Hamburg), Erich Wulff (Hannover).

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 46 82 08 (6.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

Redaktion

Chefredakteur: Norbert Mappes

Aktuelle Gesundheitspolitik: Ditlev Uhlenbrock, Walter Popp; **Gesundheitsversorgung:** Gregor Wehrlich, Uli Menges, Joachim Gill; **Arbeits- und Lebensverhältnisse:** Norbert Andersch, Kurt Straß; **Pharma- und Geräteindustrie:** Ulli Raupp; **Umwelt:** Peter Walger; **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Matthias Albrecht, Edi Erken; **Ausbildung:** Eckard Müller, Peter Liebermann; **International:** Gunar Stoppel, Felix Richter-Hebel, Stephan Schölzel; **Frauenprobleme:** Ulla Funke-Verhasselt; **Pflegeberufe:** Thomas Wottig; **Historisches:** Helmut Koch; **Kultur und Subkultur:** Helmut Copak

Der für das jeweilige Ressort zuerst oder allein genannte Redakteur ist verantwortlich für den Inhalt der Beiträge im Sinne des Pressgesetzes.

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 Postgironr. Essen Nr. 154 20 430

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:

Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/36 40 51, Konten: Postgironr. Köln 65 14 503, Stadtparkasse Köln 106 522 38 (für Abo-Gebühren).

Abonnementrechnungen 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 Nichterschöpfung durch höhere Gewalt kein Erstattungsanspruch.

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Januarheft: 3. 12. 84.

Graphik: Christian Paulson

Titelfoto und Foto S. 35: Michael Bauer

Layout: Matthias Albrecht, Helmut Copak, Helmut Koch, Stefan Schölzel

Satz und Druck: Faibo Druck + Grafik Team GmbH Köln, Bischofsweg 48-50, 5000 Köln 51

JSSN: Nr. 0172-7091



Auf der Titelseite

Viel Zeit und Telefongeld hat die Recherche für die gesundheitspolitische Sauerei aus dem Innen- und Postministerium gekostet, die wir in unserer letzten Ausgabe aufdeckten (»Zimmermann: Keine Impfung für Homosexuelle«, Nr. 11, S. 5). Zu unserer Freude nahm sich die »TAZ« der Sache an und berichtete ausführlich auf der Titelseite. Für die bürgerliche Presse scheinen Nachforschungen und Meldungen aus der »linken Ecke« — wir hatten eine Presseerklärung versandt — immer noch tabu.

Schwerpunkt-Reportagen '85

Zur Zeit planen wir die Titelstories des nächsten Jahres. Von vielen Lesern und Freunden haben wir 'ne Menge Zustimmung zur Auswahl, politischen Aktualität und Qualität der Titel-Reportagen dieses Jahres bekommen. Solche »Streichleinheiten« sind auch schon mal nötig. Im Schnitt bedeutet ein Report zwei Monate intensiver Feierabendtätigkeit, und so manche Urlaubswoche ist dabei schon drauf gegangen. Besonders freut es uns, wenn Ihr uns Tipps für Themen, Informationen und Hinweise zu aktuellen Ereignissen, die eine Reportage wert wären, gebt; oder vielleicht will einer von Euch ... nur Mut!

Preiserhöhung

Wie der Verlag uns mitteilt, machen allgemeine Kostensteigerungen eine kleine Preiserhöhung zum 1. Januar '85 notwendig. 10 Pfennig mehr wird dg die Abonnenten pro Heft kosten (3,60 DM statt 3,50 DM) bei unveränderten Versandkosten.

Einen »Spar«beitrag sollten alle Leserinnen/Leser zusätzlich leisten: Alle Adressenänderungen und bei Lastschriftverfahren auch Konto-Änderungen sofort dem Verlag mitteilen! Das spart viel Porto- und Nachsendekosten.

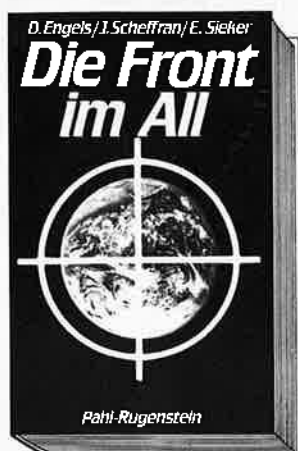
Ulli Raupp

dg-Kontakte

Aachen: Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (02 41) 754 59; **Ansbach:** Birgitte Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8900 Ansbach, Tel. (09 81) 144 44; **Berlin:** Hermann Dittich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8 22 63 28; **Bonn:** Edi Erken, Eckenorstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangeler), Tel. (022 41) 2 81 78; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (04 21) 23 43 71; **Darmstadt:** Jürgen Frohnert, Neutscher Weg 3, 6101 Modet-Alt-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kuhlenweg 22, 4800 Dortmund 50, Tel. (02 31) 75 38 80; **Düsseldorf:** Joachim Gill, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (02 11) 34 92 04; **Duisburg:** Felix Richter-Hebel, Hochfeldstr. 19, 4100 Duisburg 17, Tel. (02 136) 51 20; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Götmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (06 41) 7 52 45; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (05 51) 3 37 10; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurtürsternstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6 56 48 45; **Hanau/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (061 81) 4 72 31; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (051 32) 90 65 57/p; (0511) 81 88 68; **Hattlingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattlingen, Tel. (023 24) 6 74 10; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06 221) 47 41 01; **Karlsruhe:** Claudia Lehnor, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (07 21) 84 99 48; **Kassel:** Matthias Dippel, Walzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (05 61) 5 49 25; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrückener Str. 176B, 2300 Kiel 1, Tel. (04 31) 68 69 97; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Stelnbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (028 25) 84 24; **Köln:** Peter Liebermann, Garthstr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (02 21) 76 38 44; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederling 3, 4540 Lengerich; **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; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Minden:** Volker Hapmann, Bäckerstr. 41, 4950 Minden; **München:** Margot Lambert, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 78 15 04; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (082 61) 97 33; **Münster:** Helmut Copak, Gelsistr. 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) 1 54 53; **Remscheid:** Michael Sünner, Lockfickerstr. 50, 5630 Remscheid 11, Tel. (021 91) 5 52 79; **Riedstadt:** Harald Skrobliès, Freih.-v.-Steln-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (061 58) 61 61; **Siegburg:** Richard Beitz, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (022 41) 38 35 90; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5800 Siegen, Tel. (02 71) 7 68 60; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07 071) 21 27 98; **Ulm:** Wolf Schleizer, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (07 31) 6 85 44; **Viersen:** Sebastian Stierl, Hermann-Ehlers-Str. 5, 4050 Viersen 12, Tel. (021 62) 7 76 94.

Über





KB 350, 247 S., 10,- DM



KB 294, 192 S., 9,- DM

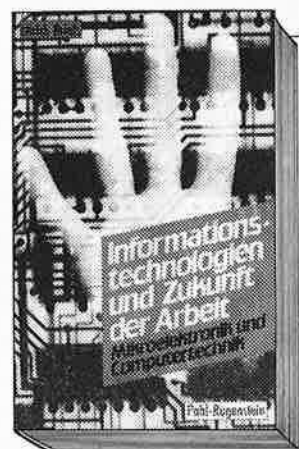
PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000KOELN
G 2961 E 394711 373

KARL BOEKER
CARL VON OSSIETZKY STR. 23 A

4800 BIELEFELD 1



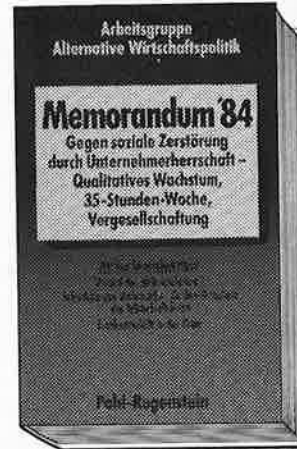
KB 337, 314 S., 14,80 DM



KB 267, 211 S., 14,80 DM



KB 329, 180 S., 10,- DM



KB 330, 480 S., 19,80 DM



KB 301, 187 S., 14,80 DM



KB 344, 247 S., 10,- DM



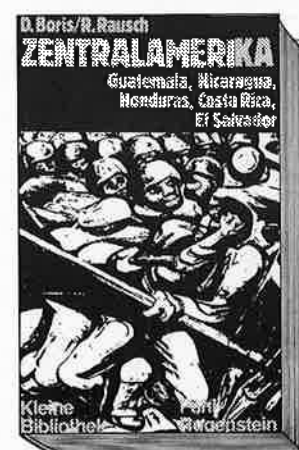
KB 334, 260 S., 14,80 DM



KB 332, 262 S., 14,80 DM



KB 282, 394 S., 16,80 DM



KB 269, 405 S., 16,80 DM



KB 336, 214 S., 16,80 DM



KB 335, 180 S., 14,- DM