

dg

G 2961 E

Einzelheft 5 Mark

Abonnement 3,70 Mark

Demokratisches
Gesundheitswesen

Nr. 2 · Februar 1987

Strahlenexperimente

US-Bürger als Versuchskaninchen

Alival / Psyton

U. Moebius kommentiert

Wer nicht wagt

Wirtschaftskriminalität von Ärzten



Ein neuer Berufs- verband?



**Sabine Drube
ist Kranken-
schwester in
Heidelberg und
Mitherausge-
berin von dg**

Der Arbeitskreis „Krankenpflege gegen Krieg“ ist mittlerweile ein Jahr alt. Wir haben rund 240 Mitglieder aus dem Bereich der Krankenpflege und verwandter Berufe, und wir werden immer noch mehr. Sicher, viel ist das noch nicht und doch gleichzeitig die erste positive Eigeninitiative, die diese Berufsgruppe hervorbringt. Offensichtlich gibt es eine Menge Krankenschwestern und -pfleger, die nur auf einen Anstoß gewartet haben. Jeden Monat kommen zehn neue Leute zu uns.

Unser Arbeitskreis entstand aus Zorn über unsere Berufsverbände. Als im November 1985 auf dem Mainzer Kongreß der Internationalen Ärzte gegen den Atomkrieg (IPPNW) kein einziger Vertreter der Organisationen unserer Berufsgruppe es für nötig hielt, unsere Anfrage, an einer Podiumsdiskussion zu dem Thema „Krankenpflege und Kriegsvorbereitung“ teilzunehmen, auch nur zu beantworten, da wurde die Idee der Gründung eines eigenen Arbeitskreises geboren.

In all unseren Diskussionen, die im Laufe des vergangenen Jahres stattfanden, wurde schnell ein weiter Bogen gespannt von der leichten Verplanbarkeit der Krankenpflege in militärische Konzepte zu der über Jahrhunderte gewachsenen Diensthaltung. Auch heute noch gilt es als selbstverständlich, anzunehmen, Krankenschwestern und -pfleger würden im Kriegsfall widerspruchslos funktionieren. Der Bevölkerung wird mit einem solchen Bild suggeriert, daß Hilfe im Kriegsfall möglich wäre. Krieg erscheint in den Köpfen der Menschen durchführbar. Jeder und jede von uns kann Beispiele aus dem Stationsalltag nennen, wo Anweisungen auch wider besseres Wissen unkritisch ausgeführt werden. Daß die Schwester stets alles freundlich und hilfsbereit ausführt was der Arzt anordnet, ist so fest in unserem Berufsbewußtsein verankert, daß ein Ausscheren einzelner kaum möglich erscheint: Wir waren und sind uns einig darüber, daß in diesem Punkt das wesentliche Problem der Krankenpflege liegt, daß dieses Berufsbild geändert wer-

den muß, daß moderne Krankenpflege mehr leisten muß als bloßes Funktionieren. Die Diskussion über Krankenpflege und Krieg weist also weit über die direkte Fragestellung hinaus. Sie tritt sofort aus dem speziellen Thema heraus zu der grundsätzlichen Frage, wie Krankenschwestern und -pfleger verantwortlich arbeiten wollen.

Brauchen wir also, wenn sich unsere Berufsverbände noch nicht einmal ansatzweise diesen Fragen zuwenden, einen neuen Berufsverband?

Ich meine, nein. Unsere Zielsetzung war und ist erst einmal nicht die Neugründung eines hundertsten Berufsverbands, sondern die Zusammenarbeit mit und die Mitarbeit in den existierenden Organisationen, Verbänden und der Gewerkschaft. Die Tatsache, daß viele unserer Mitglieder bereits aktiv dort tätig sind, gibt uns die Möglichkeit zum Austausch auf „neutralem Boden“: im Arbeitskreis selbst kommen Berührungspunkte und traditionelle Vorurteile, zum Beispiel zwischen konfessionell Gebundenen und gewerkschaftlich Organisierten, nicht so sehr zum Ausdruck.

Dadurch sind wir in der Lage, als „Stein des Anstoßes“ zu wirken, also Einfluß auf die offiziellen Vertreter der Berufsgruppen zu nehmen. Eine Änderung des Berufsbilds kann es nur geben, wenn die Mehrheit der im Gesundheitswesen Beschäftigten das alte Berufs- und Rollenverständnis abwerfen. Ein neuer „Gegenverband“ würde diesem Ziel eher schaden, denn er würde wichtige Kräfte verzetteln und ineffektiv aufbrauchen. Daß aber ein Kreis von aktiven Personen schon einiges mehr an Gewicht hat als Einzelpersonen, zeigt, daß mittlerweile einige Verbände, nämlich die Gewerkschaft ÖTV und der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege, zu einer Podiumsdiskussion „Krankenpflege und Krieg“ bereit sind.

„Krankenpflege gegen Krieg“ will die Kriegsvorbereitungen im Gesundheitswesen bekanntmachen und ein kritisches Selbstverständnis der Pflegeberufe vor allem durch Geschichtsaufarbeitung fördern. „Krankenpflege gegen Krieg“ will aufklären über die Folgen eines Krieges, will zeigen, daß Rüstungsausgaben und Sozialabbau zusammenhängen. Und wir wollen Formen aktiven Handelns entwickeln.

inhalt

dg 2/87

dg-Report

Wer nicht wagt, der nicht gewinnt
Wirtschaftskriminalität von Ärzten 10

Ethik

Nukleare Versuchskaninchen
von Hans Mausbach 16

Internationales

„Manchmal weiß ich nicht,
wie die das schaffen“
dg-Gespräch mit Klaas Jacobs 18

Patientenversorgung

Heilige Waschungen 23

Gesundheitspolitik

Kontrovers
Gibt es eine „Kostenexplosion“
im Gesundheitswesen 24

Kostendämpfung –
alternativ gesehen 28

Pharma

Alival und kein Ende
von Ulrich Moebius 27

Allen wohl, keinem weh
von Gerd Glaeske 35

Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Sparschwein
Neuregelung der Bereitschafts-
dienste in Münster? 30

Sexualität

Das gemeine Lied der Liebe
von Volkmar Sigusch 32

Register

Inhalt dg 1/86 bis 12/86 19

Dokumente

Stellungnahme der VDS-Fach-
tagung – Medizin zur 5. AO 22

Rubriken

Sie über uns 4

Aktuelles 5

Termine/Kleinanzeigen 9

Buchkritik 36

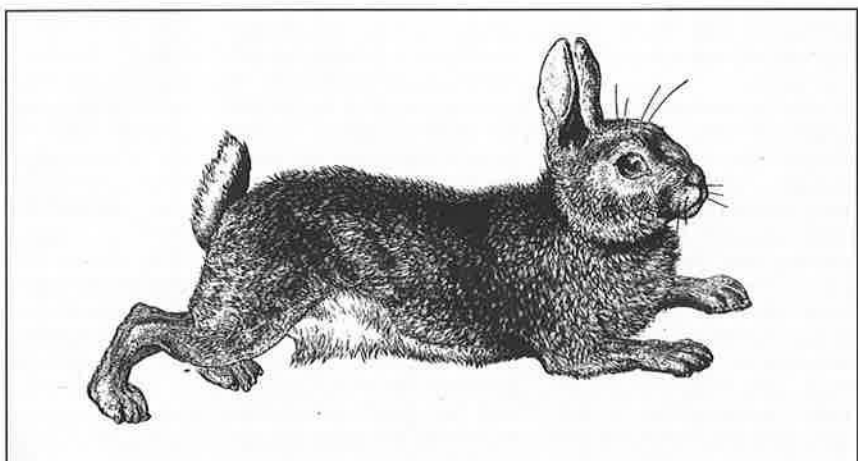
Comic 38

Wir über uns 39



Foto: Line 2/Bauer/Jung

**Dem wirtschaftskriminel-
len Einfallsreichtum man-
cher Ärzte scheint keine
Grenze gesetzt. Und es
sind nicht nur ein paar
schwarze Schafe, die be-
trügen, daß es kracht.
Der Report von Hans See
auf Seite 10.**



**Als Versuchskaninchen dienten US-Bürger der Atomin-
dustrie von 1943 bis in die 70er Jahre. Erst jetzt wurde
das Ausmaß der Strahlenexperimente bekannt. Hans
Mausbach berichtet auf Seite 16.**

**Risiken von Medika-
menten aufzuspüren
und abzuwehren, ist
die Pflicht des Bun-
desgesundheitsamts.
Daß bei Alival und
Psyton Risiken eher
vertuscht wurden,
zeigt Ulrich Moebius
auf Seite 27.**



Manipulationen

dg 12/86: „Absage an die Aufklärung“. Von Ernest Borneman

Bei dg ist es nicht üblich, daß einer der Herausgeber zur Feder greift, um hier Publiziertes zu-
rechtrücken zu müssen. Das spricht für die grundsätzliche Übereinstimmung und gute Zusammenarbeit zwischen Redaktion und Herausgebern. Gleichwohl gibt es dabei aber sensible Grenzen, die dann berührt werden, wenn in unserer Zeitschrift Marxisten unseriös porträtiert und der kritischen Öffentlichkeit fahrlässig zum Fraß vorgeworfen werden. So geschehen in der demagogischen Abrechnung Bornemans mit meinem Frankfurter Kollegen, dem Sexualwissenschaftler Volkmar Sigusch. Ihm wird fälschlich und böse unterstellt, daß er Hand in Hand mit einer „nostalgischen Nietzsche-Wagner-Hitler-Welle“ und mit einer „neuen Rechtfertigung der Folter, der Tortur, der Menschenquälerei“ gehe. Geschmacklos wird hier in einen Topf gerührt, was nicht in einen Topf gehört.

Aus dem umfangreichen wissenschaftlichen Werk von Volkmar Sigusch, das von der Therapie sexueller Störungen, empirischen Studien zur Arbeiter- und Jugendsexualität über die Aufdeckung und Verurteilung von psychochirurgischen Experimenten am Menschen bis zur theoretischen Fundierung der Sexualwissenschaft reicht, wird das Buch „Vom Trieb und von der Liebe“ herausgegriffen – übrigens nicht sein letztes. Es wird dazu benutzt, um Sigusch Etiketten aufzukleben wie beispielsweise, er sei „Idealist“, unterstütze die „Sado-Maso-Welle“, stelle den Trieb als etwas „niemals Sozialisierbares“ hin, vertrete ein „ahistorisches Konzept“ und habe folglich seine „politische Glaubwürdigkeit“ verloren.

Angesichts solch massiver Vorwürfe hätte man freilich erwartet, daß sich der Autor wenigstens darum bemüht, diese zu belegen. Weit gefehlt – es wird lediglich mit Dreck geschleudert! Liest man nämlich in dem angegriffenen Buch Siguschs, so muß man feststellen, daß der Schreiber allenfalls die Einleitung und weitere acht Seiten über „Das gemeine Lied der Liebe“ gelesen hat. Ansonsten schmeißt er nur mit Kapitelüberschriften um sich.

Es entpuppt sich hier ein Strickmuster, das keineswegs neu ist.



Es ist typisch für die sensationslüsterne Schreibe in der seichten Regenbogenpresse, zu der Borneman als Berater der Neuen Revue offenbar ein ungebrochenes Verhältnis hat. Ganz im Gegensatz dazu steht der Sexualwissenschaftler und Arzt Volkmar Sigusch. Er ist kein Fliegenbeinzähler und auch niemand, dem es ein Anliegen ist, Belanglosigkeiten akademisch sorgfältig zu beweisen, was im Wissenschaftsbetrieb zunehmend unter Forschung verstanden wird. Sigusch hat als einer der wenigen die wissenschaftliche Anstrengung unternommen, den Begriff des Sexuellen theoretisch abzuleiten.

Besonders zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang sein Buch über „Die Mystifikation des Sexuellen“, das noch im selben Jahr wie „Vom Trieb und von der Liebe“ erschienen ist und von Borneman bewußt verschwiegen wird. Sein Angriff reduziert sich im Kern auf den Essay von Volkmar Sigusch über „Das gemeine Lied der Liebe“.

HANS-ULRICH-DEPPE
Frankfurt

Geschreibe

dg 12/86: „Absage an die Aufklärung“. Von Ernest Borneman

Habt ihr redaktionell einen solchen Notstand, daß ihr die Seiten mit einem Artikel wie dem von Ernest Borneman füllen müßt? Es verschlägt mir die Sprache, wenn in einer fortschrittlichen Zeitschrift dieser „Sexualberater“ von Schmierblättchen wie der Neuen Revue seinen Abgesang an die Traditionen der Aufklärung loslassen kann. Und das noch speziell mit einer Kritik an Volkmar Sigusch, die selbst unter aller Kritik ist. Das ganze hatten wir doch schon vor ein paar Monaten im „Spiegel“, als einer dieser anonymen Hausschreiber genau dieses Zitat („Unsere Liebe ist eine Orgie gemeinster Quälerei...“), das Borneman jetzt auch wieder bringt, genauso aus dem Zusammenhang riß und entsprechend entstellt in seinen Artikel einbaute.

Das Zitat stammt aus einem Aufsatz, der in der Zeitschrift „Sexualität Konkret“ abgedruckt war. Dort hat Sigusch zehn Zeilen vor jenem zitierten niederen Lied der Liebe, das Hohe Lied der Liebe beschrieben („Sie ist weich, warm und weiblich. Sie eifert nicht und treibt nicht Mutwillen...“ und dann weiter: „Das, was wir Liebe nennen, ist eine Einheit einander entgegenstrebender Strebungen.“) Das Zitat bei Borneman ist also nicht nur aus dem Zusammenhang

gerissen, es stellt den Inhalt völlig falsch dar.

Wirklich denunziatorisch wird dieses unsägliche Pamphlet dann, wenn aus dem entstellten Zitat persönliche Konsequenzen für die Person Sigusch gezogen werden. Wenn Sigusch das, was er hier als „Liebe“ beschreibt, am eigenen Leib erfahren hat, dann tut er mir leid.

Und als Abschluß seines Diskurses dürfen wir noch etwas über Bornemans eigenes gelungenes Liebesleben erfahren. Meine Güte, so ein Geschreibe gehört in den Bauer-Verlag oder Augsteins Magazin, aber nicht ins dg.

Im übrigen kann ich gerade diesen Aufsatz von Volkmar Sigusch nur empfehlen. Im Schlußsatz heißt es da: „Und wenn der Hofhund von der Kette reißen wird, wird die Idee der Liebe vielleicht das sein, was sie uns seit Generationen zu sein verspricht: Lösung und eine Kraft, die revolutioniert. Derweil aber bleibt uns nur, ihr Lied zu singen, mal hoch, mal nieder und immer das allgemeine, zu stammeln, zu hoffen und zu kämpfen: um unsere Liebe heute und morgen, um die, die des Menschen ist.“

MONIKA SCHÄFER-
KLOSTERHUIS
Berlin (West)



Foto: H. Koelbl, Männer, Bucher-Verlag

Tschernobyl: Teilerfolg im Musterprozeß

Die siebenjährige Münchner Schülerin Franziska Baumann, die in einem Musterprozeß um Ersatz für die Schäden kämpft, die ihr möglicherweise als Folge der Atomkatastrophe von Tschernobyl entstehen können, hat jetzt einen ersten Teilerfolg errungen. Die Zivilkammer des Landgerichts München I hat die beklagte Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, sich bis zum 20. Januar über die Strahlenmessungen und deren Auswertung zu äußern. Der Anwalt des Mädchens hatte die Feststellungsklage damit begründet, daß die Bundesregierung ihrer Informationspflicht zu spät nachgekommen und deshalb für eventuelle Spätschäden verantwortlich sei. Wären die Eltern rechtzeitig gewarnt worden, hätte das Kind aus dem Gefahrengebiet gebracht werden können. Die Bundesregierung hatte dagegen eine Abweisung der Klage beantragt, da eine gesetzliche Informationspflicht nicht bestanden habe.

Sozialhilfe 1985

Nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden hat es 1985 neun Prozent mehr Sozialhilfeempfänger gegeben als im Vorjahr. Insgesamt bezogen 1985 2,8 Millionen Personen Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, davon 1,2 Millionen männlichen und 1,6 Millionen weiblichen Geschlechts. In diesen Zahlen sind Nichtseßhafte sowie Personen, die nur einmalig oder pauschal gewährte Zahlungen bekamen, nicht enthalten.

Rezeptpflicht für Metamizol

Metamizolhaltige Arzneimittel sind am 19. Dezember vom Bundesrat auf Empfehlung seines Gesundheitsausschusses unter Rezeptpflicht gestellt worden. Damit entsprach der Bundesrat der Meinung zahlreicher Experten, die sich in der lange währenden Debatte um Metamizol geäußert hatten. Auch das Bundesgesundheitsamt hatte im November die Einführung der Verschreibungspflicht gefordert.

Berlin (West): Kammerwahlen

Knapp verfehlt hat die oppositionelle Ärzteliste in Berlin (West), die „Fraktion Gesundheit“, ihr Wahlziel, 51 Prozent der Stimmen zu bekommen. Dennoch wurde sie mit 3580 Stimmen und 45 Sitzen (48,4 Prozent) stärkste Gruppierung in der Berliner Ärztekammer.

Ob Ellis Huber, der Kandidat der oppositionellen Ärzte für die Präsidentschaft, gewählt werden wird, ist noch nicht gewiß, da die konservativen Listen zusammen ebenfalls 45 oder gar 46 Sitze erhalten werden. Sie hatten sich bei Redaktionsschluß allerdings noch nicht auf einen Kandidaten einigen können.



Fonds für lebensmüde Politiker

Einen Fonds „Zur Aufrichtung lebensmüder Politiker, Industrieller und Wissenschaftler“ hat die Regionalgruppe Hessen des Arbeitskreises „Krankenpflege gegen Krieg“ gegründet. Sie fragt in ihrem Aufruf, wie es möglich sei, daß der größte Teil der Bevölkerung vor den „Kloaken unserer Zivilisation“ die Augen verschließe und den Beschwichtigungen der Politiker, der Industriellen und der Wissenschaftler Glauben schenke, wo diese „die Grundlagen unseres Lebens“ vernichteten. Die Regionalgruppe Hessen kommt zu dem Schluß, daß die genannten Personengruppen nur „lebensmüde“ sein könnten, wenn sie die Politik der atomaren, biologischen und chemischen Hochrüstung und Vergiftung weiter betrieben. Aus dem Fonds sollen jährlich Preise an Personen vergeben werden, die nachweisen können, daß sie einen Politiker, Industriellen oder Wissenschaftler aufgerichtet und ihm „ein neues Lebensziel zum Wohle der Menschheit“ gegeben habe. Fonds-Sonderkonto: Bernhard Stapel, Kto.-Nr.: 127020741 bei der Stadtsparkasse Frankfurt.



Tschernobyl: Nachgemessen

Nahrungsmittel mit weniger als 10 Becquerel pro Kilo werden als strahlenarm bezeichnet. Nahrungsmittel, die eine Belastung zwischen 10 und 30 Becquerel pro Kilo aufweisen, sind für Schwangere, Stillende und Kleinkinder nicht unbedenklich. Von einem stärkeren Verzehr ist diesen Risikogruppen abzuraten. Nahrungsmittel mit 30 bis 100 Becquerel pro Kilo müssen als stark belastet bezeichnet werden. Für Schwangere, Stillende und Kleinkinder sind sie nicht geeignet, andere Bevölkerungsgruppen sollten den Verzehr dieser Lebensmittel einschränken.

Werte aus Radioaktivitätsmessungen

Cs in bq/kg

	Meßwert Durchschnitt	Höchstwert
Babynahrungsmittel (unverdünntes Pulver)		
Pre Aptamil haltbar bis 5/87	unter 5	
Pre Aptamil 9/87	3	22
Aletemil 1 8/87	0	
Aletemil 2 10/87	5	
Pre Humana 1 6/87	28	41
Pre Humana 1 7/87	35	
Pre Humana 1 8/87	unter 5	
Pre Beba 9/87	unter 5	
Beba 4/87	0	
Hippon 1 perliert 8/87	4	
Hippon 2 perliert 9/87	8	
Hippon A 8/87	3	
Pre Milumil 8/87	unter 5	
Pre Milumil 10/87	56	
Milumil 5/87	5	
Milumil 6/87	56	
Milumil 9/87	unter 5	
Lactana B 8/87	182	
Humana 2 5/87	48	
Humana 2 8/87	29	

Milch (frische Vollmilch)

7. 1. 87	Vita-Milch	4	8
8. 1. 87	Eifel-Milch	4	
8. 1. 87	Demeter, Schrotzberg	unter 5	
8. 1. 87	Westmilch	5	10
8. 1. 87	Kuttel	5	10

Süßigkeiten

Dezember '86	Waldbauer Kernbeißer, Nuß	161	
Dezember '86	Die Nuss, Nuß	127	
Dezember '86	Milka, Nuß	65	
Dezember '86	Milka, Vollmilch	13	
Dezember '86	Ritter Sport, Trauben-Nuß	59	
Dezember '86	Schogetten, Nuß	5	
Dezember '86	Sarotti, Mandel-Nuß	5	
Dezember '86	Sarotti, Vollmilch	21	

Honig

6. 12. 86	Bayrischer Wald	82	446
6. 12. 86	Oberelchingen, Süddt.	6	60
12. 12. 86	München	0	
Oktober '86	Norddeutschland	8	
November '86	Hessen	52	
November '86	Frankreich	70	

Tarifregelungen für den Bereitschafts- dienst:

Immer bereit?

ma – In letzter Zeit häufen sich an vielen Krankenhäusern die Auseinandersetzungen um die Regelungen des Bereitschaftsdienstes. Die Vorgänge in Münster, über die dg in diesem Heft berichtet, sind Anlaß, die wichtigsten tariflichen Bestimmungen darzustellen.

Seit dem 1. Januar 1983 hat die Gewerkschaft ÖTV die Bereitschaftsdienste für die Angestellten im pflegerischen und ärztlichen Bereich des Krankenhauses neu geregelt. In den Sonderregelungen SR 2 a BAT für den Pflegebereich und SR 2 c für den ärztlichen Bereich sind die Vorschriften über die Bereitschaftsdienste festgelegt. Die Vorschriften für beide Bereiche sind dabei weitgehend identisch und hier so dokumentiert.

dg wird in der nächsten Ausgabe auf die Mitbestimmungsmöglichkeiten von Personal- und Betriebsräten bei der Arbeitszeitgestaltung der Bereitschaftsdienstregelungen eingehen sowie auf die Möglichkeiten der Mitarbeitervertretungen in den konfessionellen Betrieben.

Die tarifvertraglichen Regelungen sind der ÖTV-Broschüre „Die neuen tarifvertraglichen Regelungen zum Bereitschaftsdienst im Krankenhaus“ entnommen.

*B. Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft

*(1) (...) Der Arbeitgeber darf Bereitschaftsdienst nur anordnen, wenn zu erwarten ist, daß zwar Arbeit anfällt, erfahrungsgemäß aber die Zeit ohne Arbeitsleistung überwiegt.

*(2) Zum Zwecke der Vergütungsberechnung wird die Zeit des Bereitschaftsdienstes einschließlich der geleisteten Arbeit wie folgt als Arbeitszeit gewertet:

a) Nach dem Maß der während des Bereitschaftsdienstes erfahrungsgemäß durchschnittlich anfallenden Arbeitsleistungen wird die Zeit des Bereitschaftsdienstes wie folgt als Arbeitszeit gewertet:

Stufe	Arbeitsleistung innerhalb des Bereitschaftsdienstes	Bewertung als Arbeitszeit
A	bis 10 v. H.	15 v. H.
B	mehr als 10 bis 25 v. H.	25 v. H.
C	mehr als 25 bis 40 v. H.	40 v. H.
D	mehr als 40 bis 49 v. H.	55 v. H.

Ein hiernach der Stufe A zugeordneter Bereitschaftsdienst wird der Stufe B zugeteilt, wenn der Angestellte während des Bereitschaftsdienstes in der Zeit von 22 bis 6 Uhr erfahrungsgemäß durchschnittlich mehr als dreimal dienstlich in Anspruch genommen wird.

b) Entsprechend der Zahl der vom Angestellten je Kalendermonat abgeleisteten Bereitschaftsdienste wird die Zeit eines jeden Bereitschaftsdienstes zusätzlich wie folgt als Arbeitszeit gewertet:

Zahl der Bereitschaftsdienste im Kalendermonat	Bewertung als Arbeitszeit
1. bis 8. Bereitschaftsdienst	25 v. H.
9. bis 12. Bereitschaftsdienst	35 v. H.
13. und folgende Bereitschaftsdienste	45 v. H.

(7) Im Kalendermonat dürfen

in den Stufen A und B nicht mehr als sieben,
in den Stufen C und D nicht mehr als sechs

Bereitschaftsdienste angeordnet werden. Diese Zahlen dürfen vorübergehend überschritten werden, wenn sonst die Versorgung der Patienten nicht sichergestellt wäre. Leistet der Angestellte auch Rufbereitschaft, ist dies bei Anwendung des Satzes 1 in der Weise zu berücksichtigen, daß zwei Rufbereitschaften als ein Bereitschaftsdienst gelten.

Ein Wochenendbereitschaftsdienst darf in den Stufen C und D nicht zusammenhängend von demselben Angestellten abgeleistet werden. Nach einem zusammenhängenden Wochenendbereitschaftsdienst oder einem anderen entsprechend langen Bereitschaftsdienst ist eine Ruhezeit von mindestens 12 Stunden dienstplanmäßig vorzusehen.

Wird der Angestellte an einem Kalendertag, an dem er eine Arbeitszeit – ausschließlich der Pausen – von mindestens sieben Stunden abgeleistet hat, zu einem Bereitschaftsdienst der Stufe C oder D herangezogen, der mindestens zwölf Stunden dauert, soll ihm nach diesem Bereitschaftsdienst eine Ruhezeit von mindestens acht Stunden gewährt werden; dies gilt nicht, wenn bei Gewährung der Ruhezeit die Versorgung der Patienten nicht sichergestellt wäre.

Unterabsatz 3 gilt entsprechend nach einer mindestens 24stündigen ununterbrochenen Inanspruchnahme durch Arbeit und Bereitschaftsdienst zwischen 6 Uhr an einem Sonntag oder einem Wochenfeiertag und 9 Uhr am folgenden Tag.

Unbeschadet der Unterabsätze 3 und 4 ist, von Notfällen abgesehen, dem Angestellten nach einem Bereitschaftsdienst von mindestens zwölf Stunden in dem erforderlichen Umfang Arbeitsbefreiung zu gewähren, wenn er nachweist, daß seine Inanspruchnahme während des Bereitschaftsdienstes über 50 v. H. hinausgegangen ist. Die Zeit der Arbeitsbefreiung ist Freizeitausgleich im Sinne des Absatzes 4.

Der Angestellte, der ständig Wechselschichtarbeit (§ 15 Abs. 8 Unterabs. 6) zu leisten hat, soll im Anschluß an eine Nachtschicht nicht zum Bereitschaftsdienst herangezogen werden.

Beitragswelle bei den Kran- kenkassen

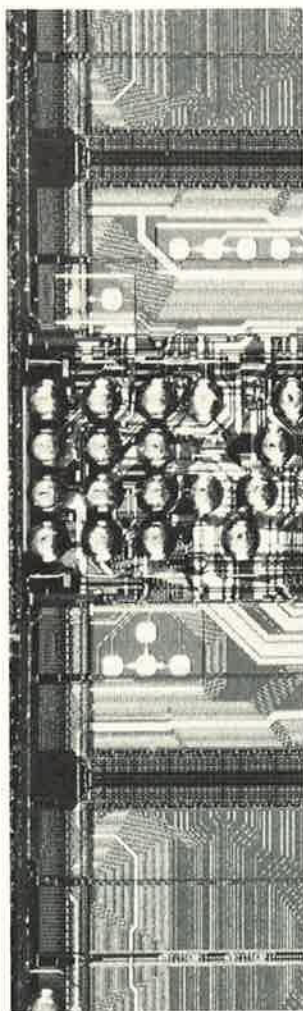
Etwa die Hälfte aller Orts- und Innungskrankenkassen hat zum Jahreswechsel die Mitgliedsbeiträge angehoben. Während die Steigerung bei den Innungskrankenkassen um einen Prozentpunkt schwankt, lag er bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen bei 0,4 bis 0,5 Prozentpunkten. Dennoch liegen die Innungskrankenkassen mit den Mitgliedsbeiträgen niedriger.

28 Ortskrankenkassen ziehen nun Beitragssätze von über 15 Prozent ein. Davon betroffen sind vor allem strukturschwache Regionen im Norden und im Ruhrgebiet.

Gutachten zur Kammer- opposition

Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Listen demokratischer Ärztinnen und Ärzte hat der Bremer Rechtswissenschaftler Professor Gerhard Stuby ein Gutachten „Zum Recht auf organisierte Opposition in den Ärztekammern und zu den prozessualen Möglichkeiten seiner Durchsetzung“ erstellt. Danach haben zwar die Ärzte als Zwangsmitglieder in den Kammern kein Recht, die Mitgliedsbeiträge zu verweigern, wenn sie sich durch die Ärztekammern nicht vertreten sehen. Sie können aber einen Anspruch auf Unterlassung gerichtlich durchsetzen, wenn diese ihre Aufgaben überschreiten. „Angesichts der bestehenden verfassungsrechtlichen Bindungen sind die gesetzlichen Aufgabenzuweisungen an die Kammern restriktiv zu interpretieren und einzuschränken auf berufliche, beziehungsweise berufsständische Fragen gruppenspezifischer Art, welche die Gesamtheit und nicht nur einzelne Mitglieder berühren“, heißt es in dem Gutachten.

Dieser Definition der Aufgaben der Ärztekammer zufolge wären die Äußerungen der Bundesärztekammern zum Paragraphen 218 oder zum Katastrophenschutz sowie die Veröffentlichung der Stellungnahme Karsten Vilmar zur Katastrophe von Tschernobyl in Anzeigen der stromerzeugenden Industrie anfechtbar, führte Stuby aus.



Dienstvereinbarung zum Rationalisierungsschutz

Eine Dienstvereinbarung über die „Sicherung der Arbeitsplätze“ haben die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und deren Gesamtpersonalrat abgeschlossen. Nach Auffassung der Gewerkschaft ÖTV kann diese Betriebsvereinbarung, die am 1. September 1986 in Kraft getreten ist, als beispielhaft für den berufsgenossenschaftlichen Bereich gelten. Unter anderem konnte dort festgeschrieben werden, daß keine Kündigungen, bedingt durch Rationalisierungsmaßnahmen, erfolgen dürfen. Außerdem sind Versetzungen von Beschäftigten außerhalb des jeweiligen Dienstortes gegen ihren Willen untersagt. Für alle Rationalisierungsmaßnahmen, die vor Inkrafttreten der Vereinbarung durchgeführt wurden, findet diese rückwirkend Anwendung. Den Erfolg der Verhandlungen führt der Gesamtpersonalrat vor allem darauf zurück, daß die Kolleginnen und Kollegen frühzeitig informiert und die Forderungen des Personalrates auf einer Personalversammlung erläutert und diskutiert worden seien.

Kinder-Krebshilfe

Etwa fünf Millionen Mark sind bisher aus der Aktion „Hilfe für krebskranke Kinder“, die von der Illustrierten „Stern“ initiiert wurde, verteilt worden. Von dem Geld sollen in einigen Kliniken Ärzte, Krankenschwestern und Sozialpädagogen bezahlt werden, vorerst begrenzt auf ein Jahr. In Tübingen und Hannover sollen Elternwohnungen in der Nähe der Kliniken finanziert werden. Der größte Teil des Geldes ist für medizinische Großgeräte zur Verfügung gestellt worden. So erhalten unter anderem Kinderkliniken in Essen, Bonn, Homburg, Stuttgart und München jeweils einen Computersonographen im Werte von 345.000 DM.

Klage gegen Strahlenschutzvorsorgegesetz?

Der Hessische Sozialminister, Armin Clauss (SPD), erwägt eine Verfassungsklage gegen das

Strahlenschutzvorsorgegesetz, das am 19. Dezember 1986 im Bundesrat abschließend behandelt worden ist. Clauss kritisierte in seiner Rede vor dem Bundesrat, daß dieses Gesetz „im Hau-ruckverfahren“ durchgesetzt worden sei. Besonders bemängelte der Minister, daß weder dem „vorbeugenden Gesundheitsschutz der Bevölkerung noch dem Strahlenminimierungsgebot“ die oberste Priorität eingeräumt werde. Dagegen enthalte das Gesetz „ein Einfalltor für alle möglichen wirtschaftlichen Erwägungen“. Begrüßt wurde die beabsichtigte Verfassungsklage vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte. Sie erklärten, daß das Strahlenschutzvorsorgegesetz tatsächlich eine Erhöhung des Krankheitsrisikos durch Radioaktivität bedeute, da es keine wissenschaftliche Begründung für Schwellenwerte gebe, unterhalb derer Radioaktivität unschädlich sei.

Holzschutzprozeß: Schwarzer Tag



Das Landgericht Köln hat die Klage der Familie Zapke abgewiesen. Um den Prozeß weiterführen zu können, ist materielle Hilfe dringend erforderlich.

Der 17. Dezember 1986 ist für den Verbraucherschutz ein schwarzer Tag. An diesem Tag wies das Landgericht Köln die Zivilklage von Volker und Helga Zapke gegen die Chemiefirmen Desowag Bayer und Chemische Werke Weyl ab.

Volker und Helga Zapke, Gründer der Interessengemeinschaft der Holzschutzmittelgeschädigten (IHG), wollen Schadenersatz für die durch giftige Holzschutzmittel erlittenen materiellen und gesundheitlichen Schäden. Die jahrelange Belastung mit Chemikalien wie Lindan, PCP oder Dioxinen, die in die Raumluft ausgasen, führt bei mehreren tausend Menschen zu zahlreichen Krankheiten, wie zum Beispiel Schwächung der Immunabwehr oder Depressionen.

- ☐ Ich/wir unterstützen den Spendenaufruf zugunsten Fam. Zapke und spenden DM _____ (per VS-Scheck oder Überweisung)
- ☐ Ich/wir sind mit der Veröffentlichung meines/unseres Namens unter einem Spendenaufruf einverstanden.

Name: _____

Beruf: _____

Anschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte einsenden an: Die Verbraucher-Initiative e.V., Postfach 1746, 5300 Bonn 1.

Für den Verbraucherschutz und für Familie Zapke ist dieses Urteil eine Katastrophe. Denn nicht die Produzenten haften, sondern die Opfer. Durch die Abweisung der Klage kommen auf Familie Zapke Prozeßkosten in Höhe von 80.000 DM zu.

Wir meinen: Der Prozeß muß weitergeführt werden. Es ist ein Prozeß auch für uns – denn auch wir hätten Opfer dieser Wohngifte werden können. Aus diesem Grunde hat die Verbraucher-Initiative einen Solidaritätsfonds eingerichtet.

Wir möchten Euch bitten:

– Spendet für diesen Solidaritätsfonds, damit der Prozeß weitergeführt werden kann!

Spendenkonto: Sparkasse Bonn, Kto.-Nr. 1900 1411 (BLZ 380 500 00)

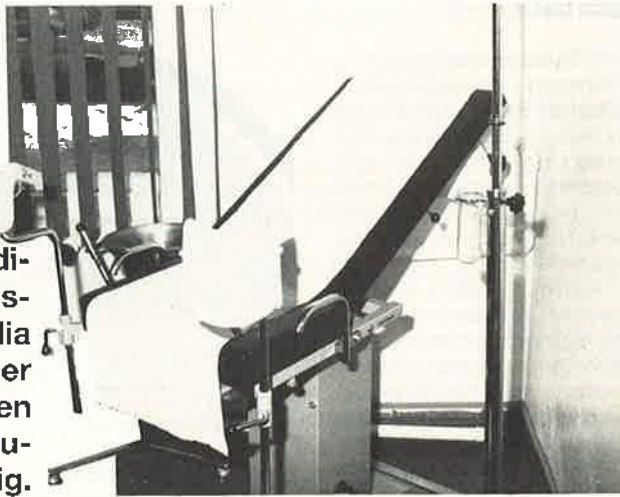
– Unterstützt den Spendenaufruf mit Eurer Unterschrift. Wir wollen den Aufruf mit den Namen der Erstspender und Unterstützer in großer Zahl drucken und verbreiten. Schickt bitte den Coupon möglichst schnell zurück.

– Teilt uns mit, wen wir wegen Spenden und Unterstützung ansprechen können. Denn die Weiterführung des Prozesses ist notwendig.

Gerd Billen Girmscheid

Pro Familia: Alles unter keinem Dach

Die Zulassung eines medizinischen Behandlungszentrums der Pro Familia in Bielefeld wird seit vier Jahren von den Behörden hinausgezögert. Die Argumente sind dürftig.



Aus den ersten Erfahrungen mit der Pflichtberatung nach Paragraph 218 hat die Pro Familia seit einigen Jahren versucht, durch die Einrichtung von medizinischen Behandlungszentren wirkliche „Hilfe für ungewollt in Not geratene Schwangere“ anzubieten. Nach Indikationsstellung und Pflichtberatung sollte auch der Schwangerschaftsabbruch in einer auf psychische und medizinische Betreuung ausgerichteten Umgebung bei der Pro Familia durchgeführt werden können. Zentren nach dem Prinzip „Alles unter einem Dach“ arbeiten bereits in Bremen, Hamburg, Kassel, Rüsselsheim und Saarbrücken.

Eine solche Einrichtung war auch von der Pro Familia Bielefeld geplant. Doch die Allianz aus Regierungspräsident in Detmold, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales und der zuständigen Ärztekammer hat dieses Vorhaben nach jahrelanger Hinhalte- und Verzögerungstaktik zu Fall gebracht.

– Vor Eröffnung des Zulassungsverfahrens mußte das medizinische Behandlungszentrum bis auf den letzten Infusionsständer fertig eingerichtet bereit stehen.

– Der erste Antrag auf Zulassung zur Durchführung von ambulanten Schwangerschaftsabbrüchen mit einem Arzt, der lange in einer niederländischen Klinik für Schwangerschaftsabbrüche gearbeitet hat, wurde wegen der angeblich mangelnden Qualifikation des Arztes abgelehnt.

– Der zweite Antrag – diesmal zusammen mit einem Gynäkologen – wurde erneut abgewiesen: ein nicht niedergelassener, sondern bei der Pro Familia angestellter Arzt könne wegen des Abhängigkeitsverhältnisses grundsätzlich nicht zugelassen werden.

– Der dritte Antrag – unter dem starken Druck der bereits entstandenen Unkosten entgegen dem ursprünglichen Konzept zunächst in Zusammenarbeit mit einem bereits niedergelassenen Arzt – wurde nach mehr als dreimonatiger Bearbeitung schließlich an die Ärztekammer zur Genehmigung einer Zweitpraxis verwiesen. Von dort liegt jetzt – nach knapp zwei Monaten – noch keine Antwort vor.

Öffentliche Gelder haben zur Finanzierung des Projektes nie zur Verfügung gestanden, so daß Kredite, abgesichert durch private Bürgschaften, für Umbau, Einrichtung, Miete und laufende Kosten aufgenommen werden mußten. Jeder Tag, den das Zulassungsverfahren seit der Fertigstellung der Räume und erstmaliger Antragstellung 1984 von behördlicher Seite verzögert worden ist, hat die Pro Familia Geld gekostet, so viel Geld, daß jetzt ein weiteres Warten auf eine eventuelle Zulassung nicht länger finanziert werden kann.

Ein medizinisches Behandlungszentrum der Pro Familia wird es in Bielefeld nicht geben. Einrichtungsgegenstände müssen verkauft, die Räume anderweitig vermietet werden. Dennoch muß ein Großteil der Bürgschaften für das gescheiterte Projekt in Anspruch genommen werden. Legaler Schwangerschaftsabbruch für Frauen in Bielefeld und Umgebung wird weiterhin diskriminierende Behandlung, Bevormundung, sterile Krankenhausatmosphäre, mangelnde Nachbetreuung und das Gefühl von Illegalität bedeuten.

Resümee nach vier Jahren: was bleibt, ist Wut, Resignation und Enttäuschung. Der scheinliberale Paragraph 218 mit seiner teilweisen Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs bleibt weiterhin ein Repressionsinstrument, mit dem die ungewollt schwangeren Frauen zu Bittstellergängen bei verschiedenen Ärzten und Kliniken gezwungen werden. „Etwas Strafe für die Kindesmörderinnen muß doch bleiben!“

Wir brauchen dringend Spenden (als zweckgebundene Spende für den medizinischen Behandlungsbereich steuerlich absetzbar).

Pro Familia OV Bielefeld
Konto-Nr. 1007532500
Bank f. Gemeinwirtschaft Bielefeld
BLZ 480 101 11

DGSP: Stellungnahme zur Reform des EBM

Zur geplanten Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) der kassenärztlichen Leistung hat im Dezember die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) Stellung bezogen. Auch wenn die Reform darauf abziele, „zuwendungsintensive“ ärztliche Tätigkeiten etwa gegenüber Laborleistungen aufzuwerten, werde sich dadurch an den Problemen psychisch Kranker nichts ändern. Die Einzeleinstellungsvergütung führe grundsätzlich zur „Selektion von wartezimmerfähigen und solchen Patienten, die wegen der Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung für die Behandlung durch niedergelassene Ärzte nicht in Frage kommen“. Auch die Reform des EBM lasse psychisch kranke Patienten weiter ambulant unbehandelt. Die DGSP betont in ihrer Stellungnahme, daß die psychosoziale Versorgung der Bevölkerung nicht von einer Berufsgruppe, auch nicht der der Ärzte, allein geleistet werden könne. Der Sicherstellungsauftrag müsse daher auf die Kommunen übertragen werden. Das derzeitige Finanzierungssystem sei neu zu ordnen, mit dem Ziel eines regionalen Verbundsystems, an dem alle bisherigen Kostenträger beteiligt werden sollten.

Die Reform des EBM ist nach Ansicht der DGSP lediglich eine Verschiebung der Rationalisierungsgewinne der Niedergelassenen. Die psychisch Kranken gingen bei dieser „Verschieboaktion“ leer aus.

Berufskrankheiten

Eine neue Dokumentation zum Berufskrankheitsgeschehen ist in diesen Tagen vom Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften herausgegeben worden. Dies ist mittlerweile die dritte Dokumentation, die in dreijährigem Rhythmus erscheint. Die neue Ausgabe enthält Zahlenmaterial über das Berufskrankheitsgeschehen bei den Berufsgenossenschaften. Die Broschüre BK-Dok 84 kann beim Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften, Lindenstr. 78–80, 5205 St.-Augustin 2, kostenlos angefordert werden.

termine / kleinanzeigen

4. – 5. 2.

Osnabrück

Seminar: Der Kranke und sein Umfeld. Ansätze zu einer patientenorientierten Geschichte des Gesundheitswesens.

Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück.

10. 2.

Stuttgart

Vortrag: Die „Hexe“ und der „Priester“: Nächtliche Heilungsrituale in den Anden Boliviens

Kontakt: Robert-Bosch-Stiftung GmbH, Institut für Geschichte der Medizin, Straußweg 17, 7000 Stuttgart 1, Tel.: (07 11) 48 30 13 + 17.

13. – 15. 2.

Tübingen

Arbeitstagung: „Seelenpresse“ – Patientenzeiten in der Psychiatrie

Kontakt: Evangelische Akademie, 7325 Bad Boll, Tel.: (071 64) 79-211 (vormittags).

13. – 15. 2.

Köln

Internationale Ausstellung: Natur und Gesundheit

Kontakt: Gunther Anhalt, Am Fließ 10, 5013 Elsdorf, Tel.: (022 74) 37 43.

26. 2. – 1. 3.

Loccum

Tagung: Entscheidungsfreiheit und Handlungszwang. Medizinisches Handeln zwischen Gewissensentscheidung, Routine und rechtlicher Normierung

Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loocum, Tel.: (057 66) 81-0.

2. – 6. 3.

Hamburg

Bildungsurlaubs-Seminar: Krankenpflege im Nationalsozialismus (II)

Kontakt: Berufsbildungswerk, Gemeinnützige Bildungseinrichtung des DGB, Bezirksgeschäftsstelle Hamburg, Billhomer Deich 96/II, 2000 Hamburg 28, Tel.: (040) 78 13 71 – 74.

9. – 13. 3.

Marl

Seminar: Tod und Sterben. Begleitung und Betreuung Schwerkranker, Sterbender und ihrer Angehörigen

Kontakt: Allgemeiner Krankenpflegeverband, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstraße 55, 4370 Marl, Tel.: (023 65) 346 66

20. – 21. 3.

Osnabrück

Seminar: Das Bild von Pflegepersonal und Krankenhaus in Film und Fernsehen

Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück.

27. – 29. 3.

Solingen

Seminar/Mitgliederversammlung: Nationale und internationale Zusammenarbeit gegen den multinationalen BAYER-Konzern – Chancen und Möglichkeiten der Vernetzung

Kontakt: BAYER-Coordination, Axel Köhler-Schnura, Hofstraße 27 a, 5650 Solingen 11.

30. 4. – 3. 5.

Achberg / Bodensee

4. Arbeitstagung „Psychotherapie und Ökologie“. Thema: „Zwischen Kernschmelze und Kernneurose?“

Kontakt: Dr. Till Bastian, Uferstraße 55, 6500 Mainz.

Ich bin 31, fast Allgemeinärztin und suche ab Ende 1987 eine Weiterbildungsstelle in einer netten Allgemein- (Gemeinschafts-)Praxis. Bevorzugt Raum Südbaden. Ich interessiere mich für Naturheilkunde und Balneotherapie und hätte mal Lust, mit „Gleichgesinnten“ zusammenzuarbeiten. Wer hat einen guten Tip?

Elke Walk, Stophanienstraße 4, 7800 Freiburg, Tel.: (07 61) 70 08 22

Eilt!

Nervenarzt mit Schwerpunkt Neurologie wegen Unfall des Praxisinhabers für längerfristige Vertretung gesucht. Raum Ruhrgebiet. Eine Praxisbeteiligung ist gegebenenfalls möglich.

Zusendungen unter Chiffre 010287 an: dg, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3.

Wir suchen neue Mitstreiter/innen für die ambulante Kranken- und Kinderkrankenpflege in Bremen! Wenn es eine/n

Krankenschwester/-pfleger

Kinderkrankenschwester/-pfleger

gibt, die/der Interesse an der Arbeit in einem selbstverwalteten Verein hat und im ambulanten Bereich arbeiten will, **melde Dich bei uns!**

Voraussetzungen: 2 bis 3 Jahre Berufserfahrung nach Examen, eigener Pkw, Telefon, **Engagement** über die reine Berufsausübung hinaus.

Anfragen und Bewerbungen bitte an:

Häusliche Krankenpflege und Kinderkrankenpflege Bremen e. V.

Friedrich-Ebert-Str. 124, 2800 Bremen, Tel.: wochentags von 11 bis 13 Uhr: (04 21) 53 27 15.

Der pro familia-Landesverband NRW sucht für die Beratungsstelle Düsseldorf 30, Blücherstraße 61 **ab sofort eine Ärztin/Arzt** drei Stunden pro Woche, Montag abends von 17 – 22 Uhr. Ihre Bewerbungen richten Sie bitte an:

pro familia-Landesverband NRW, Loherstraße 7, 5600 Wuppertal.

Feministische Ärztin sucht dringend andere Medizinerinnen zur gegenseitigen Unterstützung im patriarchalen Krankenhaus-System und für die Suche nach einer feministischen Medizin.

Vorwiegend im Raum Bonn/Köln, aber auch sonstwo. Imela, Tel.: (02 28) 64 71 12.

Gemeinschaftspraxis im Emsland (Landarztpraxis) **sucht ab sofort** für 6 Monate Assistenten. Innere und chirurgische Vorkenntnisse unbedingt erforderlich.

Zuschriften bitte an:

Gemeinschaftspraxis P. Brinkmann, M. Roovers, Althesepertweg 42, 4477 Twist, beziehungsweise telefonische Kontaktaufnahme unter (059 36) 358.

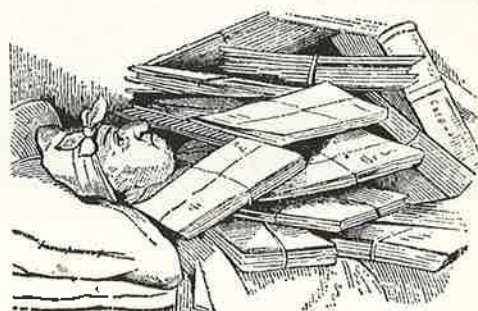
Ärztin, 37 J., 3 Kinder, sucht für ihre neue Allgem.

Praxis mit Naturheilverfahren in OF-City **Kollegin/en** als Partner. Probezeit als Praxis-ass./in möglich. Tel.: (069) 81 42 98 oder 88 35 57.

Gruppenpraxis im Raum Hessen (Innere- und Allg. Medizin) **sucht** Orthopäden/ in oder Kinderarzt/in, die auch der Naturheilkunde gegenüber aufgeschlossen sind.

Zusendungen unter Chiffre 020287 an:

dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3



Wer nicht wagt, der nicht gewinnt

Wirtschaftskriminalität von Ärzten

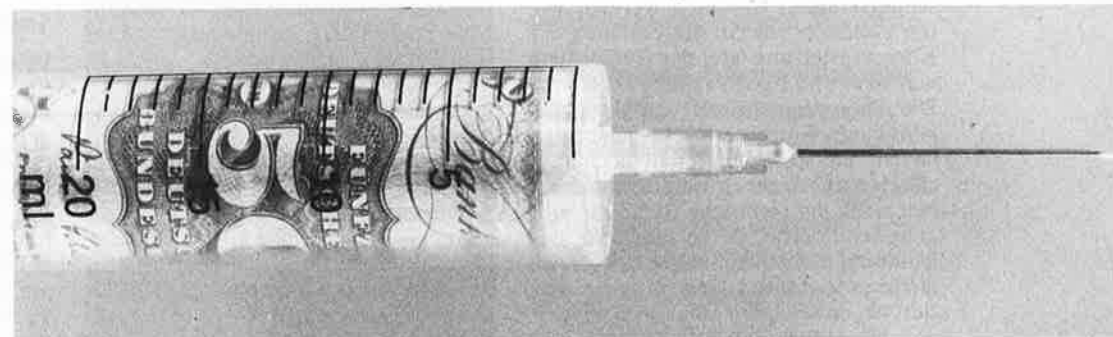
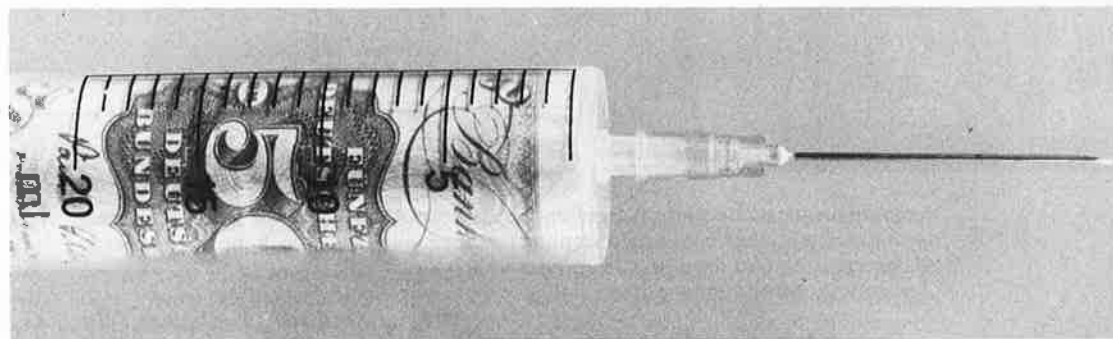


Daß Ärzte Geld verdienen wollen, ist ihr gutes Recht. Doch viele können den Hals nicht vollkriegen. Ihrem wirtschaftskriminellen Einfallsreichtum scheinen keine Grenzen gesetzt.

Und es sind nicht nur ein paar schwarze Schafe, denn wer nicht wagt, der nicht gewinnt. dg-Herausgeber Hans See hat das Millionenspiel genauer untersucht.



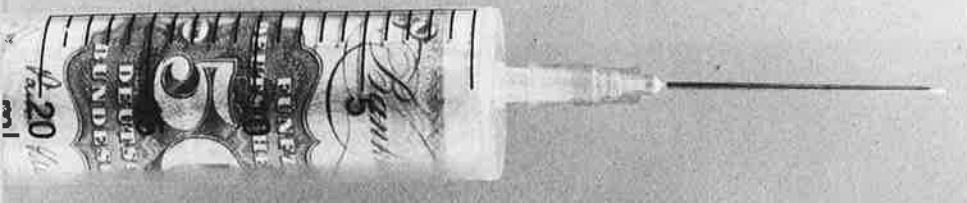
Foto: (3) Linie 4 / Bauer / Jung, (2) Preker



Die Kassenpatienten geben ihn schon bei der Anmeldung ab: den Blankoscheck mit der merkwürdigen Bezeichnung „Krankenschein“. Wenn sie dann vor ihrem Arzt oder ihrer Ärztin stehen, spielt Geld, wie sie sich einbilden dürfen, keine Rolle mehr. Das Arzt-Patient-Verhältnis läßt sich dann auf die schönste Weise idealisieren. Es bildet sich Vertrauen. Der Arzt scheint sich völlig frei von materiellen Interessen, nur noch seinen Patienten und deren optimaler medizinischen Behandlung zu widmen.

Wenn Patienten ihr ganzes Vertrauen in den Herrn oder die Frau Doktor setzen, hat dies gewiß für beide Seiten große Verzüge. Die Patienten werden wahrscheinlich leichter gesund, wenn ihnen gar nicht erst so dumme Gedanken kommen, daß die Ärzte an ihnen auch ein handfestes geschäftliches Interesse haben könnten. Und der Arzt wird in seinem Selbstvertrauen bestärkt, wenn seine Patienten gar nicht von ihm wissen wollen, ob er denn wirklich nur diejenigen Leistungen erbracht habe, die medizinisch erforderlich waren, oder gar, ob er tatsächlich nur Leistungen mit den Kassen abrechnet, die er auch erbrachte, ganz unabhängig davon, ob sie medizinisch notwendig gewesen wären oder nicht.

Daß Ärzte Geld verdienen wollen, ist ihr gutes Recht. Ärzte leisten in der Regel verantwortungsvolle Arbeit und sollen entsprechend gut honoriert werden. Und das werden sie ja auch. Bekanntlich erzielen sie „provokierende“ Spitzeneinkommen, die von kaum einer anderen Berufsgruppe in unserer Gesellschaft erreicht werden. Aber es gibt viele Berufsgruppen, die mit ähnlich langer Ausbildung nicht weniger



verantwortungsvolle und anstrengende Arbeit leisten, aber bedeutend weniger dafür erhalten und dazu noch ständiger Leistungskontrolle unterworfen sind.

Das hindert die ärztlichen Standsvertreter nicht daran, ständig den Eindruck von einer notleidenden Ärzteschaft zu erwecken, deren Einkommen durch Sparpolitik und Ärzteschwemme existenzbedrohend gesunken und deren Freiheit durch immer stärkere Einflußnahme von Krankenkassen und größere staatliche Kontrolle extrem gefährdet sei. Dennoch haben die heftigen Diskussionen über die Ursachen der sogenannten „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen, über den „notwendigen“ Lohn- und Sozialleistungsabbau und die Forderung nach mehr Selbstbeteiligung der Kranken an den Kosten die Arzteinkommen immer nur leicht gestreift. Von gerechter Verteilung der für eine wirksame Kostendämpfung notwendigen „Opfer“ kann überhaupt keine Rede sein.

Viel wichtiger aber ist die Frage, ob die nachgewiesene „Selbstbedienung“ der Ärzte über den Krankenschein, auch wenn sie den schönen Namen „Mehrleistung“ trägt, nicht ein großer Risikofaktor für die Gesundheit der gesetzlich Krankenversicherten geworden ist. Früher schienen in dieser Hinsicht hauptsächlich Privatpatienten gefährdet. Jetzt sieht es so aus, als ob auch die Kassenpatienten in „Goldesel“ verwandelt würden. Der Blankoscheck „Krankenschein“ ist zum Risikofaktor zahlreicher Krankheiten geworden. Doch die ärztlichen „Mehrleistungen“ sind, solange sie sich medizinisch begründen lassen, legal. Aus der Sicht der Patienten sind sie vielleicht sogar erwünscht. Sie zu problematisieren, wäre jedoch eine wichtige Aufgabe kritischer Gesundheitspolitiker.

So hat der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister Farthmann (SPD) den Ärzten die Mitschuld an der zunehmenden Medikamentenabhängigkeit gegeben, von der heute etwa eine halbe Million Menschen in der Bundesrepublik betroffen sind. Könnte diese Mitschuld konkret bewiesen werden, wären zweifellos die Straftatbestände der Körperverletzung oder der Gefährdung von Leib und Leben erfüllt. Bloß wie? Die Patienten müßten vor Gerichten jahrelange Gutachterkriege ausfechten lassen, die weder materiell noch psychisch durchzustehen wären, zumal immer noch die rechtliche Richtlinie gilt: „Die schlimmste, ja die falscheste Behandlung ist rechtlich irrelevant, wenn nichts passiert ist.“ Und ob etwas passiert ist, entscheiden schließlich wiederum die Ärzte. Und wer wüßte besser

als ein Arzt, was man mit einem Menschen alles machen kann, bevor wirklich etwas passiert.

Die ärztliche Auslastung des Krankenscheins durch wirklich erbrachte Mehrleistungen muß nicht, kann aber für den Patienten gesundheitsgefährdend sein. Bedeutend gesünder für alle Beteiligten sind deshalb die sogenannten „Luftgeschäfte“ mit der Krankheit. Das geht so: Ärzte schreiben einfach Leistungen auf den Krankenschein, die sie gar nicht erbracht haben. Ein Röntgenarzt aus Köln soll sich auf diese Weise in den Jahren 1982 und 1983 610 000 Mark erschwindelt haben. Der Richter erkannte allerdings nur rund 300 000 Mark an, weil die Staatsanwaltschaft durch systematische Überprüfung von 5018 kassenärztlichen Abrechnungsscheinen nur diesen Betrag ermittelt, den übrigen Teil auf den Rest der Scheine hochgerechnet hatte. Solche Hochrechnungen aber begründen nach Auffassung des Gerichts „keinen hinreichenden Tatverdacht“.

Ein Urologe aus Bochum wurde zu vier Jahren Haft verurteilt, weil er (mit Unterstützung seiner Mutter, die zwei Jahre auf Bewährung erhielt, und im Zusammenspiel mit Apothekern und Patienten) zwischen 1978 und 1983 mittels falscher Krankenscheinabrechnungen die Kassen um rund 480 000 Mark betrogen hatte. Auf mehr als 12 000 Krankenscheinen hatten Sohn und Mutter nicht erbrachte Leistungen im Wert von durchschnittlich 42,50 Mark in Rechnung gestellt und kassiert. Von 15 000 Krankenscheinen wurden nur knapp 9 Prozent nicht beanstandet.

Ein Zahnarzt aus Bochum wurde zu vier Jahren Haft verurteilt, weil ihn die 8. Große Strafkammer des Bochumer Landgerichts für überführt hielt, durch falsche Parodontose-Abrechnungen die Krankenkassen um rund 220 000 Mark betrogen zu haben. Der Arzt bestritt diese Vorwürfe bis zuletzt und seine Anwälte legten umgehend Revision ein. Manche der Patienten sollen erst im Zeugenstand erfahren haben, daß sie laut Abrechnung eine „systematische Parodontose-Behandlung“ hinter sich hatten.

Ein Hamburger Zahnarzt wurde Anfang 1986 unter dem Verdacht verhaftet, die Krankenkassen seit 1977 um über eine halbe Million Mark betrogen zu haben. Er soll nicht nur nicht vorgenommene Behandlungen in Rechnung gestellt, sondern auch zu hohe Kosten für Zahnersatz verlangt und Goldfüllungen abgerechnet haben, die er gar nicht gemacht hatte.

Bei der Ankurbelung seiner Herzschriftmacher-Vertriebsfirma halfen Ärzte einem „cleveren“ Geschäftsmann, indem sie Verstorbene diese Geräte heraus schnitten, sie „überholen“ ließen und Patienten als angeblich neue Geräte wieder implantierten. Auch den Kassen wurden die Geräte als neu in Rechnung gestellt. Zugleich ließen sich die Ärzte von ihrem Geschäftspartner hohe Summen auf eine „schwarze Kasse“ an den Krankenhäusern überweisen, an denen sie praktizierten. Das Geld soll zum größten Teil für dringend benötigte medizinische Geräte verwendet worden sein, zum kleineren jedoch auch für „Bildungsreisen“ und „Fortbildungssessen“. Die Reihe solcher Meldungen ließe sich nahezu beliebig fortsetzen. Es gibt dabei nahezu nichts, was es nicht gibt. Dem wirtschaftskriminellen Einfallsreichtum vieler Mediziner scheinen bedeutend geringere Grenzen gesetzt zu sein als ihrem hippokratischen. Sogar Tote werden gelegentlich noch „schein“-behandelt und zur Kasse gebeten. Da sich die niedergelassenen Ärzte auf die ambulante Krankenbehandlung ein Monopol gesichert haben, läuft ohne ärztliche Unterschrift in diesem Bereich so gut wie nichts. Das allein schon macht jeden Versuch unglaublich, die Verantwortung für illegale Geschäfte mit der Krankheit auf andere abzuwälzen.

Der Rezeptbetrug ist hierfür das bekannteste Beispiel. Er hat, wie Wilhelm Berk, ein Leitender Kriminaldirektor des Bundeskriminalamtes Wiesbaden auf einem „Forum Wirtschaftskriminalität“ schon 1983 berichtete, einen erheblichen Umfang erreicht. Berk: „Täter sind Ärzte, Apotheker und ihre Angestellten. Der häufigste Fall ist der, daß der Arzt ohne Wissen der Patienten Rezepte ausschreibt und sie dem Apotheker zuleitet. Dieser versichert sie mit dem Belieferungsvermerk und rechnet die Kosten mit den Kassen und Versicherungen ab. Den Erstattungsbetrag teilen sich Arzt und Apotheker oder der Arzt erhält für seinen Anteil Waren (Spirituosen, Kosmetika usw.).“

Gelegentlich werden auch Patienten in diese „Luftgeschäfte“ eingeweiht und an ihnen beteiligt. Aber selbst hierbei laufen sie noch Gefahr, betrogen zu werden. Jedenfalls war der Anteil für einen dieser Patienten so gering veranschlagt, daß er, als er den Preis des Medikaments von 2 500 Mark erfuhr, Anzeige erstattete. Der Schaden belief sich zu diesem Zeitpunkt schon auf insgesamt 35 000 Mark, wie in der Zeitschrift Kriminalistik 12/83 zu lesen war.

Wirtschaftsstrafataten dieser und anderer Arten, begangen von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und anderen Mitgliedern der im Gesundheitswesen selbständig tätigen Berufsgruppen, wurden in den vergangenen Jahren nicht nur häufiger aufgedeckt, sondern mit großer Wahrscheinlichkeit auch in viel größerer Zahl als je zuvor begangen. Wer freilich erwartet, daß irgendeine offizielle Institution, etwa die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, der Bundesverband der Ortskrankenkassen, das Bundeskriminalamt oder das Bundesgesundheitsministerium bereit oder in der Lage wäre, statistisches Material vorzulegen, aus dem ersichtlich würde, wieviele Ärzte und Ärztinnen welcher Fachrichtungen welche Delikte begangen haben und wie hoch der angerichtete Schaden für Krankenkassen und Versicherungen pro Jahr gewesen ist, der hat eine völlig falsche Vorstellung von Freiheit und Demokratie „in diesem unserem Lande“.

Ein mutiger Generalstaatsanwalt, Dr. Geißel aus Hamm, der es wagte,

interne Zahlen und Schätzungen vor der Öffentlichkeit bekanntzumachen, wurde vom Präsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. Wilhelm Baldus, in so infamer Weise denunziert, daß es einen nicht wundert, wenn die Mauer des Schweigens und die Politik der Nichtinformation so schwer zu durchbrechen ist. Der Kammerpräsident warf dem Generalstaatsanwalt vor, „eine eindeutig politische Zielsetzung“ zu verfolgen „zum Nachteil und zur Schädigung des Ansehens der Ärzteschaft“.

Der Generalstaatsanwalt hatte Zahlen veröffentlicht, die die alte Verharmlosungstheorie von den wenigen „schwarzen Schafen“, die es ja tatsächlich in jedem Berufsstand gibt, schwer zu erschüttern drohte. Sie hätten einen

harmlosen Zeitungsleser auf den Gedanken bringen können, daß die „Weißkittel-Kriminalität“ möglicherweise doch nicht nur durch das charakterliche Versagen einiger Individuen, sondern durch strukturelle Mängel des Systems bedingt sein könnte. Das aber fürchten die Mediziner am meisten. Denn sie haben sich dieses System in einem langen, bitteren Kampf um das Kassenarztrecht aufgebaut. Es funktioniert wie eine mittelalterliche Burg, die allerdings mit modernstem Gerät verteidigt wird. Gefahr droht diesem Bollwerk nur, wenn die Bevölkerung Einblick gewinnt.

Von den in Bochum, Herne und Recklinghausen niedergelassenen 676 Ärzten hatten nach Berechnung der Staatsanwaltschaft 90, das heißt mehr als 13 Prozent, betrügerisch abgerechnet. Das durfte nicht wahr sein. Daher der scharfe Widerspruch des ärztlichen Kammerherrn. Besonders übel vermerkte der Ärzte-Präsident die Feststellung des Generalstaatsanwalts, er könne sich nur schwer vorstellen, „daß lediglich bei den Ärzten in Bochum,



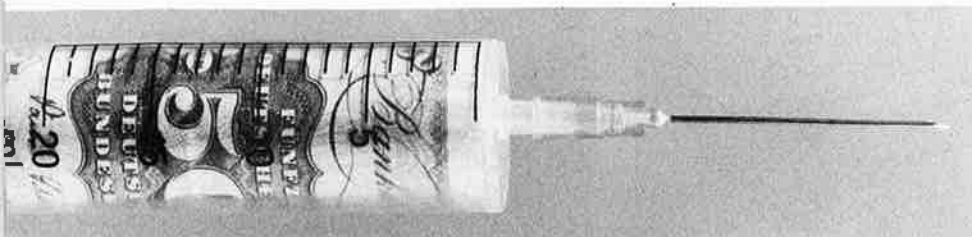
Dr. Wilhelm Baldus, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe:

„Unwirtschaftliches Verhalten von Ärzten ist von der Natur der Sache nicht geeignet, kriminalisiert zu werden.“



Dr. Geißel, Generalstaatsanwalt von Hamm:

„Niemand käme auf die Idee, die Staatsanwaltschaft dürfe einen Dieb deshalb nicht vor Gericht bringen, weil dieser selbst seine Tat nur für groben Unfug hält.“



Herne und Recklinghausen ein derartig hoher Prozentsatz an betrügerischen Falschabrechnungen vorgekommen sein soll“.

Der Ärztekammerpräsident zog daraufhin die ganze Grundlage der „Hochrechnung“ des Staatsanwalts in Zweifel, sprach sogar von unredlicher Argumentation und dem Versuch, „die Gesamtarzteschaft und unser Gesundheitssystem schlechthin in Mißkredit zu bringen“. Dabei sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärztekammern wissen, daß die Dunkelziffer der Kriminalität, auch bei Ärzten, mindestens zwei- bis dreimal höher liegt als die Zahl der aufgedeckten Fälle. Man könnte also nach den Zahlen der Staatsanwaltschaft Hamm die Aussage wagen, daß etwa ein Drittel aller Ärzte von den Möglichkeiten des Abrechnungs- und Rezeptbetrugs wie von den zahllosen anderen Gelegenheiten illegaler Bereicherung Gebrauch machen.

Das System der Einzelleistungsvergütung verführt nicht nur zu besonders aufwendiger Diagnose und Behandlung. (Der Berliner SPD-Bundestagsabgeordnete Jürgen Egert schätzte einmal, daß ein neues Abrechnungssystem das Gesamtvolumen der Ärztehonoreare um 10 bis 15 Prozent senken würde.) Es verführt auch zu optimalen Auslastung der Krankenscheine, weil die Ärzte von den läppischen Kontrollen der Kassenärztlichen Vereinigung nichts zu fürchten haben. Schon vor zehn Jahren wurde als die Wurzel des Übels das Prüfungssystem „Ärzte prüfen Ärzte“ ausgemacht. Erst seit sich die Krankenkassen ihrer Aufgaben zurückzubewußten beginnen und ihre Kontrollfunktion wieder etwas intensiver wahrnehmen, kommen die illegalen Praktiken mancher Ärzte und Zahnärzte ans Tageslicht.

Der Justiz sprechen die Ärztevertreter das Recht völlig ab, Kontrollfunktionen wahrzunehmen. Der Kammerpräsident von Westfalen-Lippe, Dr. Wilhelm Baldus, schrieb dem Generalstaatsanwalt von Hamm in dem schon oben erwähnten Brief, er solle sich darüber im klaren sein, daß sogenanntes „unwirtschaftliches“ Verhalten von Ärzten oder Auslegungsspielräume des Vertragsrechts von „der Natur der Sache im Regelfall nicht geeignet“ seien, „kriminalisiert zu werden“. „Die Beseitigung von Unklarheiten in ärztlichen Abrechnungen ist und bleibt“, so belehrte der Ärztekammer-Präsident den für seinen Amtsbezirk zuständigen Staatsanwalt, „uneigentliche Aufgabe der Vertragspartner Ärzte und Krankenkassen“.

Generalstaatsanwalt Dr. Geißel

blieb dem Kammerpräsidenten die Antwort nicht schuldig. Er entgegnete: „Die Gebührenordnung für Ärzte ist ebenso eine Rechtsvorschrift wie beispielsweise die Strafvorschrift über den Diebstahl. Die Auslegung von Rechtsvorschriften aber ist ureigenste Aufgabe der Justiz und damit auch der Staatsanwaltschaft, die ihre Rechtsauffassung den Strafgerichten zur Entscheidung unterbreitet. Niemand käme auf die Idee, die Staatsanwaltschaft dürfe einen Dieb, den sie für überführt hält, deshalb nicht vor Gericht bringen, weil dieser selbst seine Tat nur für groben Unfug hält.“

Dennoch sind solche Konflikte bislang nur Randerscheinungen. Bevor sich nicht Parteien und Gewerkschaften massiv dafür einsetzen, daß alle Zahlen auf den Tisch kommen und offen diskutiert werden, werden wir kaum erfahren, wieviele der Ärzte ihre Schlüsselposition dazu benutzen, die Kassen nach Belieben auszuplündern. Und wir werden auch nicht erfahren, wie hoch die Summen sind, um die die Versicherten Jahr für Jahr betrogen werden. Sicher ist, daß es sich um schwindelerregende Summen handeln muß. Einmal regen sie ehrliche Ärzte dazu an, beim immer härteren Verteilungskampf zwischen den einzelnen Arztgruppen und Ärzten ihre Benachteiligung (die in der Abrechnungsehrlichkeit liegt) durch Abrechnungsschwindel auszugleichen. Wer es nicht wagt, gerät an den Rand der unter etablierten Ärzten noch akzeptierten Einkommensgrenze.

Wer sich die Mühe macht, aus den bekannt gewordenen Zahlen überführter Ärzte und nachgewiesener Schäden Berechnungsmodelle zu entwickeln, der kommt immerhin auf etwa 1 Milliarde Mark pro Jahr. (Der durch Krankenhäuser verursachte Schaden dürfte kaum geringer sein). Eine solche Modellrechnung ist zunächst allerdings einmal zu nichts weiter gut, als eine vage Vorstellung über Größenordnungen zu vermitteln, die die Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, das Bundeskriminalamt oder das Statistische Bundesamt der interessierten Öffentlichkeit nicht mitteilen können oder wollen.

Eigentlich wäre es die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Abrechnungskriminalität wirksam zu bekämpfen. Ihnen obliegt die Überprüfung der vom Gesetz vorgeschriebenen „wirtschaftlichen Verordnungsweise“. Aber das von den Ärzten selbst durchgesetzte System „Ärzte kontrollieren Ärzte“, funktioniert nur unzulänglich.

Maßstäbe ergeben sich aus Durchschnittswerten: aus dem Fachgruppendurchschnitt, aus dem Falldurchschnitt und aus der Fallzahl. Nur wer von den Durchschnittswerten allzu großzügig abweicht, muß mit Regreß rechnen. Daß die Prüfer der Kassenärztlichen Vereinigungen „Abweichler“ nicht gleich anzeigen, sondern erst einmal verwarnen, dann einen Verweis erteilen oder sie mit einer Geldbuße belangen, sofern sie sie überhaupt einmal illegaler Praktiken überführen, ist bekannt und mag in vielen Fällen gerechtfertigt gewesen sein. Aber alles spricht dafür, daß ein neues Kontrollsystem, besser noch ein neues Abrechnungssystem, das alte ablösen müßte.

Versuche, auf gesetzlichem Wege mehr Transparenz in das kassenärztliche Abrechnungssystem zu bringen, werden von der straff organisierten Ärztelobby massiv abgewehrt. Erinnert sei hier nur an die Einführung des sogenannten „Transparenzparagraphen“ 223 in die Reichsversicherungsordnung (RVO) durch die sozialliberale Koalition im Jahr 1977.

Die Absicht, eine rechtliche Grundlage zur Erforschung der Kosten- und Leistungsstruktur unseres kassenärztlichen Gesundheitswesens zu schaffen, löste eine wüste Polemik gegen die Reformpolitiker aus. Der neue Paragraph 223 RVO wurde in einer Anzeigenkampagne der „Aktionsgemeinschaft Hessischer Ärzte“ als „Schüttelfelparagraph“ denunziert. Freilich wurde nicht behauptet, mit Hilfe dieses Gesetzes sollten die ärztlichen Abrechnungsmethoden durchschnüffelt und somit auch kontrollierbar gemacht werden. Vielmehr gaben die Ärzte vor, sich schützend vor ihre Patienten stellen zu wollen. Der Arzt werde, so hieß es bedrohlich, von seinem wichtigsten Heilmittel, der „Schweigepflicht“, zwangsentbunden. Orwells „großer Bruder“ stehe auf der Schwelle, da die Krankheitsdaten der Patienten an Computer weitergegeben und in Datenbanken zentral gespeichert werden.

Die Gefahr, daß der „Transparenzparagraph“ 223 RVO gegen die Kassenpatienten eingesetzt wird, beispielsweise, indem von Patientengruppen, zum Beispiel den AOK-Mitgliedern eines Betriebs in einem bestimmten Kassenbereich, Krankheitsprofile erstellt und den jeweiligen Betrieben überlassen werden, ist zweifellos sehr groß. Und wenn Ärzte dafür eintreten, daß das nicht geschieht, so ist das höchst lobenswert. Aber glaubwürdiger wäre diese Solidarität mit den Patienten, wenn der durchaus berechnete Anspruch der Versicherten auf Schutz ih-

rer Krankheitsdaten nicht von ärztlichen Wirtschaftskriminellen als die wirksame Tarnkappe zur Verschleiерung ihrer Abrechnungspraxis mißbraucht werden könnte und nicht mißbraucht würde.

Aber solange die Ärzte darauf bestehen, daß zum Arztgeheimnis auch die ärztliche Abrechnung gehört, solange der berechnete Anspruch der Patienten auf Schutz ihrer Daten unverhohlen auch als Schutz zur Abrechnungskontrolle gesehen wird, ist größtes Mißtrauen geboten.

Auf dem 85. Deutschen Ärztetag (im Mai 1982) wurde das Recht des Bürgers auf Schutz seiner persönlichen Daten schamlos gegen das staatliche Bedürfnis, die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems und die wirtschaftliche Behandlungsweise des Patienten durch den Arzt zu kontrollieren, ausgespielt. Ob der Datenschutz für Patienten die Patienten wirklich schützt, muß angesichts der Praxis der Datenweitergabe durch Ärzte an Kassen, Versicherungen, Versorgungsämter, Krankenhausverwaltungen, Meldebehörden, Sozialgerichte, Arbeitgeber, Straßenverkehrs- oder Justizbehörden ernsthaft bezweifelt werden. Alles spricht dafür, daß die Ärzteschaft den Datenschutz vor allem dann ernst nimmt, wenn er sie vor der unliebsamen Kontrolle durch die Krankenkassen schützt.

Die ärztliche Wirtschaftskriminalität hat eine weitere Dimension, die im Rahmen dieser Betrachtungen nur angedeutet werden kann. Hohe Einkommen werden nämlich nicht restlos konsumiert. Und auch der investiven Eigenverwertung in der Praxis sind Gren-

zen gesetzt. So ergibt es sich zwangsläufig, daß ein großer Teil der etablierten und gut verdienenden Ärzte ihre „Überschüsse“ auf dem Kapitalmarkt „arbeiten“ läßt.

Bei windigen Abschreibungsobjekten mag manchem Arzt sein Geld zerronnen sein, wie er es gewonnen hatte. Die steuersparenden Bauherrenmodelle schienen geradezu auf die Ärzte zugeschnitten. Viele Ärzte haben sich in den vergangenen Jahren zu wahren Abschreibungskünstlern entwickelt. Sie sind inzwischen in nahezu allen nichtärztlichen Wirtschaftswachstumsbranchen dabei, sind Immobilienbesitzer (teilweise großen Stils), woraus sich eine überraschende Affinität des Arztberufs zum Maklerberuf ergibt, sind aber auch Aktionäre in der Chemie-, Elektronik-, Atom-, Rüstungs-, Gesundheits- und Bewußtseinsindustrie.

So kann mancher Arzt nicht mehr einfach nur als kleiner selbständiger Handwerker mit einer speziellen Art von „Reparaturwerkstatt“ gesehen und verstanden werden. Oft ist er zugleich Spekulant und Aktionär, mit anderen Worten, moderner Kapitalist. Nur so erklärt sich das exponierte Interesse der FDP für die Ärzte und die offene Sympathie vieler Ärzte für diese kleine Partei des großen Kapitals.

Unter diesem Gesichtspunkt versteht man die Verteidigung der Makler durch die Ärzte (Anfang der siebziger Jahre) ebenso wie die Stellungnahmen mancher prominenter Ärztevertreter zu SDI und zur Atomenergiepolitik. – Die Erfolge von „ärztlichen Oppositionellen“ bei den Kammerwahlen lassen hoffen. □



Themen:

- Die Facetten der US-Aggression
- Contra-Krieg und Volksverteidigung
- Die Menschenrechtskampagne
- Soziale Bilanz der Revolution
- Der Weg zur Überlebenswirtschaft
- Die Amtskirche stößt auf Widerstand
- Die neue Verfassung
- Städtepartnerschaften
- Interview mit Sergio Ramirez
- Die Bonner Contra-Hilfe

Autor(inn)en: J. Hippler, H. Ballauf, R. Meyer, E. Wolf, S. Flaig, M. Schuck, W. Brönnert, N. Biver

36 Seiten (DIN A 4), 2,50 DM

Weiterhin erhältlich:
AIB-Sonderheft 4/1986

Dritte-Welt-Politik der BRD
36 Seiten (DIN A 4); 2,50 DM

Bezugsbedingungen: Vorauszahlung in Briefmarken oder per Verrechnungsscheck.
Porto: 1 Heft 0,80 DM; ab 5 Hefte 1,90 DM; ab 10 Hefte 3 DM.

Abonnement: 12 Nummern im Jahr; 33 DM.

Coupon / Bitte einschicken an:
AIB, Liebigstr. 46, D-3550 Marburg

Ich bestelle:

- ☐ Expl. AIB-Sonderheft 1/1987
☐ Expl. AIB-Sonderheft 4/1986
☐ ein kostenloses AIB-Probheft

Name: _____
Adresse: _____

33% Rabatt ab 10 Expl.

Der Bericht dokumentiert im Detail 31 Experimente, bei denen insgesamt etwa 695 Menschen als Versuchspersonen dienten. Es handelt sich um Dokumente, die das Department of Energy (DOE) Markey's Unterausschuß zur Sichtung und Beurteilung zur Verfügung gestellt hatte. Diese Experimente fanden von 1943 bis in die frühen 70er Jahre statt.

Gefördert und finanziert wurden die Experimente durch das Manhattan-Projekt (eigentlich „Manhattan Engineer District“, ursprünglich eine Tarnbezeichnung des 1942 gegründeten Projekts der USA zum Bau von Atombomben), durch die Atomic Energy Commission (AEC) oder die Energy Research and Development Administration (ERDA), das heißt, von Vorläuferorganisationen des Energieministeriums der USA.

Durchgeführt wurden sie im Atomwaffenversuchszentrum von Los Alamos, auf der nationalen Reaktorteststation in Idaho, am Massachusetts Institute of Technology (MIT), in den Staatsgefängnissen von Oregon und Washington, durch das Fermi National Accelerator Laboratory, durch das Lawrence Berkeley Laboratory, durch die General Electric Company und durch das Batelle Memorial Institute, beide in Richland, Washington, durch die US Air Force, durch die Firma Foster D. Snell für die Chemischen und Radiologischen Laboratorien des Department of the Army sowie an Universitäten, Universitätskliniken und Krankenhäusern.

In den Beschreibungen der einzelnen Experimente finden sich unter anderem folgende Bezeichnungen für Versuchspersonen:

- Versuchspersonen mit einer prognostizierten Lebenserwartung von höchstens 10 Jahren; eine Versuchsperson war ein Kind;
- 20 Versuchspersonen im Alter zwischen 63 und 83;
- 57 normale Erwachsene;
- Gefängnishäftlinge;
- Krankenhauspatienten;
- sterbende Krebskranke.

Die Einwirkung von Radioaktivität auf Menschen wurde, wie aus der Beschreibung der 31 Experimente erkennbar ist, unter sehr unterschiedlichen Bedingungen herbeigeführt und untersucht, wie aus den folgenden Beispielen hervorgeht.

- Von 1945 bis 1947 wurde im Rahmen des schon erwähnten Manhattan-Projekts 18 Patienten, von denen man annahm, sie hätten nur noch eine begrenzte Lebenserwartung, Plutonium injiziert. Die Versuchspersonen stammten aus dem Manhattan District Hospital Oak Ridge, Tennessee, dem

Am 24. Oktober 1986 erfuhr die amerikanische Öffentlichkeit, daß in den USA von 1943 bis in die frühen 70er Jahre Menschen zu Versuchszwecken ionisierender Strahlung ausgesetzt worden sind. Der Kongreßabgeordnete Edward J. Markey, Vorsitzender eines Unterausschusses des Repräsentantenhauses, der für die Beurteilung von Kernenergieprogrammen zuständig ist, legte als Ergebnis einer Untersuchung dieses Komitees einen Bericht mit dem folgenden Titel vor: „Amerikanische nukleare Versuchskaninchen: Drei Jahrzehnte Strahlenexperimente an US-Bürgern“. Hans Mausbach kommentiert die Ergebnisse des Berichts.

Nukleare Versuchskaninchen

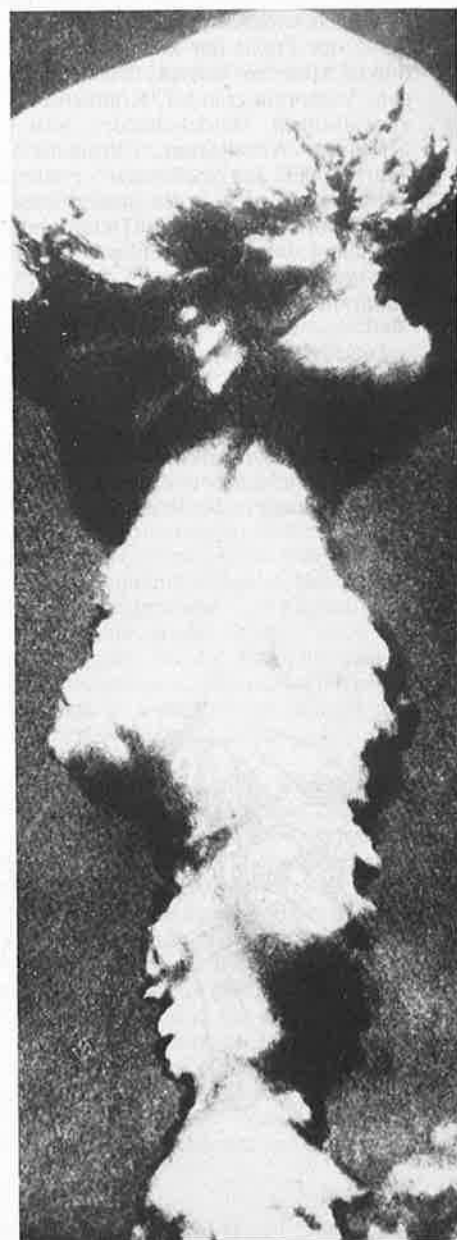
Foto: dpa

Strong Memorial Hospital, Rochester, New York, dem Billings Hospital der University of Chicago, dem University Hospital der University of California, San Francisco. Dokumente der ERDA lassen erkennen, daß der Grund für dieses Experiment war, daß einige tausend Mitarbeiter des Manhattan Projekts in den Umgang mit Plutonium einbezogen gewesen waren. Man suchte deshalb zu erfahren, was mit dem in den Körper eingedrungenen Plutonium in bezug auf Verteilung, Ablagerung und Ausscheidung im einzelnen geschieht, um Grundlagen für die Aufstellung von Sicherheitskriterien zu gewinnen.

- In den Jahren 1946 und 1947 wurden an der Universität von Rochester 6 Patienten mit guter Nierenfunktion Uransalze injiziert, um diejenige Konzentration zu bestimmen, die einen Nierenschaden hervorrufen würde.

- Zwischen 1963 und 1971 wurden 67 Insassen des Staatsgefängnisses in Oregon und 64 Insassen des Staatsgefängnisses in Washington Röntgenstrahlen ausgesetzt, um den Effekt der Strahlung auf die menschliche Fruchtbarkeit und die Hodenfunktion zu untersuchen. Die Experimente in Oregon wurden durch die Pacific Northwest Research Foundation, Seattle, durchgeführt und die Atomic Energy Commission stellte insgesamt 1,08 Millionen Dollar für diese Studie zur Verfügung. Die Experimente in Washington wurden von Forschern der Universität Washington durchgeführt, die Atomic Energy Commission gewährleistete eine Unterstützung von 505 000 Dollar für diese Studie.

Ein weiteres Beispiel einer Versuchsanordnung soll wegen seiner Eigenart



etwas ausführlicher beschrieben werden. Von 1963 bis 1965 wurde auf der nationalen Atomkraftwerkteststation der amerikanischen Atomenergiekommission im Staate Idaho bei sieben verschiedenen Gelegenheiten vorsätzlich radioaktives Jod freigesetzt. In drei Fällen wurden menschliche Versuchspersonen radioaktivem Jod ausgesetzt. Es handelte sich dabei insgesamt um 17 Versuchspersonen. Diese Experimente wurden von der Atomenergiekommission der USA finanziert. Sie sollten das Wissen über den Transport von radioaktivem Jod verbessern helfen, das von Atomkraftwerken oder durch Atombombentestexplosionen freigesetzt wird und durch die Luft-Weidefutter-Kuh-Milch-Sequenz in die menschliche Nahrungsmittelkette gerät. Gesucht wurde nach Kriterien für die besten Orte zur Stationierung von Atomkraftwerken. Man wollte Sicherheitsanalysen vorbereiten und benötigte Daten für die Planung von Hilfsmaßnahmen nach einem Strahlenunfall.

Die allgemeine Versuchsanordnung war so angelegt, daß radioaktives Jod in gasförmiger Gestalt freigesetzt wurde und die gerade vorherrschenden Winde das Jod über ein Weidegebiet tragen würden. Das radioaktiv verseuchte Areal erhielt die Bezeichnung „Heiße Weide“. Die Höhe der Strahlung, die auf der „Heißen Weide“ auftrat, wurde gemessen.

Bei dem ersten Experiment dieser Reihe wurde eine Herde von Kühen auf diese Weide gebracht, um dort einige Tage zu grasen. Die Kühe wurden gemolken und die Milch auf Radiojod untersucht. Sieben menschliche Versuchspersonen erhielten täglich einen halben Liter dieser radioaktiven Milch über eine Periode von 18 Tagen. Die Aufnahme des Radiojods wurde bei ihnen durch Messungen an der Schilddrüse bestimmt.

Beim zweiten Experiment dieser Reihe wurden drei Versuchspersonen auf der erneut verseuchten „Heißen Weide“ plziert, um anschließend bei ihnen durch Schilddrüsenmessung die Aufnahme von Radiojod durch Inhalation zu messen. Bei dem siebten Versuch innerhalb der Reihe wurden sieben Freiwillige sitzend auf der „Heißen Weide“ plziert. Die Aufnahme von radioaktivem Material wurde durch Messungen an der Schilddrüse bestimmt. (Was die Bezeichnung „volunteers“ = „Freiwillige“ betrifft, so erhoben sich hier vor allem Fragen nach der vorausgegangen Information der Versuchspersonen und ihrer Unabhängigkeit.)

Im Verlauf dieser Experimente kam es übrigens zu einem Unfall. Einige der Fläschchen mit radioaktivem Methyljod brachen auf dem Transport oder waren bei der Ankunft leak. Zusätzlich zu den Versuchspersonen wurden dadurch einige weitere Personen versehentlich gegenüber dem in die Luft

übergetretenen Radiojod exponiert, einige von ihnen mehrfach. Auch bei ihnen wurde die Belastung der Schilddrüsen gemessen.

Bei allen sieben Versuchen findet sich am Ende der Beschreibung im Bericht der Kommission die Notiz, daß nach Angaben des Energieministeriums keine medizinische Nachuntersuchung der Versuchspersonen durchgeführt wurde.

In seinem Schreiben an den Energieminister der USA, John S. Herrington, vom 24. Oktober 1986 bezeichnete Edward J. Markey die Versuche als erschütternd, als einen dunklen Fleck in der Geschichte nuklearmedizinischer Forschung. Amerikanische Bürger seien als „nukleare Eichvorrichtungen“ mißbraucht worden. Die Experimente würden folgende erschreckende Frage aufwerfen: „Hat zu Beginn des Atomzeitalters das heftige Begehren, die Konsequenzen radioaktiver Exposition zu kennen, amerikanische Wissenschaftler dazu verleitet, die Art wahn sinniger Menschexperimente nachzuahmen, die die Nazis durchgeführt hatten?“ (Brief Edward J. Markey's an John S. Herrington vom 24. Oktober 1986, S. 2). Muß man, darf man eine solche Parallele ziehen?

Diese Frage kann nicht beantwortet werden, ohne vorher die wissenschaftlichen Zielsetzungen der Experimente Fall für Fall noch genauer zu überprüfen und auch nicht ohne Beachtung der wissenschaftspolitischen und allgemeinpolitischen Rahmenbedingungen, unter denen sie stattfanden. Auch gilt es, zwischen therapeutischen und nichttherapeutischen Versuchen zu unterscheiden, um nach den Kriterien des Nürnberger Codes¹ über zulässige medizinische Versuche und entsprechend den Empfehlungen der Deklaration von Helsinki² zur Durchführung wissenschaftlicher Versuche am Menschen ein differenziertes Bild auf konsensfähiger Beurteilungsgrundlage zu erhalten.

Tatsächlich gibt es offensichtlich einige Ähnlichkeiten, aber auch sehr wesentliche Unterschiede zwischen jenen Experimenten, die im Nürnberger Ärzteprozeß dokumentiert und verurteilt wurden und den jetzt bekannt gewordenen Verstößen gegen Ethik und Menschlichkeit bei den Strahlenexperimenten in den USA.

Klar ist schon jetzt: Die Betroffenen, die Opfer der Experimente, müssen medizinische Hilfsangebote und öffentliche Unterstützung erhalten. Kostenfreie Nachuntersuchungen könnten dazu beitragen, noch einen gewissen Schutz durch Früherkennung von Veränderungen zu erreichen. Für den Mißbrauch, dem sie unterworfen waren, müssen die Versuchspersonen, wie auch in den USA gefordert wird, ebenso entschädigt werden wie für die

gesundheitlichen Risiken, die man ihnen zugemutet hat, und für die eingetretenen Gesundheitsschäden.

Es gibt ein Modell für eine derartige Wiedergutmachung, ein Programm des Verteidigungsministeriums der USA: Die etwa 200 000 Menschen, die im Rahmen ihrer Diensttätigkeit für die Verteidigung dem Fallout bei atmosphärischen Atomtestexplosionen ausgesetzt waren, werden identifiziert, ihre Exposition wird gemessen, ihre veränderte Morbidität und Mortalität analysiert. So soll den Veteranen geholfen werden, ihre Entschädigungsansprüche geltend zu machen.

Edward J. Markey spricht in der Zusammenfassung des Berichtes von der Aufdeckung „häufiger und systematischer Benützung menschlicher Versuchspersonen für Strahlenexperimente“ in dem von der Kommission untersuchten Bereich. Man fragt sich, wie es an anderen Orten damit bestellt ist und welche Schutzmaßnahmen dagegen getroffen werden können? Wichtig ist jedenfalls eine intakte und sensible öffentliche Kontrolle, um möglichen Mißbrauch aufzudecken und seine Wiederholung zu verhindern. Eine solche Kontrolle hat im amerikanischen Repräsentantenhaus stattgefunden, wenn auch verspätet. Sie hat insofern funktioniert, als die Öffentlichkeit nachträglich alarmiert worden ist. Es ist zu hoffen, daß demokratische Kontrolle auch die Entschädigung der Betroffenen durchsetzen kann.

Aber der Bericht über diese Experimente hinterläßt auch ein Bewußtsein unzureichender Absicherung von Menschenrechten, Fragen nach dauerhafter und wirksamer Durchsetzung ethischer Grundprinzipien in Medizin und Wissenschaft. Kein staatlicher Anspruch auf Übernahme der Verantwortung für derartige Experimente, keine Förderung durch öffentliche oder private Institutionen, kein militärischer Auftrag oder Befehl kann den durchführenden Arzt oder Wissenschaftler von seiner persönlichen Verantwortung befreien. Das hat am deutlichsten der Nürnberger Ärzteprozeß gelehrt. Und der Bericht aus den USA erinnert uns daran.

1 Als „Nürnberger Code“ wird ein Abschnitt in dem Urteil des Nürnberger Ärzteprozesses bezeichnet, der unter der Überschrift „PERMISSIBLE MEDICAL EXPERIMENTS“ abgedruckt ist in: TRIALS OF WAR CRIMINALS before the Nuernberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10, Nürnberg, October 1946 – April 1949, Volume II, S. 181 ff., xerographed edition der OMNIA-MIKROFILM-TECHNIK München 1979.
2 Deklaration von Helsinki, beschlossen auf der 18. Generalversammlung des Weltärztebundes in Helsinki im Juni 1964, revidiert von der 29. Generalversammlung in Tokio im Oktober 1975 und von der 35. Generalversammlung in Tokio im Oktober 1983.
Empfehlung für Ärzte, die in der biomedizinischen Forschung am Menschen tätig sind, Deutsche Fassung November 1983.

Auszüge aus dem Bericht sind dokumentiert in: Blätter für deutsche und internationale Politik, Heft 1/87.

Hans Mausbach, Mitherausgeber von dg, ist Professor an der Fachhochschule Frankfurt, Sozialmediziner.

„Manchmal weiß ich nicht, wie die das schaffen“

Vor kurzer Zeit ist Klaas Jacobs von einem einjährigen Aufenthalt in Nikaragua zurückgekehrt. Im Austausch mit der nikaraguanischen Krankenschwester Zoraida Torrez Chavarria hatte er im Krankenhaus von Matiguás gearbeitet. dg sprach mit ihm über seine Eindrücke.



möglichkeit für die Campesinos von außerhalb. Und, ganz wesentlich, die Trinkwasserversorgung verbessert sich. Dafür auch ein herzliches Dankeschön an die dg-Leser für die Beteiligung an der Aktion zu Weihnachten 1985 und 1986. Ein Stadtteil ist bereits versorgt. Zur Zeit werden die Untersuchungen für die weitere Planung abgeschlossen.

Manchmal weiß ich nicht, wie die Nikaraguaner das machen; immer wenn ich dachte, jetzt sind sie am Ende, zauberten sie etwas neues aus dem Hut.

dg: Welchen Stellenwert hat die Naturmedizin in Nikaragua?

Jacobs: Für die meisten Patienten ist ein Tropf das Allergrößte, möglichst mit Vitaminen. Spritzen gehen noch, aber wenn es nur Tabletten gibt, taugt der Arzt nichts. Andererseits gehen viele Leute zu Heilkundigen und haben oft mehr Vertrauen in sie als in die Schulmedizin. Deshalb werden zur Zeit große Untersuchungen gemacht, zum Beispiel über die Wirksamkeit bestimmter Pflanzen. Aber ganz klar mitverantwortlich für den Weg „zurück zur Natur“ ist der katastrophale Devisenmangel.

dg: Hatten Sie gegen überkommene Vorstellungen zu kämpfen?

Jacobs: Am Anfang liegt es nahe, über viele Dinge zu lachen. Zum Beispiel über Schwangere, die einen fest angezogenen Gürtel unter der Brust tragen, damit das Kind nicht oben herauskommt. Oder über den Anhänger in Schlüsselform, der gegen Keuchhusten helfen soll. Manche Formulierungen sind uns auch fremd. So werden Schmerzen oft als Luft bezeichnet. Zum Beispiel „Luft im Kopf“ sind Kopfschmerzen. Da vergißt man leicht, daß man hier auch sagt: Ich habe einen Zug abbekommen. An vielen Sachen ist etwas dran, aber wir sind oft gar nicht mehr in der Lage, das zu begreifen.

dg: Was raten Sie jemandem, der mit einer Gesundheitsbrigade nach Nikaragua fahren will?

Jacobs: Besonders wichtig ist eine fundierte Ausbildung mit viel Praxis. Das heißt, man sollte nicht direkt nach dem Praktischen Jahr nach Nikaragua fahren. Außerdem sollte man gute Spanisch-Kenntnisse haben und sich vorher in das nikaraguanische Gesundheitswesen einarbeiten. Das kann man alles machen, bevor man nach Nikaragua fährt, denn die Brigaden werden jetzt ja auf wenigstens ein halbes Jahr im voraus geplant. Und dann setzt Euch mit dem Gesundheitsladen in Berlin in Verbindung.

dg: Als einer von rund 90 Gesundheitsbrigadisten, die der Berliner Gesundheitsladen nach Nikaragua geschickt hat, haben Sie in Matiguás gearbeitet. Wie haben Ihre Kollegen auf Ihr Vorhaben reagiert, nach Nikaragua zu fahren?

Jacobs: Ausgesprochen positiv. Ich habe mit meinem Wunsch, für ein Jahr beurlaubt zu werden, nur offene Türen eingerannt. Da meine Kollegen aus verschiedenen Gründen nicht selbst nach Nikaragua fahren konnten, wollten sie wenigstens mir die Reise ermöglichen. Auch als dann der Gedanke an einen Austausch mit einer nikaraguanischen Krankenschwester ins Spiel kam, ist mir die Klinik sehr entgegengekommen.

dg: Sie haben in einem kleinen Gesundheitszentrum auf dem Land, mitten in der Kriegszone gearbeitet. Wie war die persönliche Gefährdung?

Jacobs: Ein Risiko habe ich überall auf der Welt. In Nikaragua ist sicherlich eine akute Bleivergiftung wahrscheinlicher als hier. Dafür gibt es dort beispielsweise keine Unfälle auf der Autobahn. Außerdem war man sehr um unsere Sicherheit bemüht. Der Ort selbst ist eigentlich zu groß, um von den Contras angegriffen zu werden. Und bevor wir den Ort verlassen wollten, mußten wir uns immer bei der Staatssicherheit melden und wurden ab und zu auch nicht weggelassen.

Ein „Restrisiko“ bleibt aber immer, wenn man außerhalb der großen Städte arbeitet. Eine verminten Straße erkennt man oft erst, wenn es zu spät ist. Andererseits kam die Strahlenwolke von Tschernobyl nicht bis Matiguás.

dg: Wie sah Ihre Arbeit in dem Gesundheitszentrum konkret aus?

Jacobs: Einerseits war ich als Krankenpfleger in der Notfallambulanz tätig

und in den Schichtdienst integriert, andererseits war ich als für Anästhesie Zuständiger rund um die Uhr für alle Notfälle da. Auch die Verlegung Schwerverletzter sowie die Tätigkeit als Notarzt zählte zu meinen Aufgaben. Nebenbei war ich turnusmäßig Hauptnachtschwache und ein- bis zweimal im Monat für die nächtliche Sicherheit des Krankenhauses zuständig.

dg: Was hat sich gegenüber 1984 verändert?

Jacobs: Die Folgen des Boykotts durch die USA und die Folgen des Contra-Terrorismus sind deutlicher zu spüren. Viele Teile im Krankenhaus, sei es das Röntgen- oder das Narkosegerät, kommen aus den USA, und es gibt keine Ersatzteile mehr.

Die Basismedikamentenliste ist wiederholt zusammengestrichen worden, vereinzelt kommt es zu Medikamentenengpässen. Konkret ist mir gesagt worden, daß man nicht wie in Europa für viele Eingriffe eine Narkose machen kann, weil es zu teuer ist. Denn die dazu benötigten Mittel müssen gegen teure Devisen eingeführt werden.

So muß man abwägen, ob man einen kurzen Eingriff, wie zum Beispiel die Eröffnung eines Abszesses, wirklich in Narkose macht oder dem Patienten einen kurzen, aber kräftigen Schmerz zusetzt und mit dem eingesparten Geld lieber 500 Kinder gegen Polio impft.

dg: Was hat sich sonst in Matiguás geändert?

Jacobs: Der Ort ist mittlerweile von 5000 auf über 8000 Einwohner angewachsen. Zwei neue Stadtteile mit insgesamt 80 Häusern sind für die Ärmsten errichtet worden. Fast alle Häuser haben Strom. Eine neue Brücke ist fertiggestellt, ein Jugendzentrum mit Tanzsaal und Basketball-Platz sowie ein Haus als billige Übernachtungs-

Klaas Jacobs arbeitet als Krankenpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin an der Kinderklinik in Sankt Augustin.

Inhalt dg 1/86 bis 12/86

Aktuelle Gesundheitspolitik

- 2/86 2 Whoaaaam!
„Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen
- 4 Umzugspläne
Stellenstreichungen in Westberlin (Kasten)
- 7 Vorgeprescht
Aids im Südwesten (Kasten)
- 19 „Es gibt keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen“
Erklärung der Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärzte
- 3/86 7 Enttäuschung
Hearing der Grünen zum Arzneimittelgesetz (Kasten)
- 21 Alternativen und Veränderungspotentiale in der Gesundheitspolitik, Von Walter Baumann und Klaus Priester
- 23 Mit der Bitte um Verständnis
Rita Süßmuth an der Münsteraner Uni
- 24 Schlüsselwirtschaft
Der internationale Diagnoseschlüssel Schuldige gefunden
Zum Krankenhausplan in Westberlin (Kasten)
- 4/86 6 Schuldige gefunden
Zum Krankenhausplan von NRW
- 5/86 8 Konzertiertes Kasperle
Zur Frühjahrssitzung der Konzertierten Aktion
- 5/86 24 Tatort Würselen
Verwaltungschef aus Aachener Klinikum angeklagt
- 4/86 23 Ein zahmer Löwe
Selbstverwaltung in der Sozialversicherung
- 14 „Selbstverwaltung ist kein Selbstzweck“
dg-Interview mit SPD-MdB Eugen Glombig
- 6/86 27 „Soziallyrik“
Gesundheitspolitik in Bremen am Ende
- 9/86 22 Statt Bier jetzt Schnaps
Suchtbericht der Bundesregierung
- 31 Zum Davonlaufen
Tierschutzgesetz verabschiedet
- 34 Schützen uns die Strahlenschützer?
Anmerkungen zur Strahlenschutzkommission
- 10/86 16 Vordergründig positiv
Pflegegesetzentwürfe der Grünen und des Landes Hessen
- 11/86 7 Vernobelt
(Kasten zum Apothekertag 1986)
- 28 Null-Lösung
Anmerkungen zum Psychiatriegesetz
- 12/86 21 Zum Listenunwesen im Pharmabereich, Von Gerd Glaeske
- 1/86 7 Gefährliche Pflege
Kasten zur Altenhilfepolitik
- 18 „Zum größten Teil sachlich“
dg-Gespräch mit W. Schweizer von der Aids-Hilfe

Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

- 2/86 16 Ein harter Job
Umfrage unter Krankenschwestern und MTAs
- 4/86 16 „Ich bin kein Roboter“
Utopia in Bielefeld

- 7/8/86 50 Psycho-Drama
Frustrationsabbau durch Ballintgruppen
- 24 Nur ein mieser Job?
Arbeitsalltag im Sektionssaal
- 6/86 35 Neutrum
Krankenschwestern wollen mit ihrem Nachnamen angeredet werden
- 9/86 10 Macht hoch die Tür?
Computer in der Krankenpflege
- 13 „Alles Unsinn“ – Computer auf Station
- 10/86 19 „Kis me, Schwester“
Neue Stufen des Computereinsatzes im Krankenhaus
- 17 „...alles wie am Fließband“
Arbeitsalltag im Pflegeheim

Arbeitsmedizin

- 1/86 32 Recht auf Nachtarbeit
- 2/86 16 Ein harter Job
Umfrage unter Krankenschwestern und MTAs
- 24 „Experte für Unbedenklichkeit“
Über die Rolle Prof. Lohnerts im Fall Boehringor
- 4/86 19 Betriebsspezifische Mikroepidemiologie zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen, 7 Thesen von Inge Zeller
- 20 Krankheitsursachen aus der Sicht von Arbeitnehmern
- 6/86 40 Gentec im Blaumann
Jahrestagung der Gesellschaft für Arbeitsmedizin

Ausbildung

- 1/86 10 Eine Fahrt nach Herdecke
Die Freie Universität Herdecke
- 2/86 28 Die Hälfte geschafft
Schwesternschülerinnen gegen die Kürzung ihrer Vergütung
- 30 Dumping-Doktor
Dor „Arzt für Allgemeinmedizin“ ist in Gefahr
- 3/86 19 Zur Situation der Auszubildenden in der Krankenpflege
Argumente der ÖTV gegen die der Arbeitgeber
- 23 Mit der Bitte um Verständnis
Rita Süßmuth an der Münsteraner Universität
- 4/86 36 Psychoenergetische Rosinen
Neue Wege in der Modizinausbildung
- 5/86 5 Überflüssiger Kropf
(Kasten zum Arzt im Praktikum)
- 6/86 32 „Wir wollen den Schwarzen Peter nicht“
dg-Gespräch über die Verhandlungen zum AIP
- 7/8/86 10 Ausstolzer
(Kasten zum AIP)
- 31 Ruhestörung
Studentenstreik in Bonn
- 10/86 5 Zweite Klasse
(Kasten zum AIP)
- 12/86 2 Wetten, daß?
Kommentar zum AIP von Matthias Albrecht

- 30 Kokoloeres
Sind Auswahlgaspräche verfassungswidrig?

Ernährung

- 1/86 4 Strahlend frisch
(Kasten zur Bestrahlung von Lebensmitteln)
- 6/86 5 Strahler '86
Radioaktive Belastung von Lebensmitteln (Kasten)
- 7/8/86 5 Versprochen
Radioaktive Belastung von Milch (Kasten)
- 10/86 4 Hinfällig
Strahlenbelastung von Lebensmitteln (Kasten)
- 10 Die dünnen Dicken
Frauenkrankheit Bulimarexie
- 14 „Spaß am Essen bekommen“
dg-Gespräch mit Barbara Krebs vom Frankfurter Zentrum für Ernährung
- 12/86 5 Immer noch
Strahlenbelastung von Lebensmitteln (Kasten)

Ethik

- 3/86 27 Zwingt alt raus, bringt neu rein
Ein Kommentar zum Sterbehilfe-Boom von Norbert Mappes
- 5/86 2 Kriminelle Vereinigung?
Kommentar zur Ärztekriminalität von Norbert Andersch
- 12/86 32 Die Wacht am Gen

Demokratie

- 2/86 6 Hiergeblieben
(Kasten zu Stabsärzten)
- 7 Vorgeprescht
(Kasten zu Aids)
- 5/86 6 „Hosen runtergelassen“
(Kasten zum Deutschen Ärzteverband)
- 7/8/86 48 Keine Spur von Demokratie
Proteste gegen Folter in der Türkei
- 10/86 32 Knüppel aus dem Sack
Die Polizei wird aufgerüstet

Frauen

- 1/86 23 Schwarze oder weiße Liste?
Köln Gynäkologen im Test
- 32 Recht auf Nachtarbeit
- 4/86 7 Schlag nach bei Shakespeare
(Kasten zum Berliner Gynäkologenprozeß)
- 6/86 38 Visionen holen uns ein
Internationales Hearing „Frauen und Gentechnik“
- 7/8/86 2 Verboten, verweigern
Kommentar zur Gen- und Reproduktionstechnologie von Karin Kieseyer
- 9/86 24 Das Horz der Familie
Müttergenesungswerk 1986
- 10/86 10 Die dünnen Dicken
Frauenkrankheit Bulimarexie
- 11 „Spaß am Essen bekommen“
Gespräch mit Barbara Krebs vom Frankfurter Zentrum für Ernährung
- 28 Brandschatzerinnen
„Rote Zora“ gegen Humangenetik

- 11/86 2 Für dumm verkauft
Kommentar zum Paragraphen 218
von Melitta Walter
- 6 Insel im Ozean
(Kasten über Stellenanzeigen)
- 12/86 17 Alles anders nach Tschernobyl?
Eine Polmik
- 12/86 23 Zuckerbrot und Peitsche
Der neue Mutterpaß

Frieden

- 1/86 5 „Internationale Pazifistenkreise“
Kurzinterview mit Till Bastian
- 2/86 6 Hiergeblieben!
(Kasten zu Stabsärzten)
- 3/86 33 Früh übt sich ...
Ärzte für Zivilschutz vorplant
- 4/86 32 Drum prüf, wer sich vertraglich
bindet
Rechtsgutachten über Verpflichtung
zum Zivilschutz
- 5/86 7 Aktion „Umrüstung“
Klinomobil für die SWAPO (Kasten)
- 10 Sie gehen den Gesetzen vor
Die Zusatzprotokolle zu den Genfer
Abkommen
- 12 Prozeß gegen die Bombe
Völkerrecht mit A-Bomben-Einsatz
vereinbar?
- 6/86 28 „Man kann sich nur näherkommen“
dg-Interview mit Prof. Karl Bon-
hoeffer
- 7/8/86 26 Ungespalten
6. Weltkongreß der IPPNW
- 9/86 18 Gene gegen Gegner
B-Waffen-Forschung in Hannover?
- 26 „Experimentelle Katastrophenme-
dizin“
30 Jahre Sanitätsdienst in der Bun-
deswehr
- 11/86 5 Streckenweise Chaos
IPPNW-Mitgliederversammlung 1986
(Kasten)
- 16 „Nicht erst hinterher schreien“
dg-Interview mit Sabine Drube, Kran-
kenpflege gegen Krieg
- 11/86 23 Die Mitglieder der Schutzkommission
beim Bundesminister des Innern und
der Strahlenschutzkommission
- 24 Bunkergemeinschaft
Die Schutzkommission beim Bun-
desminister des Innern
- 30 Nach Hasselbach
Es gibt keine Alternative
- 12/86 18 Neue Erkenntnisse über die Folgen
eines Atomkriegs
- 36 Makabres Spiel
Katastrophenschutzübung in Gelsen-
kirchen

Gen-tec

- 1/86 36 Neue Technik – alte Männer
Der Gen-tec Bericht der Bundesre-
gierung
- 5/86 16 „Scheunentore schließen“
dg-Gespräch mit Wolf-Michael Ca-
tenhusen
- 6/86 38 Visionen holen uns ein
Internationales Hearing „Frauen und
Gentechnik“
- 40 Gentec im Blaumann
Jahrestagung der Gesellschaft für Ar-
beitsmedizin
- 7/8/86 2 Verbieten, verweigern
Kommentar zur Gentechnologie von
Karin Kiesezer
- 9/86 18 Geno gegen Gegner
B-Waffenforschung in Hannover?

- 10/86 28 Brandschatzerinnen
„Rote Zora“ gegen Humangenetik
- 12/86 32 Die Wacht am Gen

Gesundheitliche Konzepte

- 3/86 5 Alternativen und Veränderungspoten-
tiale in der Gesundheitspolitik. Von
Walter Baumann und Klaus Priester
- 3/86 5 Essentielles
Hearing der Grünen zu gesundheits-
politischen Alternativen (Kasten)
- 22 Alternativen und Veränderungspoten-
tiale ...
(Fortsetzung aus dg 3/86)
- 5/86 19 Die Grenzen des Sachverständigen
Anmerkungen zum Jahresgutachten
1985/86. Von Hartmut Reiners.
- 6/86 19 Grüne Gesundheitspolitik – Alte We-
ge oder eine neue Perspektive. Von
Michael Wunder. (die Debatte)
- 7/8/86 27 Gesundheitspolitik als Strukturpolitik.
Gesundheitspolitische Vorstellungen
der Arbeitsgemeinschaft Sozialde-
mokraten im Gesundheitswesen (die
Debatte)
- 29 Die Zukunft sozial gestalten. Von An-
ke Fuchs, Eugen Glombig und Hon-
ning Scherf. (die Debatte)
- 10/86 6 Alternativen gefragt (Kasten zum Ge-
sundheitsmemorandum)
- 22 Die Zukunft sozial gestalten (Fortset-
zung aus dg 7/8/86)
- 23 Am runden Tisch
Gesundheitspolitischer Kongreß der
Grünen
- 11/86 19 Eröffnungsrede des Gesundheitspoli-
tischen Kongresses der CDU. Von
Heiner Geißler (die Debatte)
- 20 Lebe gesünder – es lohnt. Von Rita
Süßmuth (die Debatte)
- 11/86 22 4. Gesundheitstag in Kassel 1987
- 12/86 19 Gesundheitspolitik, Ärztopolitik und
Gesundheitsbewegung. Von Hans-
Ulrich Deppe.
- 5/86 34 Viel Nebel in Utopia
Gruppenpraxistreffen in Riedstadt

Gewerkschaft

- 2/86 28 Die Hälfte geschafft
Schwesternschülerinnen gegen die
Kürzung ihrer Vergütungen
- 32 Domröschchen schläft unruhig
Gewerkschafter in der Selbstvorwal-
tung der Sozialversicherung
- 3/86 2 Der Poker
Kommentar zur Kürzung der Ausbil-
dungsvergütung für Schwestern-
schülerinnen von Kirsten Jung
- 7/8/86 12 Die Mühen der Ebene
Gewerkschaftsarbeit im Kranken-
haus
- 17 „Die Ullige“
Erfahrungen einer Personalrätin
- 18 Alltagskram
Notizen eines Gewerkschaftssekre-
tars
- 9/86 14 „Das macht vor nichts halt“
dg-Gespräch mit der EDV-Kommis-
sion des Gesamtpersonalrats im
Landschaftsverband Rheinland

Historisches

- 1/86 24 Auch eine deutsche Anamnese
Hintergründe eines Rentengutach-
tens
- 2/86 34 Apostel und Akquisiteure
Ärzte und Arme im 19. Jahrhundert
- 3/86 10 Außenseiter
Ärzte im Widerstand

- 14 Einer der „leichteren“ Fälle
Der Arzt Josef Scholmer berichtet
aus seiner Arbeit im Widerstand
- 7/8/86 12 Herbert Lewin
Das Schicksal jüdischer Ärzte in
Deutschland. Von Walter Wuttke.
- 9/86 6 Nix passiert
Wiedergutmachung (Kasten)
- 16 Aktuelle Rollkte
Der Frankfurter „Euthanasie“-Prozeß
- 32 Nicht verzagen – Engols fragen
Ein Konstrukt über Kerntechnologie
- 20/86 26 Lebensolixier des Dritten Reiches
Chemische Industrie im Faschismus
in Deutschland
- 11/86 32 „Die Fenster gingen ja nach hinten
raus“
Der Frankfurter „Euthanasie“-Prozeß

Internationales

- 1/86 18 „Man kann nicht den eigenen Nabel
beschauen, wenn die Welt brennt“
dg-Gespräch mit Marie Langer
- 30 Die Chefygienikerin ist eine Katze
Gesundheitsversorgung in Vietnam
- 2/86 22 „Das glaubt mir zu Hause kein
Mensch“
Briefe aus Nikaragua
- 33 Das Krankenhaus den Ärzten
Medizinorströik in Italien
- 3/86 32 Nur ein Appendix?
Neues Psychiatriegesetz in Frank-
reich
- 5/86 7 Aktion „Umrüstung“
Klinomobil für die SWAPO (Kasten)
- 6/86 36 Hauptkrankheit Apartheid
Gesundheitswesen in Namibia
- 7/8/86 8 Hinter den Kameras
Gesundheitsbeziehung nach dem
Erdbeben in Mexiko
- 48 Keine Spur von Demokratie
Proteste gegen Folter in der Türkei
- 9/86 2 Umgelegen
Kommentar zu Nikaragua von Jo-
achim Neuschäfer
- 10/86 24 Taubenschlag
Modellpsychiatrie in Nizza
- 12/86 10 dg-Aktion Fünf Prozent vom Weih-
nachtsgeld
Wasser für Matiguás

Krankenpflege

- 1/86 7 Gefährliche Pflege
Hearing der Grünen zur Altenhilfe
(Kasten)
- 2/86 18 „Viel zu wenig“
Private Krankenpfleger wollen mehr
Geld
- 3/86 2 Der Poker
Kommentar zur Kürzung der Ausbil-
dungsvergütung für Schwestern-
schülerinnen von Kirsten Jung
- 4/86 16 „Ich bin kein Roboter“
Utopia in Bielefeld
- 9/86 10 Macht hoch die Tür?
Computer in der Krankenpflege
- 10/86 17 „... alles wie am Fließband“
Arbeitsalltag im Pflegeheim
- 19 „Kis me, Schwester“
Neue Stufen des Computereinsatzes
im Krankenhaus
- 11/86 16 „Nicht erst hinterher schreien“
dg-Gespräch mit Sabine Drube,
Krankenpflege gegen Krieg

Kultur

- 3/86 30 dg-Kunstwettbewerb „Krankheit und
Umwelt“

- 4/86 26 dg-Kunstwettbewerb „Krankheit und Umwelt“
33 Ein Schwarzwaldmärchen
5/86 26 dg-Kunstwettbewerb „Krankheit und Umwelt“
10/86 30 Alpträume
Zeichnungen von Stefan Sloboda
12/86 32 Die Wacht am Gen

Paragraph 218, Geburtenkontrolle

- 1/86 34 Der Träger des Lebens und sein Gehilf
(Fortsetzung aus 12/85)
3/86 25 Verschwendung von Volksvormögen
Wie lokale Ärztelobbys den Abbruch-tourismus auf Touren bringen
7/8/86 40 Kampagne mit Wirkung
Große Koalition gegen Pro Familia
11/86 2 Für dumme verkauft
Kommentar zum Paragraphen 218 von Melitta Walter

Patientenversorgung

- 1/86 8 Sieg nach sieben Jahren (Kasten
zum Kunstfehlerprozeß von Sabine Boeck)
18 „Zum größten Teil sachlich“
dg-Gespräch mit W. Schwoizer von der Aidshilfe
23 Schwarze oder weiße Liste?
Kölner Gynäkologen im Test
3/86 26 Werkstätten, die behindern
Die Behindertenwerkstätten dienen nicht mehr der beruflichen Integration
34 Statt eines Kommentars
Petra Kellys Antrag vor dem Bundes-tag zum Thema Krebskranke Kinder
5/86 32 Neues aus Transsylvanien
Bluthandel mit Nebenwirkungen
9/86 36 Zähneklappen
Neue Zahnersatzrichtlinie
10/86 17 „... Alles wie am Floßband“
Arbeitsalltag im Pflegeheim
16 Vordergründig positiv
Pflegegesetzentwürfe der Grünen und des Landes Hessen
12/86 23 Zuckerbrot und Peitsche
Der neue Mutterpaß
34 Sparan dank Methadon?
Internationales Symposium über Dro-genersatzstoffe

Pharma

- 1/86 6 Patienten als Aufmacher
Pharmawerbung (Kasten)
35 Guter Stand für Verbraucher
WI IO-Exportenkonferenz zur Phar-maeoethik
2/86 36 Fröh übt sich ...
Fluoridtabletten gewöhnen ans Pil-lenschlucken
3/86 7 Enttäuschung
Hearing der Grünen zum Arzneimit-telgesetzentwurf (Kasten)
18 Null – Null – Null
Hoechst zog Antidepressiva mit No-nifensin zurück
4/86 18 Der Berg kreißt
Zum Phenacetinverbot des BGA
24 Fier krank als schlank
Abnehmen durch „Wunderpillen“?
5/86 32 Neues aus Transsylvanien
Bluthandel mit Nebenwirkungen
6/86 6 Hoechst kritisch
BUKO-Pharmakampagne (Kasten)
18 Hoechst überflüssig
„Schnellmacher“ gegen Hirnlei-stungsstörungen

- 7/8/86 46 Hoechst erfreulich
Aktionswoche der BUKO-Pharma-kampagne
9/86 30 Schockschworot
Über Metamizol wird erneut verhan-delt
11/86 18 Nichts als Krümel?
AOK-Studie zum Pharmakodex
Unter Hoechster Regie
11/86 27 Metamizol-Hearing beim BGA
12/86 21 Zum Listenunwesen im Pharmabe-reich. Von Cerd Glaeske

Psychiatrie

- 1/86 18 „Man kann nicht den eigenen Nabel
beschauen, wenn die Welt brennt“
dg-Gespräch mit Mario Langer
2/86 26 Knast oder Fluchtbürg
Sozialpsychiater streifen um Klinik-auflösung
3/86 6 Unbotmäß'g
Disziplinverfahren gegen Klaus Dör-ner (Kasten)
32 Nur ein Appendix?
Neues Psychiatriegesetz in Frank-reich
9/86 7 Gedämpfter Dampf
Tagung des Internationalen Netz-works Alternativen der Psychiatrie (Kasten)
28 Bilder aus Rheinischen Landeskli-niken
10/86 18 Kaufs Schloßallee
Gemeinnütziger Verein spielt Mono-poly
24 Taubenschlag
Modellpsychiatrie in Nizza
36 Gesamtdeutsche Begegnung
Sozialpsychiater tagten in Mönchen-gladbach
11/86 28 Null Lösung
Anmerkungen zum Psychiatriegesetz

Satire

- 1/86 26 Kostendampf fürs Gesundheits-wesen
28 Gefährliche Nebenwirkungen
Sozialismus in der Werbung
4/86 33 Ein Schwarzwaldmärchen
6/86 30 Eine schwere Geburt
89. Deutscher Ärztetag
11/86 26 Schlußverkauf
Die Heilkraft des Marktes

Sexualität

- 4/86 30 Aids für alle – alle für Aids
von Volkmar Sigusch
12/86 12 Lust? Last?
Der stille Wandel der Sitten
28 Absage an die Aufklärung
Irrationalität, Vernunftfeindschaft und Romantik in der Sexualität. Von Er-nost Bornemann

Sucht

- 2/86 10 Das lautonische Prinzip
Weist Methadon neue Wege in der Drogentherapie?
14 „Wir halten Methadonprogramme für prüffähig“
dg-Gespräch mit dem Drogenbeauf-tragten von NRW, Hans A. Hüsgen
9/86 23 Statt Bier jetzt Schnaps
Der Suchtbericht der Bundesregie-rung
12/86 34 Sparprogramm dank Methadon?
Internationales Symposium über Dro-genersatzstoffe

Standespolitik

- 2/86 20 Zum Wahlverfahren in den Ärztekam-
mern
Ein Gutachten von Prof. Dr. Gerhard Stuby
2/86 8 Zu lasch
Tagung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
3/86 16 „Wir gehen einen anderen Weg“
dg-Gespräch mit Winfried Beck
5/86 23 Aufmarsch zurück
Die Betonfraktion in der Bundesärz-tekammer setzt sich durch
5/86 30 Nur keine Panik auf der Titanic
Zur Arbeitsmarktlage von Ärzten
6/86 34 Regiefehler
89. Ärztetag in Hannover
7/8/86 41 Mir geht's doch gut, oder?
Nachtgedanken eines arbeitslosen Arztes
10/86 7 Tendenz: Steigend
Wahlergebnisse der oppositionellen Ärztgruppen in den Kammern
11/86 10 Zwickmühle
Wenn Linke sich niederlassen
12/86 6 Frischer Wind
Berliner Kammerwahlen (Kasten)
24 Unternehmer mit ärztlicher Nebentä-tigkeit
Ärzteeinkommen in der Bundesrepu-blik
26 Findrücke
Gründungskongreß des VdÄA

Umwelt

- 1/86 2 Dem Walde zuliebe
Kommentar zu Waldsterben und Tempolimit von Peter Walger
5/86 18 Wackersdorf, Ostern 1986
6/86 2 Innere Aktivität
Kommentar zum Zusammenhang von Krankheit und Umwelt von Ulli Menges
8/86 10 Becquerol und Pharisäer
Die Atomkatastrophe in Tschernobyl überall
7/8/86 7 Treffen der Formaldehydgeschädig-ten in Bonn
(Kasten)
9 Versprochen
Radioaktiv Belastung von Milch (Ka-
sten)
32 Waahnsinn
Das Risiko wird unterschätzt
36 1. Deutscher Umwelttag in Würzburg
9/86 21 Wen schützt die Strahlenschutzver-ordnung?
32 Nicht verzagen – Engels tragen
Ein Konstrukt über Komtechnologie
34 Schützen uns die Strahlenschützer?
Anmerkungen zur Strahlenschutz-kommission
10/86 2 Der Mensch als Endlager
Kommentar zur Radioaktivität in der Nahrung von Edi Erken
4 Hinfällig
Belastungswerte von Lebensmitteln (Kasten)
10/86 34 Mein lieber Herr Gesangsvor-
sitz! Stellungnahmen nach Tschernobyl
11/86 34 Boleerne Zeit
Wie schädlich ist Blei im Benzin

Verschiedenes

- 9/86 19 Loserumfrage
31 Zum Weglaufen
Tierschutzgesetz verabschiedet
10/86 34 Neue Aristokraten
Die profanen Tücken eines Arbeits-losenalltags

Stellungnahme der VDS-Fachtagung Medizin zur 5. AO

Die 5. Approbationsordnung für Ärzte wurde am 17. November 1986 verabschiedet. Die wichtigste Neuregelung betrifft den sogenannten Arzt im Praktikum, der angeblich der verbesserten praktischen Ausbildung dienen soll. Die Studenten lehnen diese Approbationsordnung ab.

Nach allgemeiner Auffassung ist die Ausbildung zum Arzt in der derzeitigen Form ungenügend. Dabei wird von allen als Hauptursache die bundesweit schlechte praktische Ausbildung im klinischen Studienabschnitt angesehen. Zur Beseitigung dieses Mißstandes sollen die Ausbildung nun verlängert und die Studentenzahlen reduziert werden. Diese Schritte lehnen wir entschieden ab. Tatsache ist, daß sie überflüssig sind, da sich in sechs Jahren Medizinstudium mit den derzeitigen Studentenzahlen bei Einhaltung der geltenden Bestimmungen eine ausreichend gute praktische Ausbildung durchführen läßt. Wir fordern deshalb die Verantwortlichen auf, diesen Mißstand durch Verwirklichung dieser geltenden Bestimmungen zu beseitigen.

Begründung

Um eine ausreichende Qualität der ärztlichen Versorgung sicherzustellen, ist es notwendig, für den Einzelnen einen gewissen Ausbildungsaufwand zu leisten und die Ausbildungskapazitäten der Universität nicht zu überlasten. Zum *Ausbildungsaufwand* ist zu sagen, daß es sich nur um eine ausreichend gute und nicht um eine „Traum“-Ausbildung handeln kann, da der Staat die Verpflichtung hat, so viele Studierwillige wie nur möglich zum Studium zuzulassen. (. . .)

Um also möglichst viele ausbilden zu können, hat der einzelne Student nur Anspruch auf ein Minimum an Ausbildung, das aber auf jeden Fall so groß sein muß, daß durch das Studium „die Fähigkeit zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs“ (Bundesärzteordnung § 4) erlangt wird und die Bevölkerung vor minderqualifizierten Ärzten geschützt ist. Dieser Minimalaufwand ist in der Approbationsordnung und der Kapazitätsverordnung festgelegt und wird durch die universitätsinternen quantifizierten Stundenpläne sowie durch den ZVS-Modellstundenplan näher ausformuliert. So sieht die Approbationsordnung im Gegensatz zur früheren Bestallungsordnung eine enge Verzahnung von Theorie und Praxis vor, wonach schon ab dem Beginn des klinischen Abschnitts Praktika am Krankenbett stattfinden sollen. Als Umfang für diese Praktika sind in der Approbationsordnung für den 2. klinischen Abschnitt 480 Stunden vorgeschrieben, was umgerechnet ca. 10 Stunden pro Woche entspricht.

Um eine sinnvolle Unterrichtsgestaltung zu ermöglichen, ist jedoch nicht nur die Anzahl der Praktikumsstunden, sondern auch noch die Größe der Gruppen entscheidend. Diese ist in den uni-internen quantifizierten Stundenplänen bzw. im Modellstundenplan der ZVS festgelegt, die auf eine Definition der Unterrichtsveranstaltungen in der Kapazitätsverordnung zurückgreifen. Dort ist in sämtlichen klinisch-praktischen Fächern Unterricht am Krankenbett in Fünfergruppen vorgesehen; d. h., ein Student muß ca. 10 Stunden pro Woche neben den Hörsaalveranstaltungen praktisch am Krankenbett ausgebildet werden. Diese Bestimmungen legen einen Ausbildungsaufwand fest, der internationale Vergleiche nicht zu scheuen braucht. Auf der Grundlage dieses Ausbildungsaufwandes werden nun den Universitäten entsprechend ihrer Ausbildungskapazität Studenten zugewiesen.

Die *Ausbildungskapazität* ergibt sich zum einen aus dem Stellenschlüssel der Kliniken bzw. Institute und der Regellehrversorgung. Diese stieft für Assistenten iver und für Professoren acht Deputatsstunden pro Woche an Lehrverpflichtung vor, wobei durch die Berücksichtigung der Patientenversorgung diese Verpflichtung bei den Dozenten der klinisch-praktischen Medizin um rund die Hälfte reduziert wird. (. . .)

Unabhängig von dieser lehrpersonalbezogenen Aufnahmekapazität wird eine patientenbezogene Aufnahmekapazität errechnet. Dabei wird die Anzahl der ambulant oder stationär behandelten Patienten sowie deren Belastbarkeit und Eignung für den studentischen Unterricht berücksichtigt. Die Zahl der nun tatsächlich zugelassenen Studenten richtet sich nach der patientenbezogenen Aufnahmekapazität, da diese an allen Universitäten deutlich unter der lehrpersonalbezogenen liegt und damit laut Kapazitätsverordnung limitierend wirkt. Deshalb muß für die ordnungsgemäße Ausbildung der Studenten sogar nur auf einen Teil des Gesamtlehrdeputats zurückgegriffen werden.

Warum aber ist die Ausbildungssituation trotz an sich passabler Rahmenbedingungen so unbefriedigend? Eine Erhebung der VDS-Fachtagung Medizin an bundesdeutschen Universitäten hat ergeben, daß der als Maßstab für die Ausbildungsintensität geltende

Curricularnormwert für den zweiten klinischen Abschnitt nur zu einem Viertel bis zur Hälfte erfüllt wird. Die Ursache hierfür liegt zum einen darin, daß die in der Approbationsordnung vorgeschriebenen 480 Stunden Praktikum im zweiten klinischen Abschnitt bei weitem nicht erbracht werden. Entscheidend aber ist eine unzulässige Vergrößerung der Gruppen in den Praktika. Bezeichnenderweise finden an einzelnen Universitäten einzelne Praktika aber doch in Fünfergruppen statt, was zeigt, daß bei entsprechendem Engagement der Hochschullehrer unter den gegebenen Rahmenbedingungen doch Kleingruppenunterricht am Krankenbett möglich ist. Normalerweise aber werden Hörsaalveranstaltungen als Praktika ausgegeben bzw. die im Praktikum vorgesehenen Gruppenstärken bei weitem überschritten. Dies ist ein eindeutiger Verstoß gegen die zwingenden Vorgaben des quantifizierten Stundenplans bzw. des Modellstundenplans der ZVS. Zusätzlich verstößt damit die Mehrheit der Dozenten der klinisch-praktischen Medizin gegen die Regellehrverordnung, weil sie durch den wesentlich geringeren Lehraufwand das in ihren Dienstverträgen vorgeschriebene Lehrdeputat bei weitem nicht erfüllen.

Diese eigentlich für die Lehre vorgesehene Arbeitszeit wird statt dessen für die Patientenversorgung aufgewendet, um die katastrophale Überstundensituation an den Universitätskliniken zu entschärfen. Dieses Problem kann und darf aber nur durch die Schaffung neuer Stellen gelöst werden. Die von vielen geäußerte Befürchtung, daß dies zu einer Erhöhung der Studentenzahlen führen würde, ist unberechtigt, da ohnehin die Patientenzahl limitierend für die Zulassungszahl ist.

Fazit:

Nicht die Studentenzahlen sind zu hoch oder die geltenden Verordnungen zu schlecht, sondern der Aufwand, den die Dozenten für praktische Ausbildung tatsächlich aufbringen, ist zu gering, verglichen mit dem, was sie leisten müßten. Wir fordern die Umsetzung der derzeit bereits gültigen Bestimmungen, um damit kurzfristig eine deutliche Verbesserung des Studiums zu verwirklichen. Damit ist Zeit gewonnen, um langfristig mit den Studenten in die von allen Seiten geforderte Diskussion über eine grundlegende Reform des Medizinstudiums einzusteigen.

Die von der Bundesregierung vorgegebene Begründung zur Einführung des Arztes im Praktikum – Ausgleich eines bestehenden Praxisdefizits – entbehrt jeglicher Grundlage. Statt dessen sollte sie auf die Einhaltung der Approbationsordnung, der Kapazitätsverordnung und der Regellehrverordnung drängen.



**Die Skandalkette um
Pflegeheime des Caritas-
verbands in Westfalen
reißt nicht ab. Jetzt wurde
ein Heimleiter beurlaubt.**

Heilige Waschungen

Seit die Dortmunder Selbsthilfe e. V. die Machenschaften im Sozialwerk St. Georg aufgedeckt hat, ist sie ein rotes Tuch für die Verantwortlichen des der katholischen Kirche angehörenden Caritasverbands geworden. Nicht nur rein finanzielle Ungereimtheiten deckte sie bei ihrem Einsatz für die Rechte psychisch kranker Menschen, die in den Häusern der Caritas leben, auf.

Jüngstes Beispiel: ein Alten- und Pflegeheim im westfälischen Schöppingen im Kreis Borken, wo sich die Beschwerden ehemaliger Angestellter des St.-Antonius-Heims häuften. Dabei wurde zum Beispiel aufgedeckt, daß der Heimleiter, ein 49-jähriger Diakon und ehemaliger Zeitsoldat, finanziell ein bißchen manipuliert hatte. Da fanden sich den Bewohnern zustehende Taschengelder auf Konten des Heims wieder. Da wurden dem Landschaftsverband zwischen 1982 und 1985 rund 650 000 Mark zuviel an Pflegesätzen berechnet, die dann auf einem „schwarzen“ Konto des Heims wieder auftauchten. Zeugen berichteten auch, daß der Heimleiter, seit er vor sieben Jahren sein Amt übernommen hat, mehrfach Heiminsassen mißhandelt habe.

Nachdem die Kirche zunächst noch versucht hatte, ihren ehrenwerten Diakon zu decken – so wusch ihn der örtliche Pfarrer vor der versammelten Gemeinde in einer Sonntagspredigt rein –, konnte sie Ende November nicht mehr umhin, den Mann zu beurlauben. Auch die stattliche Summe von 650 000 Mark will die Kirche unverzüglich dem Landschaftsverband zurückerstatten. Doch die Staatsanwaltschaft in Münster gab sich damit nicht zufrieden. Auf eine Strafanzeige der Dortmunder Selbsthilfe befindet sie sich zur Zeit in Ermittlung gegen den Heimleiter von St.-Antonius.

Merkwürdig mutet dagegen an, daß weder der Landschaftsverband, die für die Pflegesätze verantwortliche Stelle,

noch die kommunalen und staatlichen Aufsichtsbehörden ihre Aufsichtspflicht wahrgenommen haben. Bereits im Sommer 1986 hatte die Dortmunder Selbsthilfe auf die Zustände in drei psychiatrischen Langzeitkrankenhäusern im Kreis Warendorf aufmerksam gemacht (dg berichtete). Dort waren bei weit unter dem Durchschnitt liegenden Pflegesätzen noch Gewinne in Millionenhöhe erzielt worden, die für Grundstücksspekulationen benutzt wurden. Erst nachdem diese Zustände in Presse und Rundfunk publik wurden, prüfte der Landschaftsverband die Selbstkostenblätter der Trägergesellschaft der drei Heime, einer hundertprozentigen Tochter des Caritasverbandes. Dabei wurde ein Betrag von 2,3 Millionen Mark errechnet, der dem Landschaftsverband für die Jahre 1982 bis 1984 zuviel in Rechnung gestellt wurde. Nicht erfaßt ist in dieser Summe der Betrag, der den Selbstzahlern zuviel für Pflegekosten abverlangt wurde.

Doch mit der Rückforderung der 2,3 Millionen Mark erschöpften sich die Aktivitäten des Landschaftsverbandes. Ohne nach dem Hintergrund des erwirtschafteten Überschusses zu fragen, beschränkte er sich auf den Hinweis, daß für 1986 mit einem Defizit in den

Einrichtungen zu rechnen sei, auf das der erzielte Überschuß anzurechnen sei.

Eine Dienstaufsichtsbeschwerde der Selbsthilfe lehnte der zuständige Oberkreisdirektor in Warendorf ab. Er stellte der Geschäftsführung der Heime einen Persilschein aus: die Heime seien nicht überbelegt, das Personal sei ausreichend, die Taschengeldzahlungen an die Insassen seien, von einem Fall abgesehen, korrekt erfolgt. Da zudem das Sondergutachten einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft keinen Grund zu Beanstandungen am Geschäftsgebaren ergeben habe, fühlt sich die Geschäftsführung von allen Vorwürfen rein gewaschen, wie sie in einer Presseerklärung ausführte.

Die Dortmunder Selbsthilfe wird sich damit nicht zufrieden geben. Sie protestierte mit einer Flugblattaktion vor dem Regierungspräsidium in Münster als Aufsichtsbehörde. In einem Brief an den Regierungspräsidenten und den Gesundheitsminister von Nordrhein-Westfalen, Hermann Heinemann, stellte sie die Frage: „Wovon werden denn die Millionen abgezweigt, wenn da sonst alles in Ordnung sein soll?“ Auf die Antwort darf man wohl gespannt sein.

Bernhard Geiger

Bernhard Geiger arbeitet als Arzt in einer psychiatrischen Klinik.

Anzeige:

Der Verein zur Betreuung psychisch Kranker sucht
baldmöglichst einen

**Arbeits- oder
Beschäftigungstherapeuten
oder Erzieher am Arbeitsplatz**

Die üblichen Bewerbungsunterlagen bitte an:
Verein zur Betreuung psychisch Kranker
zu Hd. Herrn Kübler
Brandweg 14
6300 Gießen-Klein-Linden

Kontrovers

Gibt es eine „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen?

Hinter dem Gerede von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen steckt nichts als Demagogie. So hatte die Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärzte im vergangenen Jahr behauptet. Und wir hatten uns dieser Aussage angeschlossen. dg-Autor Wolf Steinbrecher dagegen hält das Argument, der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttosozialprodukt sei nicht gestiegen, für nicht stichhaltig. Er kritisiert die Leugnung der Kostenexplosion. Sein Standpunkt und eine Antwort von Winfried Beck, dem Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft der demokratischen Ärztelisten.



Winfried Beck:

Die verfügbaren Daten sprechen gegen eine „explosionsartige“ Verschlechterung der Gesundheitsversorgung beziehungsweise des Gesundheitszustandes. Weder die Morbidität noch die Mortalität haben sich in den vergangenen zehn Jahren drastisch verschlechtert; eher ist eine Stagnation zu verzeichnen. Hohe Ausgaben für die Gesundheit sind auch in anderer Hinsicht keineswegs ein Indikator für einen schlechten Gesundheitszustand, wie die extrem niedrigen Ausgaben bei gleichzeitig extrem schlechtem Gesundheitszustand in den weniger entwickelten Ländern Westeuropas oder gar in den unterentwickelten Ländern zeigen. Umgekehrt sind ungewöhnlich hohe Ausgaben für die Gesundheit keineswegs ein Indikator für einen niedrigen Krankenstand, sondern eher ein Ausdruck der Bereitschaft einer Gesellschaft, entsprechend große Res-

ourcen für die Bekämpfung von Krankheit zur Verfügung zu stellen.

Tatsächlich ergeben sich die Gesundheitsausgaben aus dem widersprüchlichen Verhältnis zwischen den Interessen des Kapitals an gesunden, also produktiven Arbeitskräften bei möglichst geringen Kosten (Lohnnebenkosten) und den gesellschaftlich erzwungenen Ausgaben für die Krankenversorgung. Dabei tendiert das Kapital zu verstärktem gesundheitlichen Verschleiß durch Steigerung der Produktivität bei Senkung der Ausgaben für gesundheitserhaltende oder gar – fördernde Maßnahmen, einem Ziel, dem es bei wachsender Arbeitslosigkeit, also wachsender Nachfrage nach auch gesundheitsgefährdenden Arbeitsplätzen näher kommt als bei Vollbeschäftigung.

Begrenzt wird dieses Streben nur durch die organisierte Kraft der Produzenten, deren Interesse genau das Gegenteil ist. Diese relativ klare Situation wird durch die Tatsache kompliziert, daß das Gesundheitswesen selbst zu einem gewaltigen Markt geworden ist

Wolf Steinbrecher:

Von mehreren Seiten wurde Ende 1985/Anfang 1986 die Auffassung vertreten, eine „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen gebe es nicht. Im Heft Dezember 1985 der Zeitschrift Dr. med. Mabase wurde die Ausgabenentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) untersucht und nachgewiesen, daß deren Ausgabensteigerungen zum (beträchtlichen) Teil auf eine staatliche „Umverteilung“ zurückgehen: der Staat reduzierte seinen Anteil an der Rentenfinanzierung und bürdete die Kosten dafür den Krankenkassen auf. Daraus schließen die Verfasser, daß „von einer Kostenexplosion keine Rede sein“ könne.

Der Kommentar in dg 2/86 zitiert Berechnungen der Demokratischen Ärzte, in denen die Gesundheitsausgaben mit der Entwicklung des Bruttosozialprodukts (BSP) verglichen werden. Dabei findet man, daß der Anteil der Gesundheitskosten am BSP „in den letzten acht Jahren sogar leicht zurückgegangen“ sei. Auch hier ziehen die Autoren den Schluß, daß es sich bei der „Kostenexplosion“ um einen Propagandatrick handle: „Das mit der Explosion war kein Rechenfehler, sondern hatte seinen Sinn: Mit aus Angst vor

Explosionen eingezogenem Kopf ist schlecht selbstbewußt fordern...“

Die geschilderten Argumente verfolgen den Zweck, von der bisherigen prinzipiellen Zustimmung zum Anliegen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen fortzukommen und eine Haltung grundsätzlicher Opposition dazu einzunehmen. Der dg-Kommentar zum Beispiel setzt sich kritisch mit der bisher verfolgten „Ja-aber“-Politik auseinander und stellt fest, daß diese Politik dazu geführt habe, „daß es im Endeffekt immer den Patienten und uns ans Leder ging und nie den Pharmakultus.“

Diese Einschätzung halte ich für richtig, ihre sachliche Begründung aber für zumindest nicht ausreichend: Das Argument des gleichgebliebenen Anteils der Gesundheitskosten am BSP ist nicht richtig: Erst seit Mitte der siebziger Jahre stagniert er, vorher ist er kräftig gestiegen, allein von 1970 bis 1975 von 6,3 auf 9,1 Prozent. Damit kommen aber die dg-Autoren in die Verlegenheit, ihre Argumentation gegen die Kostendämpfung mit Ergebnissen eben dieser Kostendämpfung zu stützen. Richtig ist es anders: Der wesentliche Grund für die (schon seit den fünfziger Jahren) ständig steigenden Kosten liegt in der Verschlechterung der Gesundheit der lohnabhängigen

Bevölkerung. Dieser Gesundheitsverfall ist derart rapide und „explosionsartig“, daß nur die rabiate Verschlechterung der Krankenversorgung den entsprechenden Kostenanstieg in den Grenzen des BSP hielt.

Das BSP-Argument ist noch aus einem anderen Grund nicht richtig. Die Frage des „richtigen Maßstabs“ für die Gesundheitsleistungen (sollen diese am BSP oder an der Lohnsumme oder an sonstwas gemessen werden?) geht aus von der Vorstellung gleichmäßiger Entwicklung: Alles soll im Gleichschritt mit dem BSP wachsen, die Löhne, die Profite, eben auch die Gesundheitsausgaben. Das wäre dann „Verteilungsgerechtigkeit“, zur Zufriedenheit aller Beteiligten.

Das Problem bei dieser Gedankenrichtung scheint mir, daß die besondere Natur der Gesundheitsleistungen (ihr „Gebrauchswert“) nicht berücksichtigt wird. Konsum von Medikamenten, Massagen, Rollstühlen und Krankenhaustagen ist – anders als der von Autos oder Schnitzeln – keineswegs ein Zeichen von Wohlstand, sondern zeigt, daß es den Leuten schlecht geht. Wenn der Wohlstand zunähme, müßte der Konsum von Gesundheitsleistungen zurückgehen, und zwar *absolut*, das heißt, die Menge an konsumierten Tabletten, die Zahl der Krankenhauscin- ▶

(1984 mehr als 150 Milliarden Mark jährlich), daß das Geschäft mit der Krankheit wie kein anderes blüht.

Voraussetzung für diese Situation war die Herausbildung der staatlichen Gesundheitspolitik der Sozialfonds, bestehend aus der Kranken-, Sozial-, Renten-, Unfall-, Arbeitslosenversicherungen. Die gewaltige Summe von 625 Milliarden Mark (1984) als Summe aller Fonds ist zu einem kaum vergleichbaren Nachfrage- und Marktfaktor geworden. Profit produziert Gesundheitsgefährdung mit dem Ergebnis von Krankheit und Gesundheitsbedarf, die wiederum Grundlage neuer Profite sind.

Aus dem Sozialfonds bedienen sich in einem Kampf jeder gegen jeden die Pharmaindustrie, die Medizintechnik, die Bauindustrie, die Versicherungswirtschaft und schließlich auch die niedergelassene Ärzteschaft. Preise und Umsätze der Pharmaindustrie wie in keinem anderen europäischen Land (der Staat hilft hier mit einer entsprechend „weichen“ Arzneimittelgesetz-

gebung), eine Medizingerätedichte jenseits jeder Vernunft (allein in München stehen mehr Computertomographen als in ganz Italien), eine Krankenhausbauindustrie, die vor allem durch Preisabsprachen bzw. Kartellbildung aufgefallen ist (Klinikum Aachen), eine Versicherungswirtschaft, die sich durch eine enge Verzahnung mit Standesfunktionären ihre Pfründe sichert und eine niedergelassene Ärzteschaft, die dank Behandlungsmonopol und Einzelleistungsvergütungssystem mit einem jährlichen Durchschnittseinkommen von 240 000 Mark (1985) an der Spitze der Selbstständigen steht, all diese Elemente kennzeichnen die profitable Situation im Gesundheitswesen, eine Selbstbedienungsmentalität, eine „Luxusmedizin“, die tatsächlich diesen Namen verdient.

Die genannten Bereiche sind wesentliche Faktoren der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Dennoch bewegen sich die Ausgaben für die Gesundheit seit 1975 etwa parallel zu der Entwicklung des Bruttosozialprodukts (davor gab es wegen gesetzlicher und inve-

stitutionsbedingter Maßnahmen wesentlich höhere Steigerungsraten). Näheres siehe dg 2/86, Seite 19.

Wozu also der Begriff: Kostenexplosion im Gesundheitswesen? Wer gebraucht ihn mit welcher Absicht? Es ist die Pharmaindustrie, die Ärztelobby, es sind die Vertreter der staatstragenden Parteien, die sie im Munde führen, besonders vor und während der sogenannten konzertierten Aktion im Gesundheitswesen. Und es ist ein einleuchtender Begriff, sieht man die Beitragssteigerungen für die Versicherten alleine, vernachlässigt man die Umverteilung in der Finanzierung des Gesundheitswesens durch den Rückzug des Staates und der Arbeitgeber mittels einer Reihe von gesetzlichen Maßnahmen wie das Krankenhausfinanzierungsgesetz.

Deutlich wird die Absicht der Wortführer erst, wenn man ihre Schlußfolgerung, ihre Forderungen nach Kostendämpfung analysiert. Sie behaupten nämlich, man könne die Kosten im Gesundheitswesen nur dann senken, wenn ▶

weisungen usw. müßten abnehmen. Das wäre eher ein „richtiger Maßstab“.

Auch das Umverteilungsargument der Kosten von der Renten- zur Krankenversicherung ist nur teilweise richtig. Die Gesundheitsausgaben insgesamt haben sich zwischen 1970 und 1983 verdreifacht (Zunahme auf 307 Prozent mit 1970 = 100), während die Ausgaben der GKV sich vervierfachten (406 Prozent) und die der Rentenversicherung „nur“ auf 259 Prozent stiegen. Also durchaus eine starke Umverteilung, die aber nicht den Gesamttrend erklären kann, sondern nur die *Abweichungen* von diesem Gesamttrend für einzelne Träger.

Die gesundheitspolitische Opposition wird durch die Leugnung der „Kostenexplosion“ ideologisch nicht stär-

ker, sondern schwächer, weil nicht mehr alle Kräfte gegen die Kostendämpfung mobilisiert werden können, die eigentlich zu mobilisieren sind. Denn wer die „Kostenexplosion“ negiert, kann auch den Ursachen für die steigenden Gesundheitsausgaben – dem Verschleiß der Gesundheit durch Arbeits- und Umweltbedingungen – keine große Bedeutung mehr beimessen. Damit können aber die hauptsächlich Betroffenen unter den Lohnabhängigen, die immer schneller verschleißt werden und immer schlechter versorgt werden (und das sind vor allem die hart arbeitenden Schichten, die Ausländer, die Frauen in den Leichtlohngruppen), die das *größte Interesse* an einer Änderung der Verhältnisse haben, nicht mehr angesprochen werden.

Der wesentliche „Verursacher“ des Gesundheitsverschleißes ist das Kapital. Es läßt sich nachweisen, daß der „Gesundheitskonsum“ sehr eng an Bedingungen wie unregelmäßige harte Arbeit in Nacht- und Wochenendschichten, Schadstoffbelastung an Arbeitsplatz und Wohnort usw. geknüpft ist. Deswegen muß die gesundheitspolitische Opposition auf der Verantwortlichkeit des Kapitals für den Gesundheitsverfall bestehen. Daraus ergibt sich zum Beispiel die Forderung nach Zahlung aller Krankenversicherungsbeiträge durch die Arbeitgeber (was ja

für die Arbeitnehmer auch schon mal ein Stück „Kostendämpfung“ wäre und die leidige Gewerkschaftsdiskussion um steigende Lohnabzüge aus der Welt schafft).

Gerade weil die „Kostenexplosion“ Zeichen für die rapide Gesundheitsverschlechterung der Lohnabhängigen ist, muß man verstärkt Forderungen nach Abschaffung der krankmachenden Faktoren erheben, nach Verbot bestimmter Arbeitsbedingungen, Schadstoffemissionen usw. Die beste Gesundheitsversorgung wäre dann gegeben, wenn bestimmte Krankheiten nicht oder kaum mehr aufträten, weil die Verursachungsfaktoren weggefallen sind. Das wäre dann wahrscheinlich auch die optimale „Kostendämpfung“, aber wer könnte dann etwas dagegen haben?



Wolf Steinbrecher ist Programmierer an der Universitätsklinik in Freiburg



die Gesundheitsversorgung weniger in Anspruch genommen würde (das sagen vor allem Politiker und weniger Vertreter der Industrie, denn in der Konsequenz würde dies zu einer Verkleinerung des Gesundheitsmarktes, der Nachfrage führen). Vor allem aber fordern sie mehr Eigenverantwortlichkeit, mehr Selbstbeteiligung, also mehr zusätzliche Bezahlung zu den sowieso schon abgeführten Versicherungsbeiträgen, also letztlich ein zusätzliches Auffüllen des Topfes, aus dem sich alle sogenannten Anbieter im Gesundheitswesen bedienen. Schließlich seien ja die Patienten, zumindest teilweise, selber schuld an ihrem schlechten Gesundheitszustand. Ärztlicherseits wird diese Methode des „blaming the victims“ durch die sogenannte Risikofaktorentheorie untermauert.

Weil aber diese Maßnahmen nur be-

grenzt durchführbar sind bzw. nicht ausreichen und weil die Schmerzgrenze der Beitragshöhe offenbar auch aus der Sicht der Politiker erreicht ist, der vielgerühmte soziale Frieden in Gefahr ist, werden zusätzlich Sparmaßnahmen dort gefordert, wo die Profite der Gesundheitsindustrie nicht geschmälert werden, nämlich im Personalbereich der großen Krankenanstalten unter dem Stichwort Bettenabbau. (Der Nebenkriegsschauplatz, auf dem die große Industrie den „kleinen Selbständigen“ Opfer zumutet, also den niedergelassenen Ärzten, spielt da größenordnungsmäßig eine untergeordnete Rolle).

Genau hier greift die These: Es gibt keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Sie entlarvt das Gerede von der Kostenexplosion als demagogisches Argument der Profiteure und deren Kampagne in den zuständigen Regierungskreisen, als Versuch, den Kampf der Beschäftigten im Gesundheitswesen um den Erhalt und den Ausbau ihrer Arbeitsplätze zu lähmen und den Widerstand der Versicherten gegen die sogenannte Selbstbeteili-

gung, gegen die Verschlechterung der Versorgung zu brechen. Die Formulierung Kostenexplosion ist kein neutraler, wissenschaftlicher Begriff, und er richtet sich schon gar nicht gegen die tatsächlichen Kostenverursacher, sondern ist eine politische Kampfsparole, deren Entlarzung uns ideologisch stärkt, wohlwissend, daß das Geschäft mit der Krankheit blüht und daß der politische Kampf gegen die Profiteure der Gesundheitsindustrie unerlässlich ist.



Winfried Beck ist 1. Vorsitzender des Vereins Demokratische Ärztinnen und Ärzte

Ein Medikament kommt auf den Markt, zugelassen vom zuständigen Bundesgesundheitsamt, „geprüft“ nach den Bestimmungen des geltenden Arzneimittelgesetzes, das Mittel scheint eine Therapielücke zu füllen, namhafte Meinungsbildner favorisieren die Neuheit. Der Pharmareferent des Unternehmens von Weltruf aus dem Frankfurter Raum bemüht Daten aus klinischen Studien zur Wirksamkeit und Verträglichkeit. Allein die Sicherheitspharmakologie kostet für den neuen Wirkstoff 25 Millionen Mark. Wer wagt als Arzt oder Apotheker, hier dem Fortschritt den Durchbruch zu verwehren, zumal er hört, daß Konkurrenzprodukte nicht nur einen trockenen Mund machen, sondern auch aufs Herz gehen können?

So etwa stellt sich Anfang der 80er Jahre die Präsentation von Psyton, der Kombination des Antidepressivums Alival und dem Tranquilizer Frisium aus dem Hause Hoechst dar. Psyton ist das Mittel für körperliche Beschwerden, hinter denen mutmaßlich depressive Verstimmung steht. Am besten gehen die 50-Stück-Packungen Psyton, obwohl über mehrere Wochen ein Benzodiazepin-Tranquilizer nicht verordnet werden soll, weil Abhängigkeit und Mißbrauch die Folge sein können. Daß Psyton längst höchst verdächtig ist, weil in Verbindung mit dem Ausgangsprodukt Alival immer wieder Menschen sterben – was unter Umständen die Gerichtsmediziner interessieren müßte, verschweigt der freundliche Pharmareferent, ebenso wie gehäuft vorkommende Selbstmorde, für die Psychiater eine einfache Erklärung haben: Die aktivierende Komponente in Psyton verstärkt verborgene Suizidgedanken und deren Verwirklichung. Für 90 Millionen Mark Weltumsatz pro Jahr nimmt die Hoechst AG eine Schreckensbilanz in Kauf – mit Alival/Psyton-Toten und Dauerinvalidität durch Nierenschäden oder Schädigungen des Zentralnervensystems.

Als das Unheil längst den Gesundheitsbehörden der Bundesrepublik bekannt sein muß, weil Leitzordner mit schweren Zwischenfällen nach Alival/Psyton in Berliner Amtsstuben schmoren, sterben weiterhin Menschen den Luxustod. Wir, die Herausgeber des Infodienstes arznei-telegramm, erkennen den Abgrund zwischen Nutzen und Risiken. Wir warnen unsere Kollegen und das Bundesgesundheitsamt. Wir verschicken Alarmmeldungen über Consumer Interpol in alle Welt, wir appellieren an die Hoechst AG, die bedenklichen Medikamente einzuziehen. Die Arzneimittelkommission der Ärzteschaft schließt sich den Bedenken an. Wir alarmieren die Staatsanwaltschaft in Frankfurt fast ein halbes Jahr vor der „freiwilligen“ Marktrücknahme der umstrittenen Arznei.

Wie aber reagieren Beamte? Die Berliner Arzneimittelhüter aus dem Bundesgesundheitsamt (BGA) regeln nach halbjähriger Bedenkzeit textliche Änderungen der Patientengebrauchsinformation für beide Arzneimittel an. Schutzmaßnahmen werden nicht erlassen. Per einstweiliger Verfügung untersagt uns die Hoechst AG kritische Äußerungen wie etwa, das Unternehmen habe seit Jahren Risiken gekannt, aber verschwiegen. Eine sidesstattliche Erklärung mit falschem Inhalt wird, um den Anspruch vor Gericht glaubhaft zu machen, nach Maß im Gerichtssaal fabriziert.

Als alle Lampen bereits auf „Rot“ stehen, bringt Hoechst den Alival-Wirkstoff unter der Suggestivbezeichnung Merital in den USA in den Handel. Der Food and Drug Administration in Washington bleibt verborgen, was in Stockholm und Oslo die Spatzen längst von den Dächern pfeifen.

In diesen skandinavischen Ländern scheitern alle Versuche von Hoechst, den „weltweit“ erprobten Depressionslöser zuzulassen, an der hartnäckigen Weigerung der Gesundheitsbehörden. Die Norweger erteilen der begehrten Verkaufserlaubnis auch im Revisionsverfahren eine Abfuhr.

Bleibt Alival/Psyton ein Einzelfall? Sind solche Störfälle auf einzelne Unternehmen beschränkt, oder gibt es zumindest in der Arzneimittelaufsicht Systemfehler? Macht es Sinn, die Pharmaindustrie schlechthin zu verdammen, wenn das zuständige Bundesgesundheitsamt das zu tun unterläßt, was das Arzneimittelgesetz fordert? Risiken von Medikamenten aufzuspüren und abzuwehren, so will es das Gesetz, ist die Pflicht der obersten deutschen Gesundheitsbehörde. Doch diese schläft nicht nur. Sie betreibt aktive Risikovertuschung und privilegiert ihr Herrschaftswissen. Über neuartige unerwünschte Arzneimittelwirkungen informiert das Amt ausschließlich Firmen der pharmazeutischen Industrie. Für die übrigen Verkehrskreise, sprich Arzneimittelverordner, -verkäufer und -verbraucher, lüftet das Amt nicht das Betriebsgeheimnis. Solange über todbringende Nebenwirkungen von Arzneien auf höchster amtlicher Geheimhaltungsstufe unter Ausschluß der Fachöffentlichkeit verhandelt wird, sind neue Katastrophen vom Alival/Psyton-Typ vorprogrammiert.

Im Februar 1986 bitten wir in einem persönlichen Brief die zuständige Ministerin, die Folgen des Störfalles auszuwerten und Schwachstellen im Bundesgesundheitsamt orten zu lassen. Bis heute im Januar 1987 warten wir auf Antwort aus Bonn. Im Bundesgesundheitsamt werden immer noch nach den gleichen Kriterien wie früher Medikamente für den Massengebrauch zugelassen.

Von Ulrich Moebius

Alival und kein Ende



Ulrich Moebius ist Mit-herausgeber des Infodienstes arznei-telegramm

Kostendämpfung –

Bei der Sitzung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen am 17. November 1986 hielt der bisherige Bundesarbeitsminister Blüm eine seiner typischen Reden. Offenbar mit einer sehr intimen Kenntnis des Gesundheitswesens ausgestattet, widmete er einen bedeutenden Abschnitt dem Krankenhaus.



Haupteingang der Städtischen Kliniken 1945

„Ich richte daher meinen eindringlichen Appell an alle Beteiligten, Ernst mit der Kostendämpfung im Krankenhaus zu machen.“



Unfallkrankenhaus Münsterstraße – Beispiel massiver Überversorgung

„Der gesamte Werkzeugkasten, den der Gesetzgeber bereitgestellt hat, sollte von den Vertragspartnern genutzt werden, um Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus freizusetzen, Überversorgungen abzubauen und auf eine nachhaltige Ausgabenstabilisierung hinzuwirken.“



Unterkünfte der Hausmädchen – Durch die unverantwortliche Lohnpolitik sind derartige Kuschelecken leider nicht mehr in den Krankenhäusern zu finden

„Meine Kritik gilt nicht den Beschäftigten, die tagtäglich mit großem Engagement ihren Dienst am kranken Menschen leisten. In unseren Krankenhäusern gibt es viel Idealismus.“

alternativ gesehen

dg gelang es, wichtige historische Spuren für Blüms Äußerungen zu finden, die eindeutig an die Quelle der Kostendämpfungspolitik führen. In einer Zeit, in der immer häufiger bundesdeutsche politische Repräsentanten zu passenden historischen Vergleichen greifen, will dg nicht abseits stehen.



OP-Tisch in der Münsterstraße

„Und mir kann niemand klarmachen, daß nicht auch die Krankenhäuser von gesunkenen Preisen und Einsparungen bei den Energiekosten spürbar entlastet werden.“



Unfallkrankenhaus Aplerbeck (inzwischen längst geschlossen) – Der in der linken Ecke befindliche Verschlag ist die Toilette

„Ich begrüße es, daß die Länder aktuelle Daten über den Bettenabbau in ihrem Bereich vorgelegt haben.“



Unterbringung zum Gipsen auf dem Flur – Ein erfolgreiches älteres Selbstbeteiligungsmodell

„Ich weise in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf hin, daß wir durch das Instrument der flexiblen Budgetierung die Anreize für eine medizinisch nicht erforderliche Verweildauerverlängerung beseitigt haben.“

Sparschweine

An der Universität Münster schwelt seit fast einem Jahr ein Konflikt zwischen Klinikenverwaltung und Land Nordrhein-Westfalen einerseits und der Assistenzschenschaft andererseits, der allein schon aufgrund seiner Zeitdauer zunehmend zu einer ersten Belastung des Arbeitsklimas wird. Geplant ist ein Eingriff in Struktur und Finanzierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, der, sollte er umgesetzt werden, nach Einschätzung der Assistenten und auch der meisten Klinikdirektoren zu einer erheblichen Einschränkung der Quantität und Qualität der Patientenversorgung führen wird.

Die Verwaltung kommt dabei einem Ansinnen der Landesregierung nach, offensichtlich nach entsprechenden Anmahnungen des Landesrechnungshofes, bei den Ausgaben für den ärztlichen Bereitschaftsdienst etwa 700 000 Mark einzusparen. Auf Vorhaltungen von Assistenten und Klinikdirektoren, hierdurch akut Bereiche der Patientenversorgung zu gefährden, wird seitens der Verwaltung unter der Hand eine Stellungnahme, offensichtlich aus dem Wissenschaftsministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, gehandelt, in der eine derartige Leistungseinbuße bewußt in Kauf genommen wird. In Wahlkampfzeiten eine so prekäre Angelegenheit, daß sie in dieser Direktheit öffentlich noch nicht zu hören war.

Im ersten Anlauf ist die Verwaltung gescheitert. In einem Rundumschlag Anfang Sommer 1986 sollte in allen Kliniken ein sogenannter „versetzter Dienst“ für die gerade Bereitschafts-

dienst leistenden Ärzte eingeführt werden. Ein Sturm der Entrüstung entlud sich auf einer übervollen Personalversammlung – die Verwaltung mußte den Vorschlag zurückziehen. Die zuvor erfolgte Kündigung aller Nebenabreden – das sind die Zusatzvereinbarungen zum Arbeitsvertrag, in denen die Bezahlung der Bereitschaftsdienste geregelt wird – wurde für zwei Monate ausgesetzt.

Die zahlreichen Kritiken am versetzten Dienst – der Diensthabende kommt um 14 Uhr, absolviert seinen normalen Achtstundentag bis 22.30 Uhr und geht dann in einen verkürzten Dienst bis um 8 Uhr des folgenden Tages – wurden in sämtlichen Kliniken ähnlich geschildert: mangelhafter Informationsfluß, Wegfall wichtiger Funktionen an den Vormittagen, Unmöglichkeit der Verlagerung von Routinearbeit in die Abendstunden, Einbußen bei der Patientenversorgung und unzumutbare Doppelbelastung des Diensthabenden waren die wichtigsten Gegenargumente. Auch der stereotyp von der Verwaltung vorgebrachte Hinweis auf gute Erfahrungen in Aachen erwies sich bei näherer Betrachtung als reine Augenwischerei. Ein „versetzter Dienst“ findet nur in den Aachener Verwaltungsakten beziehungsweise in den Geldbüchern der Assistenzärzte statt. Real läuft der Dienst wie bisher, jeder kam um 8 Uhr und ging, durch mehr oder weniger viele, selbstverständlich unbezahlte, Überstunden verspätet nach Hause. Der „versetzte Dienst“ entpuppte sich sofort als reine Sparmaßnahme auf dem Rücken der Assistenten und letztlich auf dem der Patienten.

In der Hoffnung, eine nächste, modifizierte Sparlösung mit weniger Gegenruck über die Bühne zu bringen, wartete die Verwaltung in den Semesterferien, der Haupturlaubszeit der Assistenzschenschaft, mit einem neuen Modell auf. Getreu dem Motto „Teile und herrsche“ sollte bei einem Teil der Kliniken, vorwiegend in den operativen Fächern, alles beim Alten bleiben. Bei einem weiteren Drittel blieb der Vorschlag des „versetzten Dienstes“ bestehen, und für den verbliebenen Rest wurde der obligate Freizeitausgleich für jeden Bereitschaftsdienst, ohne Zusage auch nur einer neuen Stelle, angeordnet.

Spätestens jetzt war der Zeitpunkt gekommen, die Öffentlichkeit über die drohenden Versorgungsverschlechterungen zu informieren. Örtliche Presse, das Regionalfernsehen und der Westdeutsche Rundfunk nahmen das Thema mit überwiegend freundlichem, die Assistenten unterstützenden, Echo auf. Nach einem offenen Brief an den Ministerpräsidenten des Landes Nordrhein-Westfalen, Johannes Rau, sah sich erstmalig auch das Wissenschaftsministerium genötigt, öffentlich zu den skandalösen Eingriffen in die medizinische Versorgung der münsterschen Universitätskliniken Stellung zu beziehen.



Wenn es nach dem Willen der Klinikenverwaltungen der Universität Münster und der Landesregierung Nordrhein-Westfalens ginge, würden Struktur und Finanzierung der Bereitschaftsdienste neu geregelt. Dem Wohl der Beschäftigten soll dies nicht dienen; es soll gespart werden.

So lehnte Kurt Seelmann, Sprecher des nordrhein-westfälischen Ministeriums für Wissenschaft und Forschung, gegenüber den Westfälischen Nachrichten eine Neuregelung des Bereitschaftsdienstes ab, sobald diese zu Einschränkungen der Patientenversorgung führe. Eine Äußerung zumindest, die ohne den öffentlichen Druck sicherlich nicht gemacht worden wäre.

Wenn sich auch die Zuordnung der einzelnen Kliniken zu den drei verschiedenen Gruppen „Alles beim Alten“, „versetzter Dienst“ und „obligater Freizeitausgleich“ beständig veränderte – so mancher Draht hinter den Kulissen in Sachen eigener Vorteil ließ heiß – an der grundsätzlichen Solidarität aller Assistenten, für alle gemeinsam eine tragbare Lösung zu finden, änderte sich nichts. Dies zeigte sich in einem gemeinsamen Positionspapier, in dem die Forderungen nach Überstundenabbau durch mehr Stellen, die Ablehnung der Sparmaßnahmen und die konkreten Schritte zu ihrer Verhin-

der geleisteten Arbeitszeit) bis maximal 50 Stunden pro Monat.

Entscheidend war eine Erhebung der internistischen Assistenten über die tatsächliche Arbeitszeit beispielhaft für den Monat Oktober 1986. Hiernach wurden von 53 Assistenzärztinnen und -ärzten – 2634 unbezahlte Überstunden geleistet – 1196 Stunden im Rahmen des Bereitschaftsdienstes (Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst) – und 1325 Stunden im Rahmen der Rufbereitschaftsdienste (Spezialdienste zur Akutversorgung lebensbedrohter Patienten, zum Beispiel Dialyse-, Transplantations-, Intoxikations- und Endoskopierufdienst) absolviert. Dabei wurden nur Überstunden außerhalb der Bereitschafts- bzw. Rufbereitschaftsdienste gezählt. Pro Assistenz wurden demnach im Monat Oktober 50 unbezahlte und nicht durch Freizeit ausgeglichene Überstunden geleistet. Diese Zahl an Überstunden liegt seit Jahren in vergleichbarer Höhe.

Rechnet man die monatliche Gesamtzahl in Arztstellen um, so ergibt sich allein für die Innere Medizin ein Soll von 14 zusätzlichen Assistenzarztstellen bei vollständigem Überstundenabbau. Bei einer Neuregelung, die einen vollständigen Freizeitausgleich für die im Rahmen der Bereitschafts- und Rufbereitschaftsdienste anfallende Mehrarbeit vorsehen würde, kämen noch acht Arztstellen hinzu.

Daß bei einem derart hohem Sockel unbezahlter Überstunden jede weitere Erhöhung ihrer Zahl – und dazu würde jede Regelung mit Freizeitausgleich führen, solange keine neuen Stellen geschaffen würden – strikt abzulehnen ist, liegt auf der Hand. So verweigerten auch die Institutsdirektoren die Zustimmung zu der Neuregelung. Sie sahen die Patientenversorgung nach der Durchsetzung der Neuregelung nicht mehr gewährleistet.

Die Verwaltung beharrt auf den Kürzungen im Intensivbereich, Gelder werden seit dem 1. November 1986 trotz fehlender Einigung und trotz Weigerung der Klinikdirektoren, die Verwaltungsanweisungen in Form neuer Dienstpläne in die Tat umzusetzen, nicht bezahlt. Die Kinderkliniker, für die eine ähnliche Regelung verordnet wurde, haben sie inzwischen wohl oder übel akzeptiert, die Internisten verweigern die Umsetzung weiterhin. Die Institutsdirektoren verbieten ihren Intensivassistenten, in den von der Verwaltung angeordneten Freizeitausgleich zu gehen. Dies begründen sie mit der Sicherung der Patientenversorgung. Die Verwaltung hat damit gedroht, die Finanzierung bei etwaigen Klagen einzelner Assistenten durch Regreßforderungen gegenüber den Chefs zu sichern.

Der Konflikt geht weiter – sollten die betroffenen Assistenzärzte und ihre Klinikleiter nicht vorzeitig aufgeben, rückt eine juristische Auseinandersetzung immer näher. In anderen Kliniken scheint sie unmittelbar bevorzustehen. Trotz Ablehnung durch den Personalrat hat die Verwaltung den zustimmungspflichtigen „versetzten Dienst“ angeordnet – ein klarer Fall für die Arbeitsrichter.

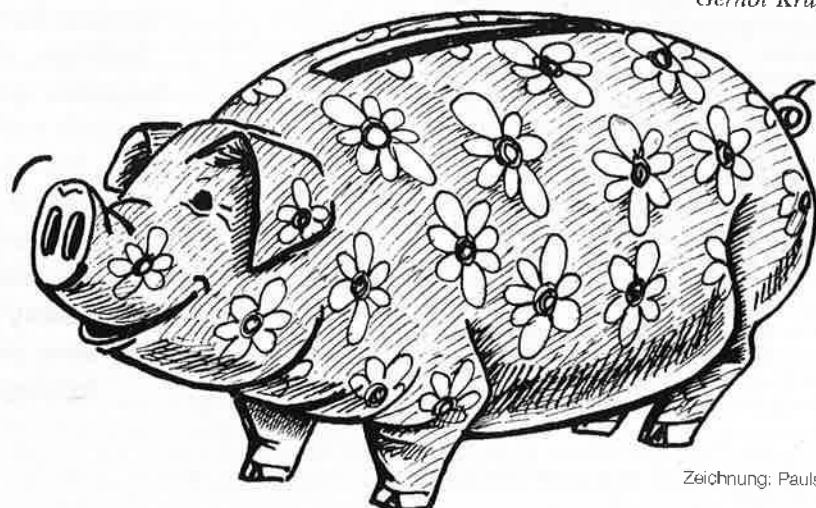
Gernot Krüger arbeitet als Arzt an den Universitätskliniken in Münster.

Gernot Krüger

Eine Umfrage ergab, daß allein im letzten Oktober von 53 Assistenzärzten 2634 unbezahlte Überstunden geleistet wurden: Pro Person 50 – unbezahlt und ohne Freizeitausgleich.

derung gemeinsam formuliert und von nahezu allen Assistentensprechern unterschrieben wurden. Nicht zuletzt dieser breiten Zustimmung ist es zu verdanken, daß die Sprecher der Assistenzenschaft bis heute außer wenigen verbalen Drohungen keinerlei Sanktionen erleiden mußten.

Als bislang letztem Bereich ist es den vier medizinischen Kliniken gelungen, mit Ausnahme ihrer Intensivstation, den obligaten Freizeitausgleich abzuwenden und zumindest den Zustand vor dem Neuregelungsversuch wieder herzustellen, das heißt: Bezahlung zweier täglicher Bereitschaftsdienste nach Stufe D (entsprechend 80 Prozent



Zeichnung: Paulsen

Das gemeine

Unser Liebe ist Leben und Tod in eins. Sie ist weich, warm und weiblich. Sie eifert nicht und treibt nicht Mutwillen. Sie bläht sich nicht auf und stellt sich nicht ungebärdig. Sie sucht nicht das Ihre und läßt sich nicht erbittern. Sie verträgt alles, duldet alles, tröstet still und offen. Sie ist ohne Angst, Leere, Zwang und Scham. Sie bereichert, einigt und birgt. Sie schafft Weibliches im Männlichen und Männliches im Weiblichen, leicht, heiter und kindlich wie ein Abendwind über Ägadien. Sie rettet Verlorenes als Gegenwart und schafft Zukunft aus dem Verlust. Nichts ist befreiender für die angespannte Seele, nichts belebender für die verhärtete, nichts stärkender für die kranke. Die Liebe macht die kleine Seele groß.

Singen wir nach dem hohen Lied das niedere Lied der Liebe. Es klingt vielleicht vertrauter: Unsere Liebe ist eine Orgie gemeinster Quälereien. Sie ist voll raffinierter Erniedrigung, wilder Entmächtigung, bitterer Enttäuschung, boshafter Rache und gehässiger Aggression. Sie ist gierig, klebrig, verschlingend, maßlos, kurzatmig, empfindlich, heuchlerisch, unstillbar. Zu ihr gehören Gefühle der Not, nicht des Wohlbehagens: Haß, Angst, Wut, Schuld, Schwäche, Niederlage, Neid und eifernde Sucht. Auf dem Wege der Liebe befriedigt sich der eine selbst durch den und am anderen. Was dem einen recht ist, sei dem anderen billig. Liebende machen einander gefügig. Nur dabei schlägt ihnen keine Stunde. Unsere Liebe ist egozentrisch und asozial, eine nahe Verwandte des Wahnsinns und der Sucht. Wer an Verliebte denkt, weiß, wovon ich rede. Nur die Hochschätzung der Liebe in der Kultur bewahrt sie gewöhnlich davor, als Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung liquidiert zu werden.

Das gemeine Lied der Liebe ist gewiß beides: eine Strophe vom hohen, tausend vom niederen, alltäglicher Refrain und lebenslange Reprise. Das, was wir Liebe nennen, ist eine Einheit einander entgegengesetzter seelischer Strebungen. Wie gesagt: Leben und Tod, Selbstwerdung und Verschmelzung, Spiel und Ernst, Harmonie und Spannung, Heiterkeit und Tragik, grobsinnlich und zartzärtlich.

Warum führt sich unsere Liebe wie ein Rätsel auf, als Vexierbild und Schi-



Lied der Liebe

Von Volkmar Sigusch

Im Dezember letzten Jahres veröffentlichten wir einen Artikel von Ernest Borneman, der heftige, auch unfaire Angriffe gegen Volkmar Sigusch enthielt, die auf zum Teil sinnentstellten Zitaten beruhten.

Statt einer Stellungnahme drucken wir hier den Essay von Sigusch, auf den sich Borneman bezogen hatte.

märe? Warum schillert sie so und entwischt einem immer? Warum erscheint sie im Leben als monströser Bastard, wie der Süßstoff für die muffig-moderne Seele, entweder blutige Realität oder jauchzend, japsend wie halbtote Tanten mit mondweißen Armen? Warum muß jeder, der über Liebe schreibt, wie der Papagei auf der Stange sein? Ich denke, es gibt objektive Gründe dafür.

Die historische Geburt der individuellen Geschlechtsliebe

So verrückt es auch klingen mag: Kapitalismus und Liebe gehören zusammen. Jedenfalls ist die individuelle Geschlechtsliebe, von der Friedrich Engels sprach, erst mit der Zangengeburt des bürgerlichen Individuums historisch als Möglichkeit aufgekommen, also mit dem Durchbruch der kapitalistischen Produktionsweise und dem Aufstieg der Bourgeoisie zur herrschenden Klasse. Davor, bei Jägern und Sammlern, bei Bodenbauern und Viehzüchtern, in der patriarchalischen Ausbeutergesellschaft, in der Sklavengerellschaft und im Feudalismus, hat es sie nicht gegeben – als freie Übereinkunft autonomer Individuen, die Gegenliebe beim geliebten Menschen voraussetzt und den sexuellen Umgang nur danach bemißt, als ein Menschenrecht beider, des Mannes und der Frau, Liebesbeziehungen als Gewissensbeziehungen mit einer Intensität und Dauerhaftigkeit, bei allen, immer und ums ganze, auf die sich die Menschen in Altertum und Mittelalter hätten keinen Reim machen können.

Diese Idee der Liebe gibt es wie unsere Art und Weise zu lieben erst seit einigen Jahrhunderten, sagen wir seit zehn Generationen. Die individuelle Geschlechtsliebe ist ein neuer sittlicher Maßstab. Sie gehört zu den historisch jüngsten Errungenschaften der Gattung Mensch, die immerhin seit fünf Millionen Jahren ihre Spur auf der Erde hinterläßt. Jener Mensch, den die Wissenschaft *Homo sapiens* nennt und dem sie uns zurechnet, lebt seit etwa zehntausend Generationen, denen wiederum gewiß einhunderttausend Generationen von Affenmenschen und Neandertalern vorausgegangen sind. Ist das nicht einer der Gründe für die Instabilität der Liebe und dafür, daß sie noch nicht zu sich gekommen ist?

Wesentlicher scheint mir ein anderer Gedanke zu sein. Das bürgerliche Individuum samt seiner individuellen Liebe hat es, konkret genommen, bisher nur auf dem Papier, also nicht konkret gegeben – im großen bürgerlichen Roman vor allem, daneben in wissenschaftlichen Traktaten über den Menschen. Tatsächlich ist das bürgerliche Individuum, dessen Prozeß des Entstehens schon einer des Zerfalls war, nie zu sich gekommen und folglich auch nicht die

Liebe. Gesellschaftlich war die Liebe immer tot, aber sie lebt seit einigen Generationen in den Menschen – als Idee und Möglichkeit.

Viel mehr konnte sie bis heute nicht werden, weil die Disposition zur individuellen Geschlechtsliebe sogleich im Fortgang der Geschichte durch eine andere aufs äußerste behindert worden ist. Diese, von Reimut Reiche „Disposition zur Lohnarbeit“ genannt, ist aber nicht nur Möglichkeit geblieben. Sie ist mittlerweile massenhaft manifest und beansprucht objektiv den höchsten Rang unter den menschlichen Verfassungen, indem sie dem Wesen der hiesigen Gesellschaftsformation seelisch gemäß ist. Die Disposition zur Lohnarbeit hat die Disposition zur Liebe von Anbeginn gewürgt und bis heute in der Latenz gehalten.

Als Kern zeigt sich: Die individuelle Liebe ist die Idee vom menschlichen Umgang des Menschen mit dem Menschen. Die Utopie der wirklichen Liebe setzt den Menschen *als Menschen* und sein Verhältnis zur Welt *als ein menschliches* voraus.

Die allgemeine Vernichtung der Liebe

Schauen wir uns um, betrachten wir die Voraussetzungen: Überall Herr und Knecht, oben und unten. Überall Unvernunft, Chaos, Zerstörung. Die Menschen von kleinauf erniedrigt, gedümpelt, entwertet, genötigt, isoliert, leer, voll Angst und ohne Würde. Wer tagein, tagaus als Maschine drei Handgriffe machen, wer Jahr um Jahr als Maske nutzlose Waren an den Käufer bringen, wer ein Leben lang als Handlanger tote Akten gegen Menschen führen muß, wer so im allgemeinen Leben zurechtgestutzt wird, der kann nicht einfach im Liebes- und Geschlechtsleben das Gegenteil von Maschine, Maske, Handlanger sein – plötzlich er selber, unverstellt, die Seele ganz gelöst.

Unterm Kreuz des Warenfetischs, unter der Diktatur des Tauschprinzips sind die *gesellschaftlichen* Beziehungen der Menschen wie Beziehungen von Ding zu Ding, von Sache zu Sache. In einer solchen Gesellschaftsformation sind die *mitmenschlichen* Beziehungen nicht einfach solidarisch, anständig, harmonisch, menschlich. Im schlechten Allgemeinen können die Beziehungen von Mensch zu Mensch nicht einfach gut sein.

Die Illusion der Liebe als Zwangsgestalt

Und doch wollen wir alle lieben und geliebt werden. Und doch wollen wir alle mit *einem* anderen Menschen glücklich sein, unsere Sinne befriedigen – ob Mann, ob Frau, ob hetero- oder

homosexuell, so genannt. Wie kommt dieser Wunsch in jeden von uns hinein? Und warum hat er die Kraft einer Naturgewalt, obwohl die Liebe, die wir haben, kaum natürlicher ist als Zins und Zinseszins?

Liebesbeziehungen und Lusterleben gibt es beim Erwachsenen nicht losgelöst von den ersten, immer bestimmenden Empfindungen und Erfahrungen der frühen Kindheit. Die seelische Gegenwart ist ohne die seelische Vergangenheit nicht zu denken. Im Umgang mit *einem* Menschen, im allgemeinen der Mutter, wird unter hiesigen Verhältnissen der Mensch seelisch geboren, viele Monate nach der körperlichen Geburt. Die Psychoanalyse nennt diesen Vorgang Individuation, weil sie an der Vorstellung festhält, es entstünde dadurch, wenigstens im Kern, die Sorte Mensch, die bürgerliches Individuum zu nennen wir uns angewöhnt haben.

Das hohe und das niedere Lied der Liebe repräsentieren Himmel und Hölle der frühen Beziehung zur Mutter. Nichts ist wonniger, nichts ist ängstlicher, als der Mutter nah, als ihr fern zu sein. Diese Gefühle begleiten uns von der Windel bis zum Leinentuch. Psychologisch gesprochen ist die Liebesfähigkeit eine sekundäre Bildung, die durch Prozesse des Versagens und Trennens, des Gewährns und Verbindens, die durch die Anpassung an die Realität erzeugt wird. Die Fähigkeit zu lieben ist in eins das Verlassen der Mutter und ihr Wiederfinden. Liebe und Verlust sind von kleinauf zusammengebrannt mit Einsamkeit, Gewalt, Unterdrückung, Verbot und Angst auf der einen, mit allseitiger Wunscherfüllung, dem Eintauchen ins kollektive Seelenall und dem Gefühl, nun sei die Welt in Ordnung, auf der anderen Seite – eine Illusion, die lebenslänglich mit kindlich-seelischen Mitteln taub gesucht und gefunden wird.

Die Liebe als allgemeines Erfordernis des Lebens

Liebe ist aber nicht nur die Sehnsucht nach Kindheitsparadiesen voll lustvoller Harmonie. Liebe ist auch ein allgemeines Erfordernis des erwachsenen Lebens. Die Leere, Distanz und Kälte der Arbeitswelt, überhaupt des öffentlichen und gesellschaftlichen Lebens, sind im allgemeinen nur mit der Aufgabe, Nähe und Wärme einer Zweierbeziehung auszuhalten, die wenn schon nicht zu erreichen, so doch wenigstens versprochen sind. Das ist einer der Gründe, warum seit fast zwei Jahrzehnten ohne Unterlaß, massiert und immer schriller, über Beziehungen, „Verkehrsformen“, Sexualität und dergleichen geredet und geschrieben wird, neucrdings in Medizin und Psychologie über Paar und Paartherapie, warum über uns eine „Sexwelle“ hinwegwabert ist und „Konkret“ nun ►

versucht, zum Thema konkret zu werden.

In der Tat: Nur wer die Verdinglichung und Verdrehung aller Beziehungen durch Liebe oder (die erst noch von ihr zu differenzierende) Verliebtheit, also mehr oder weniger mit den Mitteln des Rauschs, der Sucht, des Wahnsinns außer Kraft zu setzen sucht, kann die Wirklichkeit ein wenig zum Tanzen bringen und überleben. Wer nicht illusionär verkennet, wer nicht liebt, wird krank. Doch das ist unter hiesigen Lebensverhältnissen höchst gefährlich, ein Wagnis ersten Ranges, weil wir auf Abwehr und Erstarrung, auf das Niederhalten der Gefühle und das Prüfen der Realität ebenso angewiesen sind. Man kann es sehen: Wer im Orgasmus den Kopf verliert, dem ist nicht zum Lachen. Die Liebe – ein Kunststück, ein akrobatischer Seiltanz ohne Netz. Und viele liegen am Boden. Und viele brechen sich das Kreuz.

Alternativen im massenhaften Erleben?

Eine Alternative zu dieser Art zu leben und zu lieben, die den Namen verdiente, kann es nicht geben, da Individuum und Gesellschaft eine Einheit sind und zugleich prinzipiell entzweit. Das, was uns als „Alternative“ notwendigerweise beschäftigt hat oder einfach kursiert, ist Aufschrei und Aufruhr, zwangsläufig Abklatsch oder modisches Zeug, obszön, reaktionär oder nur von Privilegierten schreibchenweise einzulösen, letztendlich immer zum Scheitern verurteilt. Das gilt für die „freie Liebe“ und die „Ehe auf Zeit“ ebenso wie für Großfamilie und Kommune, Partnertausch und Gruppensexualität – ich sage es noch einmal – sind an kleinbürgerlicher Stupidität kaum zu überbieten. Sie sind weiß Gott zeitgemäße Sumpfpflanzen spezifisch zerstörerischer Sinnlichkeit. Der letzte Schrei schließlich, der „Singles“ heißt, ist wirklich ein Schrei – aus Not, nach Hilfe, maßlos traurig, zum Weinen. Aus freien Stücken lebt niemand allein. Etwa die alkoholabhängigen Witwen? Die drogenabhängigen Jugendlichen? Die liebes- und arbeitsunfähigen Studenten?

Das öffentliche Gerede übers Alleinleben fällt nicht aus heiterem Himmel. Es kommt zwar, soweit ich sehe, aus ähnlichen aus intellektuellen Unterschichten und solchen, die am Rande stehen. Es läßt uns aber fragen, ob nicht generell das Zersplittern der „persönlichen Autonomie“ und die Brüchigkeit des Selbstwertgefühls, ob nicht der Zerfall des autonom gedachten Individuums und der Grad seiner Vergesellschaftung einem neuerlichen Höhepunkt zustreben, ob das nicht alles auf ein zwischenmenschliches Drama kollektiven Ausmaßes hinweist, wie es die Gattung Mensch noch nicht erlebt hat. Anders gesagt: Ob nicht aus



Ich-Schwäche die Bindungsunfähigkeit, die Angst vor Nähe und Verpflichtung immer größer geworden ist, wobei sich der eingepflanzte Wunsch nach einer Bindung, nach einer dauerhaften Zweierbeziehung gleichzeitig weiterhin mächtig äußert und im Trotzdem enormes Leid produziert.

Manchmal denke ich: Es war noch nie so schwierig, zu lieben und geliebt zu werden, so oder so, und wir waren zugleich noch nie so auf Liebe und Gegenliebe angewiesen wie heute, auf Freundlichkeit, Rücksichtnahme, Achtung, Trost, Geborgenheit, letztendlich auf sittliche Werte und einen Sinn fürs Leben. Wo aber finden wir das im gesellschaftlichen Leben? Um so wahrer ist wohl: Noch nie war die utopischemanzipatorische Dimension von Liebe und Treue in der Gattungsgeschichte des Menschen so von Belang wie heute in der hiesigen Gesellschaft und Kultur.

Wer den Volksmassen, die in Zweierbeziehungen leben, Liebe und Treue suchen und aus objektivem Grund benötigen, von links sagen zu müssen meint, wie sie heute „anders“ zu leben hätten, sollte auch das prüfen, bevor er in zynischer Weise massenhaftes Erleben und Verhalten diffamiert.

Wer unter hiesigen Bedingungen für lebenslange Treue, für Monogamie, für das Institut der Ehe plädiert, ist ebenso naiv bis zynisch wie jene, die dem Sinnlichen mit anderen Mitteln auf die Sprünge helfen wollen. Der kleine Bürger, der das Grau-in-Grau seines Alltags aufzufrischen sucht, indem er aufgeschnappte Sexualtechniken an seiner Frau exekutiert, ahnt nicht, daß das nur ein Reflex auf die allgemeine Verdinglichung des Mitmenschlichen ist. Der linksliberale Redakteur, der mit der lügnerschen Devise „Bei uns ist alles erlaubt“ nach Hause kommt, angelassene Sexualpraktiken ausprobiert wie Eis am Stiel und sich dabei emanzipiert wähnt, macht den Beischlaf zur Klemptnerie und zollt denselben Tribut. Wenn Menschen miteinander umgehen, als seien sie generalisierte Geschlechtswerkzeuge, entmenslichen sie Sinnlichkeit und Sexualität auf ein weiteres. Die heutigen Partner, die einander „alles gestatten“, haben den Kampf um Liebe wider das honigsüße Klischee, um solidarische Treue wider die herrschende Praxis schon lange verloren. Sie handeln auf der Höhe der Unmoral: aufreißen, auslutschen, eintauschen, wegschmeißen. Wollen sie das nicht wahrhaben, müssen sie leugnen und lügen. Das nimmt immer ein böses Ende.

Die Psychoanalyse meint, manchen von uns immer wieder mit ihrem Postulat der „genitalen“, der „reifen“ Liebe beunruhigen zu müssen. Doch ihre „genitale“ Liebe gibt es im Leben nicht. Aber sie hat recht: Liebe ist nicht einfach da wie die Begierde. Sie muß ständig, ununterbrochen, unermüdlich erlernt, erarbeitet, in Beziehungen gehalten werden – als der Versuch zweier Menschen, einander jene Bedürfnisse zu befriedigen, die lebensgeschichtlich verborgen und gesellschaftsgeschichtlich zum Unding geworden sind.

Ich weiß: Mitmenschliches unter den herrschenden Lebensbedingungen suchen, heißt objektiv, das gesellschaftliche Unding Liebe immer wieder in seiner seelischen und sozialen Zwangsgehalt zu errichten, als verdinglichtes. Der hiesigen Gesellschaftsformation ist Liebe wesensfremd. Zwei Hindernisse stehen oben: Erstens das Prinzip des Ganzen samt der Struktur der Mutter-Kind-Beziehung samt der Art und Weise der Kinderaufzucht mit ihren Resultaten. Zweitens – also nicht erstens – die zusätzliche psychosoziale Erniedrigung der Frau durch den Mann. Hinzu kommen die Tyrannei der sogenannten Heterosexualität, Lug und Trug der Alternativgeschlechtlichkeit, der Pompe funèbre um den Triebdurchbruch usw. usw.

Die individuelle Geschlechtsliebe ist eine Idee, die bisher nicht verwirklicht werden konnte, weil die eigentliche Menschheitsgeschichte noch nicht begonnen hat. Sie ist eine junge, instabile Fähigkeit des Menschen, derer er in menschlichen Verhältnissen wird nicht entraten wollen. In ihr überwindet Humanität. Was sie wirklich vermag, werden wir vielleicht einmal wissen – jenseits einer Gesellschaft, in der der Heißhunger des Kapitals alles Menschliche verschlingt, in der der Geschlechterkampf den politischen zusätzlich zerspleißt. Nicht für Lohnarbeit und Sexuellen, nicht für Plastik und Spülmittel, nicht für Bombe und KKW fließt das Blut der Menschen seit dem Feudalismus. Die sozialen Bewegungen haben immer auch um die Werte gekämpft, die die Liebe umschließt. Nicht nur des Hungers wegen hat es Revolutionen gegeben.

Und wenn sich der Hofhund von der Kette reißen wird, wird die Idee der Liebe vielleicht das sein, was sie uns seit Generationen zu sein verspricht: Losung und eine Kraft, die revolutioniert. Derweil aber bleibt uns nur, ihr Lied zu singen, mal hoch, mal nieder, und immer das allgemeine, zu stammeln, zu hoffen und zu kämpfen: um unsere Liebe heute – und morgen um die, die des Menschen ist.

□

Der Essay „Das gemeine Lied der Liebe“, erschien erstmals in Sexualität konkret 1979 sowie in der Aufsatzsammlung „Vom Trieb und von der Liebe“, Campus Verlag, Frankfurt 1984

Das alte Jahr endete mit einer erfreulichen Überraschung, das neue begann mit einer: Am 19. Dezember 1986 hat der Bundesrat auf Anregung seines Gesundheitsausschusses beschlossen, alle Anwendungsformen von Metamizol (vor allem Novalgin) unter Verschreibungspflicht zu stellen. Im neuen Jahr führt nun das Bundesgesundheitsamt seine so begonnene „Aufräumarbeit“ weiter, möglicherweise, um damit endgültig den schlechten Eindruck zu verwischen, der im Zusammenhang mit der Fernsehsendung um den Wirkstoff Nomifensin (in den Arzneimitteln Alival und Psyton der Firma Hoechst) entstanden war.

Im BGA-Pressedienst 1/87 heißt es: „Nunmehr hat das Bundesgesundheitsamt insgesamt 63 pharmazeutischen Unternehmen mitgeteilt, es beabsichtige, die Zulassungen für insgesamt 132 Fertigarzneimittel zu widerrufen. Es handelt sich dabei um Kombinationspräparate, die neben den schmerzstillend/fiebersenkenden Arzneistoffen auch noch ein Barbiturat als beruhigend/schlaffördernden Bestandteil enthalten. Zu den besonderen Risiken des Barbituratanteils der betroffenen Kombinationspräparate gehören unter anderem das Mißbrauchs- und Abhängigkeitspotential sowie die Herabsetzung des Reaktionsvermögens, die zum Beispiel zu einer Gefährdung des Patienten im Straßenverkehr oder bei der Bedienung von Maschinen führen kann. Die Anwendung dieser Kombinationsarzneimittel ist nach Ansicht des Bundesgesundheitsamtes mit Risiken verbunden, die nicht durch einen angemessenen Nutzen aufgewogen werden.“

Es fällt nicht schwer, die Bewertung, die das Bundesgesundheitsamt hier vornimmt, zu teilen und zu unterstützen. Ganz und gar nicht will es jedoch einleuchten, daß dies ein Wissensstand sein soll, der dem Bundesgesundheitsamt erst jetzt zu Ohren gekommen wäre. Seit Jahren wird die Anwendung von Arzneimitteln wie Optalidon, Optalidon Spezial, Allional, Ergo-Kranit, Rosimon, Somnubene, Migräne-Kranit und anderen in kritischen Bewertungen negativ beurteilt, seit Jahren tauchen solche Arzneimittel regelmäßig in den Listen von Arzneimitteln mit Mißbrauchspotential auf.

Obschon die in den meisten Analgetika-Kombinationen enthaltenen Barbitursäurederivatanteile gering sind, reichen sie doch bei chronischer Zufuhr aus, um eine Abhängigkeit von diesen Barbituraten zu erzeugen. Besonders häufig wurden in Studien, die zum Abhängigkeitspotential solcher Kombinationschmerzmittel durchgeführt wurden, Patienten gefunden, die chronisch wiederkehrende oder fortbestehende

Schmerzsyndrome aufwiesen, wodurch sich neben der schon vorhandenen Grunderkrankung ein zweites Symptom, nämlich das der Abhängigkeit entwickelte: Beschreibung einer geradezu fatalen Auswirkung von Arzneimitteltherapien, die zwar das eine Leiden bekämpfen, aber ein zweites nebenher entstehen lassen. Zwei der vier häufigst genannten Arzneimittel in diesen Studien gehörten im übrigen der Gruppe von Arzneimitteln an, für die nun der Widerruf der Zulassung in Aussicht steht, nämlich Cafergot-PB und Optalidon Spezial.

Im Sinne des Verbraucherschutzes allerdings völlig unverständlich ist es, daß bei der Erkenntnislage zu diesen

Arzneimitteln nicht ein unmittelbares Ruhen der Zulassung für diese Medikamente angeordnet wird, wie es durchaus als Maßnahme im Arzneimittelgesetz vorgesehen wäre. So kann es also sein, daß Arzneimittel mit lange bekanntem Risikopotential und nun auch von einem beabsichtigten Zulassungswiderruf betroffen noch eine ganze Zeit länger im Handel bleiben und damit Patienten verordnet werden können.

Dies ist die gleiche Vorgehensweise, wie sie 1983 für Schmerzmittel in Kombinationen gewählt wurde, die neben Acetylsalicylsäure Barbitursäurederivate enthielten: diese durften auch noch monatelang „ausverkauft“ werden, bevor sie am 1. Juli 1984 endgültig vom Markt verbannt wurden. – Ein unter Verbrauchersichtspunkten nicht nachvollziehbares Entgegenkommen gegenüber den pharmazeutischen Herstellern. Überhaupt bleibt zu fragen, warum nicht bereits damals mit den Präparaten Dolomo oder auch Dolviran (in der damaligen Zusammensetzung) ebenfalls die jetzt inkriminierten Barbitursäure-haltigen Schmerzmittel vom Markt genommen wurden. Gleichfalls unverständlich ist, warum nicht auch Schmerzmittel-Kombinationspräparate, die statt des Barbitursäurederivatanteils die im Hinblick auf die Abhängigkeit auffälligen Inhaltsstoffe Carbomal (zum Beispiel in Ingomidon) oder Diazepam (zum Beispiel in Silentan) enthalten, gleichzeitig die „Rote Karte“ gezeigt bekommen.

Vielleicht eine Strategie, um in Zeiten, in denen das Bundesgesundheitsamt unter Druck stünde – aber wann wäre das einmal nicht – wieder mit spektakulären Öffentlichkeitsaktionen wie der Rücknahme bestimmter Mittel Pluspunkte gewinnen zu können? Eine jahrelang bekannte Gefährdung, wie sie mit dem Abhängigkeitspotential der Barbitursäurederivate enthaltenden Schmerzmittel besteht, widerspricht der Unbedenklichkeit, wie sie im Arzneimittelgesetz von zugelassenen Arzneimitteln gefordert ist und damit der Verkehrsfähigkeit dieser Arzneimittel. Diese durch mannigfaltige wissenschaftliche Erkenntnisse gestützte Bewertung gilt hier und heute, die Konsequenzen aus diesem Kenntnisstand sollte nicht noch dadurch verzögerbar sein, daß die jeweiligen pharmazeutischen Hersteller durch mögliche Widerspruchsverfahren die Verfügbarkeit dieser Mittel auf dem Markt noch monatelang aufrecht erhalten können. Das profitable Abverkaufen von Restbeständen potentiell gefährlicher Arzneimittel ist doch wohl schlecht vereinbar mit dem Eigenanspruch des Bundesgesundheitsamtes, die Arzneimittelsicherheit und damit den Verbraucherschutz zu verbessern.

Gerd Glaeske

Gerd Glaeske ist Leiter der Abteilung Arzneimittel-Epidemiologie am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin

Allen wohl, keinem weh

Für 132 Schmerzmittel-Kombinationen will das Bundesgesundheitsamt die Zulassung widerrufen. Bis zur endgültigen Entscheidung dürfen diese munter weiter vertrieben werden.



Foto: Döhnm

Enrique Blanco Cruz, Von der Volkskrankheit zur Krankheit des Teufels – Volksmedizin in Peru, Verlag Verfuert, Frankfurt 1985, 18 Mark. Zu beziehen vom Autor: E. Blanco Cruz, Zehntmarkweg 72, 6000 Frankfurt/M. 90.

Das Interesse der Mitteleuropäer an der Medizin fremder Völker und Erdteile hat seinen Ursprung im Kolonialismus. Nach der Entkolonialisierung hat es nicht nachgelassen. Die neoimperialistische Expansion kapitalistischer Wirtschaftsunternehmen, hier der Pharmakonzerne, hat jedoch dieses Interesse qualitativ verändert. Heute geht es kaum noch um die Sorge der Kolonialisten, an einer unbekannten Tropenkrankheit sterben zu müssen. Heute geht es um die Rohstoff- und Absatzmärkte, um die Profitancen der Industrie und des Handels.

Es liegt also nahe, die Ethno-Medizin als einen integralen Bestandteil des globalstrategischen Wirtschafts- und Kulturimperialismus zu betrachten, der heute von den Metropolen her die kapitalistischen Einflusssphären systematisch an sich zu binden bestrebt ist. Und zweifellos stärkt die Wirksamkeit eines Medikaments

neue Blüten treibt, ist allemal Mißtrauen am Platz. Diese Wissenschaft, die die Kulturabhängigkeit der Krankheitsbegriffe erforscht, könnte sich bei genauerer Prüfung als verkappte Kolonial-, genauer: als neoimperialistische Herrschaftswissenschaft entpuppen und im Dienste unserer mit allen Wassern gewaschenen Kultur-, Markt- und Militärstrategen stehen.

Es gibt freilich auch, wie das hier besprochene Buch von Blanco Cruz beweist, ein ethnomedizinisches Interesse, das sich aus der offensichtlichen Krise der kapitalistischen Kultur erklärt und sozusagen aus der wachsenden Opposition gegenüber einer imperialistischen Ethno-Medizin abgeleitet worden kann: Es steht in enger Verbindung mit der Kritik an unserer Schul-, Apparate- und Tablettenmedizin und läßt sich leicht mit der neuerdings wieder einmal verstärkten Suche nach einem alternativen Medizin-konzept in Verbindung bringen. Hier besteht nun aber die Gefahr, das Kind mit dem Bade auszuschütten und die zweifelsohne großen Errungenschaften unserer Schulmedizin in Bausch und Bogen zugunsten einer heilpraktischen Volksmedizin abzuwerten.

überzeugen. Er zeigt allerdings, und dies gelingt ihm überzeugend, wie abhängig Krankheiten und Krankheitsbegriffe, und folglich auch Heilungskonzepte und -erfolge von den jeweiligen kulturellen Voraussetzungen einer Gesellschaft sind und was sich daraus auf beiden Seiten lernen läßt.

Mögen manche, die mit dem Schreckensbegriff der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen den Leistungsabbau voranzutreiben versuchen, in Goisterbeschwörungen und Gebeten, Heilkräutern und Senfwickeln eine Alternative zum Anspruch auf eine moderne – und damit kostspielige – medizinische Versorgung entdeckt haben, Blanco Cruz wird ohne jeden Zweifel von einem ganz anderen Erkenntnisinteresse geleitet. Obwohl er sich der hier angedeuteten Probleme voll bewußt ist und sie auch in seinem Buch anklingen, verzichtet er darauf, sie zu thematisieren.

Er beschränkt sich auf die genaue Beschreibung und Analyse der Volkskrankheiten und der volksmedizinischen Heilpraktiken, die er als Arzt auf einer Studienreise in Peru kennenlernte und durch ergänzendes und seine eigenen Erfahrungen vertiefendes Studium der ethnomedizinischen Literatur, auch der la-

teilsam sind, wie wir nur allzugern glauben möchten.

Blanco Cruz, ein Spanier, der 1961 in die Bundesrepublik emigrierte, hier Medizin studierte, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie wurde und als psychoanalytischer Psychotherapeut arbeitete, ist seit 1980 Professor für Sozialmedizin am Fachbereich Sozialarbeit der Fachhochschule Frankfurt und beschäftigt sich hier unter anderem mit sozialmedizinischen Problemen von Ausländern in der Bundesrepublik. Ihn interessieren Fragen des Zusammenhangs von Krankheit und Sozialisation, Krankheit und Kultur, Krankheit und sozialer Lage, also des krankmachenden Faktorenbündels, das bei meist politisch oder ökonomisch erzwungener Migration ganzer Bevölkerungsgruppen von einem Kulturkreis in einen anderen seine Wirkung entfaltet. Der Zusammenstoß von gelehrten Denk- und Verhaltensmustern (verinnerlichten Wortvorstellungen) mit den durch Anpassungszwänge zu spielenden Rollen ist die Hauptursache vieler Krankheiten, vor der die Universitätsmedizin offensichtlich kapituliert.

Eine vergleichbar dramatische Situation wie für die Ausländer bei uns ergibt sich für die Reste jener Völker der sogenannten „Primitivkulturen“, die heute in den Elendsquartieren der großen Städte oder in extrem unterentwickelten Urwald- und Gebirgsregionen früherer europäischer Kolonien leben. Doch dort gibt es das Angebot der Medizinmänner und -frauen, das in Peru noch fortbesteht, obwohl dem „Curanderismus“, einer tief in der peruanischen Kultur verankerten Institution, die formalrechtliche Basis seiner Arbeit längst entzogen wurde. Es ist der schiere Mangel an moderner ärztlicher Versorgung, der die Behörden zur Tolerierung ihrer Volksmediziner, der „curanderos“, zwingt.

Über das volksmedizinisch-indianische und das von den missionierenden Kolonialisten importierte christliche Heilmuster, die sich im Laufe der Jahrhunderte durchdrangen, wälzt sich die moderne Universitätsmedizin. Der „Curanderismus“ dürfte aus deren Sicht nichts weiter sein als Kurpfuscherei und Scharlatanerie. Und da es diese natürlich auch gibt, insbesondere in den „barriadas“, den Elendsvierteln der großen Städte, ist es leicht, die volksmedizinisch-



ments aus den Hochburgen des Kapitalismus auch den Glauben der Menschen in diesen Ländern an den glückbringenden freien Westen – eine Nebenwirkung, die auf keinem Beipackzettel unserer dort abgesetzten Präparate vermerkt ist. Wenn also die Ethno-Medizin in unseren Breiten

Obwohl Blanco Cruz unserer herrschenden Schulmedizin sehr kritisch gegenübersteht, erliegt er dieser Versuchung nicht. Er will seine an unsere Universitätsmedizin gewöhnten Leser nicht von der prinzipiellen Überlegenheit volksmedizinischer Heilpraktiken aus alten Indianerkulturen

teinamerikanischen, zu einem spannenden, lehrreichen und gut lesbaren Buch über die peruanische Volksmedizin verarbeiten. Es ist ein Buch gegen die erstarrten Medizinenmuster unserer Universitätsmedizin, die wir in die Welt exportieren, ohne zu hinterfragen, ob sie dort tatsächlich so

sche Praxis insgesamt zu diskreditieren und zu illegalisieren.

Doch der echte „curandero“, so lernen wir von Blanco Cruz, lebt nicht vom Heilen. Er bewährt sich stets aufs Neue durch den Heilungserfolg. Der Mediziner, die Medizinfrau kommen aus der Mitte ihres Volkes, sie haben einen Beruf (oft sind sie Bauern) und genießen großes Ansehen. Sie kennen die Tradition, die Kultur, die Sprache, das Leben ihrer Volksgruppe, die soziale Lage und die Familie ihrer Patienten. Sie werben nicht für sich, man kennt sie und hat Vertrauen zu ihnen, denn sie betreiben die Volksmedizin nicht aus Gewinnsucht.

Blanco Cruz beschreibt viele Aspekte der Volksmedizin, zeigt, daß die Volkskrankheiten Ausdruck eines kollektiven Ungleichgewichts sind, das in gestörten Beziehungen zwischen den Menschen, aber auch zwischen Mensch und Natur seinen Ausdruck findet. Heilung oder Linderung der Krankheiten funktionieren über Suggestion, Magie, Rituale, basieren auf dem Glauben der Kranken und dem Wissen der Heilenden über Lebenszusammenhänge, die die „moderne“ Medizin kaum noch kennt, beachtet oder ernst nimmt. Es ist äußerst interessant, die Beschreibungen der Therapie von „curanderos“ zu lesen und zu erfahren, weshalb die Schulmedizin an manchen Volkskrankheiten scheitert.

Dennoch ergibt sich für Blanco Cruz die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen Volks- und Schulmedizinern aus der Tatsache der differenzierten Traditionen Perus. Er plädiert für eine stärkere Beachtung der Volksmedizin, möchte, daß sie ernst genommen wird, daß auch wir von ihr lernen, lehnt aber die Nutzung bewährter Erkenntnisse und Heilverfahren unserer „modernen“ Medizin nicht ab.

„Gerade wir in Europa“, resümiert er, „die nun bemerken, daß die Universitätsmedizin immer häufiger an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit stößt, sollten der traditionellen Medizin mehr Aufmerksamkeit als bisher schenken. Gerade heute, wo Naturheilmethoden, Heilpraktikertum und traditionelle Heilungsmethoden immer mehr Aktualität und Bedeutung bekommen, müßten wir gegenüber den Leistungsfähigkeiten der traditionellen Medizin aufgeschlossen sein. Wer das

anderen Fähigkeiten und Eigenschaften nicht ignoriert, wird seine vermehren und sein Wissen bereichern.“

Gunter Hofer, der ein aufschlußreiches Vorwort zu diesem Buch geschrieben hat, sieht in der Beschäftigung mit dem Heilsystem fremder Ethnien die Möglichkeit, zum eigenen die notwendige Distanz und – mit dieser – jene Perspektive und Objektivität zu gewinnen, die uns unser Denken und Handeln besser zu verstehen erlaubt.

Ein Buch für alle, die begriffen haben oder begreifen wollen, daß es keine vier, drei oder zwei Welten gibt, sondern nur eine Welt, aber eine mit vielen Kulturen und entsprechend vielen Krankheitsmustern und Heilverfahren, die durch unser expansives standardeuropäisches (d. h. inzwischen: US-amerikanisches) Welt- und Menschenbild rücksichtslos nivelliert werden. Blanco Cruz plädiert dagegen für die Relativierung unserer „modernen“ Vorstellungen von Krankheit und Heilung durch differenzierte Beschäftigung mit ethno-medizinischen Erkenntnissen.

Hans See

Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, Sonderheft 9 „Sozialpolitik“, 3 Mark. Zu beziehen bei: Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, Postfach 330 447 in 2800 Bremen 33.

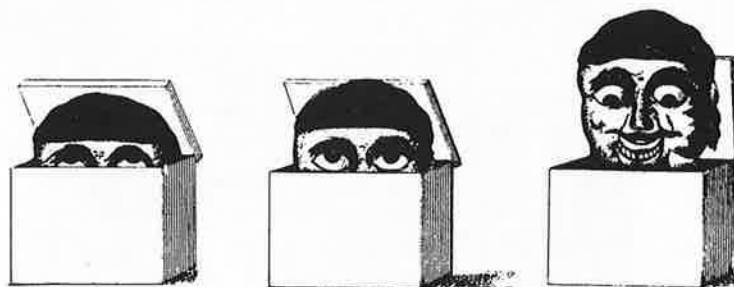
So begrüßenswert die Absicht der „Arbeitsgruppe alternative Gesundheitspolitik“ ist, ein eigenes Memorandum zu diesem Fachgebiet zu erarbeiten (dg berichtete in 9/86), so wichtig bleibt die bisherige Arbeit der „Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik“ mit ihren regelmäßigen Jahresgutachten und ihren – bisher weniger beachteten – in unregelmäßigen Abständen erscheinenden Sonderheften, die sich schwerpunktmäßig mit einzelnen Fragen der Wirtschafts- und Sozialpolitik befassen (so etwa das Heft Nr. 4/84 – Frauenarbeit in der Krise). Das nunmehr neunte Schwerpunktheft der Arbeitsgruppe trägt den Titel „Sozialpolitik“ und ist in großen Teilen Fragen des Gesundheitswesens gewidmet.

Statt der bunt schillernden und undurchschaubaren Medizinlandschaft der Bundesrepublik Rechnung zu tragen, beschäftigen sich die Autoren mit eher trocken und langweilig anmuten-

den und allenfalls Experten interessierenden Themen, wie „Sozialpolitische Umverteilung und private Produktion“, „Krankenversicherung und Gesundheitspolitik“. Bei näherem Hinsehen bieten jedoch die kurz und prägnant geschriebenen Artikel einen Wegweiser, der durch das Dickicht von Erscheinungsfor-

misch. Von dieser Seite besteht entgegen allen anderen Behauptungen, zum Beispiel in der konzentrierten Aktion, überhaupt kein Interesse, bestimmte Grundkonstellationen der derzeitigen Gesundheitspolitik zu verändern.

Interessant sind in den Abhandlungen weiterhin Hinweise auf



men des hiesigen Gesundheitswesens auf seine Grundbedingungen und Grundprobleme hinweist.

Neben anderen sind es die Autoren Hagen Kühn und Gerhard Bäcker, die sich schon in der Vergangenheit immer wieder mit den scheinbar unattraktiven ökonomischen Grundlagen unseres Gesundheitswesens befaßt haben. Von hohem Wert sind die Beiträge, weil sie einen Schlüssel für das Verständnis bundesdeutscher Sozial- und Gesundheitspolitik bieten und auch Ansätze zeigen, wie eine demokratische Bewegung Veränderungen erreichen kann. Das Wort von Karl Marx, daß die ökonomischen Formen letztlich das Herrschafts- und Knechtschaftsverhältnis bestimmen, darf in diesem Zusammenhang ruhig noch einmal erwähnt werden.

Aufgeräumt wird vor allem mit dem – leider auch in den bundesdeutschen Gewerkschafts- und Krankenkassen-Zentralen wiederholten – Unfug, lediglich das Fehlen eines zweckmäßigen Gesamtkonzeptes, auf das alle Beteiligten sehnlich warteten, habe bisher die umfangreichen Mängel des Gesundheitswesens zu verantworten. Statt dessen zeigen die Analysen klipp und klar, daß die Rückständigkeit und die mangelnde Effizienz bundesdeutscher Gesundheitspolitik interessenbedingt zu erklären ist. Denn was vielen Benutzern als unzuverlässig und sinnlos erscheint, ist für einen Teil der niedergelassenen Ärzte, die Pharma- und Geräteindustrie höchst vorteilhaft und ökonomisch.

die systematische Umverteilungspolitik der jetzigen Regierung sowie sinnvolle Argumente, warum es auch für jeden Einzelnen lohnt, die verbliebenen erkämpften Sozialleistungen mit Zähnen und Klauen zu verteidigen.

Noch sind die Arbeiter und Angestellten der Bundesrepublik nicht in der traurigen Lage, einem „freien Tausch der Ware Arbeitskraft“ zustimmen zu müssen, das heißt, sie jederzeit und gegebenenfalls zu jedem Preis zur Erhaltung der eigenen Existenz anbieten zu müssen. Daß das Kapital auf unterschiedlichsten Gebieten um eine maximale Verfügungsgewalt über die „Ware Arbeitskraft“ kämpft, zeigt nicht nur die Umverteilungspolitik, zeigt nicht nur das massive Interesse an einer Aufrechterhaltung einer größeren Arbeitslosigkeit, sondern auch der grundsätzliche Widerstand gegen eine Arbeitszeitverkürzung. Schon hier zeigt sich, daß in der Sozialpolitik ein „sozialpartnerschaftlicher Konsens“ so wenig zu erreichen ist wie die Einheit von Feuer und Wasser. Die Autoren des „Mengo-Forums“ legen auch hier ihren Finger auf einen wunden Punkt, daß nämlich auch in weiten Kreisen der Arbeiterbewegung die unversöhnliche Klassengegnerschaft zwischen Arbeit und Kapital als Tabuzone behandelt wird und kaum benannt werden darf. Die angeblich realistischen Einschätzungen reformerischer Sozialpolitiker haben aber – so Hagen Kühn – „den immer größer werdenden Nachteil, wirkungslos zu sein“.

na

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Sabine Drube (Heidelberg), Heiner Kuupp (München), Brigitte Kluthe (Friedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hattlingen), Christina Pötter (Gießen), Michael Regus (Siegen), Annette Schwarzenau (Berlin), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (Redstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich Wulff (Hannover).

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 48 82 08 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

Anzeigenleitung: Walter Beikens, Steinstr. 79, 6300 Gießen, Tel. 0641 / 3 80 86.

Redaktion:

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

Aktuelle Gesundheitspolitik: Walter Popp (wp); **Gesundheitsversorgung:** Gregor Weinrich (gw); Uli Menges (um); Joachim Cill-Rode (jg); **Ronate Schepker (rs); Arbeits- und Lebensverhältnisse:** Norbert Andersch (na); **Pharma- und Geräteindustrie:** Ulli Haupp (urp); **Umwelt:** Peter Walger (pw); **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Matthias Albrecht (ma); **Edi Erken (ee); Ausbildung:** Brigitta Mews (bm); **Eckard Müller (em); Peter Liebermann (pl); Internationales:** Gunar Stempel (gst); **Stephan Schödel (st); Frauenprobleme:** Ulla Funke-Verhasselt (uf); **Karin Kieseyer (kk); Pflegeberufe:** Kirsten Jung (kj); **Historisches:** Helmut Koch (hk); **Kultur und Subkultur:** Helmut Copek (hc)
Der für das jeweilige Ressort zuerst oder allein genannte Redakteur ist verantwortlicher Redakteur im Sinne des Pressegesetzes.

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

Redaktionskonto für Spende:

Sonderkonto Norbert Andersch, Postgiroamt Essen Nr. 15420-430

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:

Pahl-Rugenstein-Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/36 00 20, Konten: Postgiroamt Köln 6514-503, Stadtsparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Märzheft: 9. Februar 1987

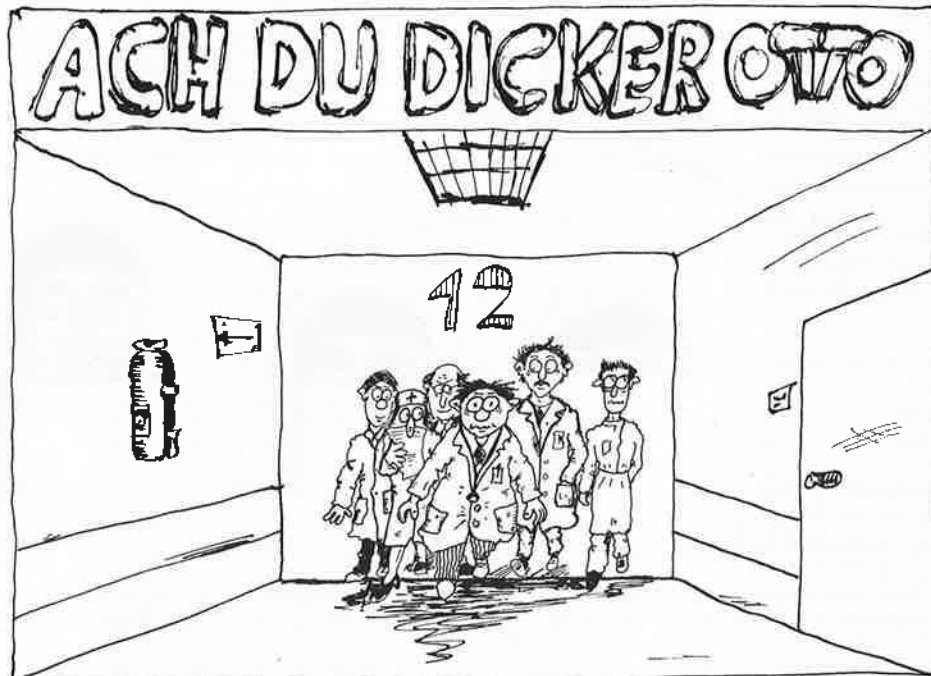
Graphik: Christian Paulsen, Michael Westormeier

Titelblatt: Linie 4

Layout: Joachim Neuschäfer, Ursula Daalman, Ulli Raupp

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

ISSN: 0172-7091



wir über uns

Peinliches

Ein Unglück kommt selten allein. Zunächst hat im letzten Heft der Satzteufel im report gleich zweimal böse zugeschlagen.

Nicht in Bremen, sondern in Bremerhaven arbeitet die Amtsärztin, die dem Ehemann einer adoptionswilligen Familie einen „freiwilligen“ Aids-Test empfahl, um seine Eignung als Adoptivvater unter Beweis zu stellen. Das Gesundheitsamt in Bremen bitten wir hiermit um Entschuldigung.

Daß die Verhältnisse, auch die im Öffentlichen Gesundheitsdienst, nicht veränderlich sein sollen, so stand es, kaum zu glauben, im dg. Ergänzt um das fehlende „un“ bekommt der letzte Satz des reports wieder seinen eigentlichen Sinn: „... aber es ist nicht unveränderlich.“

Damit aber nicht genug:

Verschoben

Nicht am 22. Januar, wie wir im letzten Heft berichteten, hat die Eröffnung der Ausstellung „Kunst und Umwelt“ stattgefunden. Die 50 Arbeiten, die im Rahmen des dg-Kunstwettbewerbs entstanden sind, werden erst ab dem 4. Februar zu besichtigen sein, und zwar in der Hauptstelle des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen, Kölner Str. 1–5 in 5060 Bergisch Gladbach/Bensberg, montags bis donnerstags von 8.00 bis 16.30 Uhr, freitags von 8.00 bis 13.30 Uhr. Die Ausstellung läuft bis zum 10. April.

Auf der Eröffnungsveranstaltung am 4. Februar um 18 Uhr hält Dr. Bertold Mersmann,

Kinderarzt aus Essen, einen Vortrag über Atemwegserkrankungen. Peter Walger wird in die Ausstellung einführen. Unsere Leser sind herzlich eingeladen.



Aktion fünf Prozent

Leider können wir Ihnen noch keine Rückmeldung geben über die bisherigen Ergebnisse der Spendensammlung „Fünf Prozent“ für Matiguás. Maria Bersin, Mitarbeiterin beim Verein „Projektpartnerschaft Dritte Welt“, hält sich noch bis Ende Januar in Nikaragua auf. Im nächsten Heft werden wir Ihnen dann Genaueres sagen können – wie es in Matiguás aussieht, wieviel Geld dieses Mal für die Verbesserung der Wasserversorgung zusammengekommen ist.

Näheres über die Ergebnisse der dg-Aktion „Wasser für Matiguás“ bringen wir im nächsten Heft.

dg-Kontakte

Aachen: Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 75459; **Ansbach:** Brigitta Eschenbacher, Am Helmweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 14444; **Berlin:** Hermann Dittich, Grunowwaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8229328; **Bonn:** Edl Erken, Eckenerstr. 28, 5202 St. Augustin 2 (Hangolar), Tel. (02241) 29178; **Stefan Schölzel,** Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 233526; **Kurt Straif,** Reuterstr. 121, 53/1, Tel. 212696; **Gregor Weirich,** Schumannstr. 30, 53/1, Tel. 219778; **Bremen:** Cornelia Selke, Clauswitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 234371; **Bremerhaven:** Gunar Stoppel, Virchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Gestemünde, Tel. (0471) 27272; **Darmstadt:** Jürgen Frohner, Neutischer Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kühlenweg 22, 4800 Dortmund 50, Tel. (0231) 753880; **Detlev Uhlenbrock,** Droste-Hülshoff-Str. 1, 48/1, Tel. 421768; **Düsseldorf:** Joachim Gill-Rode, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 349204; **Duisburg:** Thomas Wellig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (0203) 342188; **Essen:** Christian Paulsen, Overbeckstr. 18, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 743731; **Norbert Andersch,** Pollerbergstr. 22, Tel. 747131; **Walter Popp,** Sunderholz 32, 43/1, Tel. 441630; **Flensburg:** Ralf Cippers, Apemrader Str. 3, 2390 Flensburg, Tel. (0461) 47263; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 705449; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (0641) 75245; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 33710; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfirstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6564845; **Hansu/Maintal:** Hans See, Süding 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47231; **Hannover:** Martin Walz, Tiostr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05132) 908557 p.; (0511) 818888; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02324) 67410; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel.

(06221) 474101; **Karlsruhe:** Claudia Lehnor, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 649948; **Kassel:** Matthias Dippel, Walzstr. 2 d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 54925; **Kleve:** Ulla Funko-Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8124; **Köln:** Peter Liebermann, Garthstr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 783844; **Eckard Müller,** Säklinger Str. 4, 5/41, Tel. 432919; **Helmut Schaaf,** Berrenrather Str. 358, 5/41, Tel. 443818; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 503355; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 855105; **Marburg:** Hanna Koch, Aller Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Mühlacker:** Helmut Jäger, Hermann-Heise-Str. 43, 7103 Mühlacker, Tel. (07041) 15399; **München:** Margret Lambardt, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 781504; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Roothovonstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08261) 9733; **Münster:** Helmut Copak, Goiststr. 67 a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; **Barbara Halbeisen-Lehnort,** Hoyastr. 11, Tel. 287431; **Uli Monges,** Davonsborger Str. 10 a, Tel. 788399; **Ulrich Raupp,** Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7, Tel. 7801437; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 83856; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02381) 15453; **Riedstadt:** Harald Skoblios, Frei.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 6181; **Siegburg:** Richard Beltzon, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 383590; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 76860; **Solingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5650 Solingen 1, Tel. (02121) 47885; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 212798; **Ulm:** Wolf Schleizer, Reschweg 12, 7900 Ulm-Loth, Tel. (0731) 66088; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmthal 1, Tel. (02183) 4191; **Wuppertal:** Michael Süner, Nomenstr. 20, 5600 Wuppertal 2, Tel. (0202) 503845.

PAHL-RUG.GOTTESN.54 5000KOELN
G 2961 E 394711 353

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

RHEIN ALARM



Das Buch enthüllt:

- ▶ Mit der Sandoz-Katastrophe, mit den Störfällen von Höchst, Ludwigshafen und anderswo ist nur ein Bruchteil der Chemie-Gefahren sichtbar geworden.
- ▶ Wie tagtäglich die Umwelt vergiftet wird und von wo weitere Katastrophen drohen.
- ▶ Dokumente aus Behörden und Industrie decken das Zusammenspiel von Staat

und chemischer Großindustrie auf.

- ▶ Vertrauliche Liste aus dem Bonner Umweltministerium: Die 292 größten Umweltschädiger an Rhein, Mosel, Main und Neckar.

Soeben ausgeliefert.

Jörg Helmbrecht/Jochen Molck
Rheinalarm
Die genehmigte Vergiftung
Kleine Bibliothek 447
219 Seiten mit zahlreichen Dokumenten,
DM 14,80

Pahl-Rugenstein