

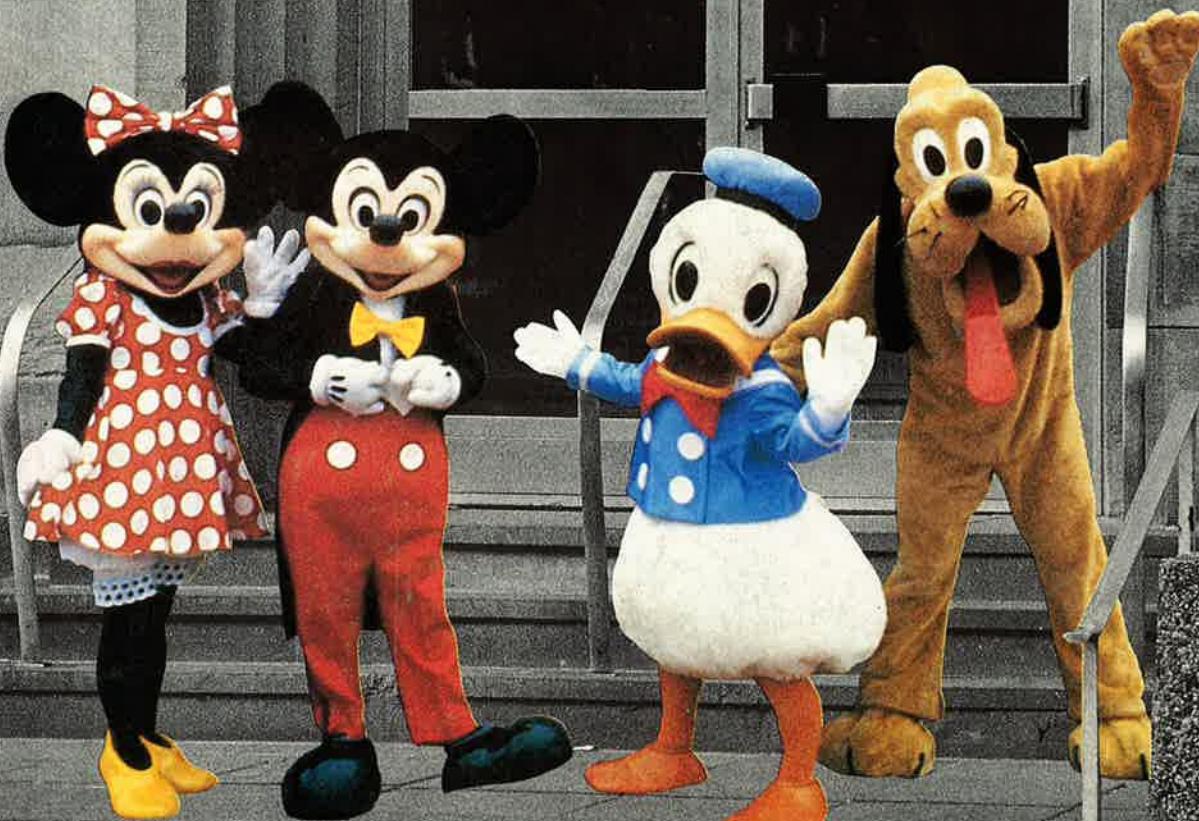
dg

G 2961 E
Einzelheft 5 Mark
Abonnement 3,70 Mark

Demokratisches
Gesundheitswesen
Nr. 7-8 · Juli 1987

ST. HILDEGARDIS-KRANKENHAUS

Mickey-Mouse-Krankenhouse Amerikanisierung des Gesundheitswesens



Gesundheitstag in Kassel
Der Selbsthilfemythos
IPPNW-Kongreß in Moskau

Sommerloch



Helmut Copak
arbeitet in ei-
ner psycholo-
gischen Beratungsstelle in
Ahlen

Psychische Probleme bei türkischen Bürgern in der Bundesrepublik und ihre Behandlung – das war lange Zeit nur ein Thema für Anthropologen. Sie malten uns in den herrlichsten Farben die traditionelle Großfamilie aus, in der sich jedes Mitglied wie in einem warmen, weichen Bett aufgehoben fühlt. Da braucht sich ein deutscher Seelenexperte nicht einzumischen in diese naturgewachsene Selbsthilfeorganisation, die besser und vor allem billiger als jedes psychiatrische Krankenhaus ist. Die Zahlmeister unseres Gesundheitssystems hörten das nur zu gern.

Längst ist in der Türkei diese hochgelobte Idealform menschlicher Produktion und Reproduktion zusammengebrochen, Industrialisierung und Landflucht haben ihr den Rest gegeben. Und was für die Türkei gilt, trifft noch stärker auf die im Ausland lebenden Türken zu. Hier in der Bundesrepublik, wo der Mythos von der beschützenden, aber auch grausam rächenden Großfamilie am kräftigsten blüht, verkümmern die Überbleib-

sel traditioneller Lebensformen besonders schnell. Vor dem schmerhaften Wandlungsprozeß verschließen auch viele Türken die Augen und versuchen vergeblich, mit Schleier und Koran den Zusammenbruch noch etwas zu verzögern. Während man die verzweifelten Beharrungsversuche der islamischen Kräfte zumindest noch verstehen kann, gibt es für die Tatenlosigkeit unserer Gesundheitsbürokratie keinen Entschuldigungsgrund mehr.

Im Verzeichnis der Gesundheitsversorgung im letzten Zahlenspiegel des Ministeriums

für Arbeit, Gesundheit und Soziales von Nordrhein-Westfalen findet man zum Beispiel ganz genau ausgerechnet, wieviele ausländische Ärzte und wieviel medizinisches Personal in den Krankenhäusern, Praxen und Labors arbeiten, aber Daten über so etwas wie psychosoziale Beratungszentren für Ausländer sucht man vergeblich. Der Kommentar des zuständigen Beamten: „Ist uns bekannt. Wir wissen auch, wie dringlich das wäre, aber noch haben wir kein Material.“ Es gibt zwar in jeder größeren Stadt eine Sozialberatungsstelle für Ausländer, aber da plagt man sich eben mit Amtsgeschäften ab – mit Lohnsteuerformularen und Kindergeldzuschlägen.

In den Städten, wo man sich zaghaft bemüht, psychologische Beratungsdienste, meist über ABM-Stellen, einzuführen, zeigte sich als erstes, daß das Gerede von der intakten Großfamilie nur eine Ausrede ist. Selbstverständlich haben auch Ausländer psychische Erkrankungen, und deswegen suchen viele die bestehenden Institutionen auf. Doch wie ergeht es Ihnen da? Eine Patientin ging jahrelang zum niedergelassenen Nervenarzt, ohne daß sie ein einziges Mal die Gelegenheit gehabt hätte, ihre Krankengeschichte mit Hilfe eines Übersetzers zu erzählen. Im Krankenhaus können manche Patienten froh sein, wenn es eine türkische Putzfrau zum Dolmetschen gibt.

In den Krankenhäusern und auch bei den niedergelassenen Ärzten sucht man händerringend die Hilfe von speziell ausgebildeten Fachkräften aus solchen Beratungsstellen, aber noch gibt es zu wenige davon. Offenbar hofft man jetzt insgeheim darauf, daß alle Ausländer ihren Sommerurlaub antreten und nicht wiederkommen.

P. S. In Zukunft soll dieses Thema in dg kein „Sommerloch-Füller“ mehr sein.

Mickey-Mouse-Krankenhouse
Amerikanisierung des Gesundheitswesens 12

Aktuelle Gesundheitspolitik

„Nicht drangsalieren“
Die Aids-Politik des Kölner Gesundheitsamtes 24

Handsärmelig
NRW-Gesetzentwurf zum Datenschutz 36

Frieden

Notizen einer Teilnehmerin
IPPNW-Weltkongress in Moskau 26

Patientenversorgung

Handtuchabstand vorgeschrieben
Mythos Selbsthilfe 32

Thomas – ein ISB-Fall
Zivis betreuen Schwerbehinderte 39

Haltung überdenken
Methadon in der Drogentherapie 48

Kinder brauchen Zeit
Alltag im Krankenhaus 40

Internationales

Teufel im Detail
Studentenprotest in Frankreich 34

Schreckensmeldungen
Aids in Afrika 46

Ethik

Kein Schlußstrich
Zum Ende des „Euthanasie“-Prozesses 38

Historisches

Der Hexenhammer
Zum 500jährigen Erscheinen 42

Pharma

Am Puls der Zeit
Videos zur Fortbildung 45

Mit Speck fängt man Mäuse
Ein Muster-Anfall 49

Dokumente

Kein neues Sterilisationsgesetz 27

Privatisierung im Gesundheitswesen
Von Volker Wanek 28

Rubriken

Sie über uns 4

Aktuelles 4

Termine 10

Kleinanzeigen 11

Buchkritik 50

Comic 54

Wir über uns 55

inhalt

Mickey-Mouse-Krankenhouse – die Klinik als Markt der unbegrenzten Möglichkeiten. Kommt das bei der Reform des Gesundheitswesens heraus? Der Report von Norbert Andersch auf Seite 12

Das Wetter war mies, das Angebot zu groß. Sonst gab es eigentlich keine Gründe, auf den Gesundheitstag in Kassel dreinzuschlagen, meint Ulli Raupp, im Gegensatz zu anderen Kritikern, auf Seite 20



Überschaubar, informell und progressiv, diesem Klischee von Selbsthilfe entsprechen die Organisationen der Behinderten nicht. Christian Wahl zeigt auf Seite 32, wie es bei ihnen zugeht.



Dank

dg 5/87: Florence Nightingale im Hindukush - Das Deutsche Afghanistan-Komitee

Besten Dank für die Veröffentlichung des dg-Reportes von Heinz Wasmus in der Mai-Ausgabe. Dank dem Autor, daß er sich die Mühe gemacht hat, hinter die Kulissen zu schauen und diese Hintergrundinformationen zur Reportage zu formen.

Die Einschätzung des Autors, daß die mit Spenden aus der Bundesrepublik bezahlte medizinische Hilfe hier Beihilfe zum Krieg ist, wurde mir im vergangenen Jahr von den Afghangen, die ich auf dem Kopenhagener Weltkongreß zum Friedensjahr der Vereinten Nationen kennengelernt hatte, übermittelt: Sie baten ausdrücklich darum, nicht das Afghanistan-Komitee zu unterstützen, da die Hilfe denjenigen zugutekommt, die bewaffnete Terrorüberfälle auf Schulen, Krankenhäuser, Bauernsiedlungen zu verantworten haben. Oder weniger höflich: „Ihr Westdeutschen bezahlt die Mörder meiner Familie!“

Zurückgekommen in die Bundesrepublik mußte ich feststellen, daß ich Schwierigkeiten hatte, Kollegen von dieser Einschätzung zu überzeugen. Diese waren fest davon überzeugt, humanitäre Hilfe zu leisten, wenn sie „für Afghanistan“ spendeten. Und es reicht auch nicht, zu sagen, daß diese Form der „Afghanistan-Hilfe“ moralisch nicht zu verantworten ist, es muß gleichzeitig eine Alternative angeboten werden. Hier möchte ich noch einmal auf das Projekt hinweisen, das in der Anzeige in 5/87 beschrieben wurde: Der Informationskreis Afghanistan e. V. führt im Jahre 1987 eine Spendenkampagne durch, die zum Ziel hat, für ein Gesundheitszentrum für Mutter und Kind in Gol Khana 35 000 DM aufzubringen. Diese Summe ist bisher noch nicht erreicht. Wer das Bedürfnis verspürt, einen Beitrag zu spenden, der direkt dem afghanischen Volk zugute kommt, dem kann ich dieses Projekt nur empfehlen.

Konto 46 bei der Kreissparkasse Varrel, BLZ 291 517 19, Projekt Gol Khana.

DR. RALF CÜPPERS
Flensburg

Falsche Wertung

dg 6/87:

Dem Ergebnis der Tagung der Fachkonferenz Medizin vom 2./3. Mai 1987 mit der klaren Ablehnung des Arztes im Praktikum ist zuzustimmen. Nicht nachvollziehen kann ich allerdings die Wertung: „Mit dem Tarifabschluß sei der entscheidende Schritt zur Einführung von Billig-Ärzten zweiter Klasse getan.“ Der entscheidende (!) Schritt ist nach wie vor die von der Bundesärztekammer, vom Marburger Bund, von Regierung und Parlament betriebene und beschlossene Änderung der Bundesärztes- und Approbationsordnung. Über Tarifverträge (und dies mag man manchmal bedauern) lassen sich Gesetze nicht ändern. Daß der Tarifabschluß problematisch ist, ist nicht zu bezweifeln. Warum, habe ich versucht, in dg 3/87 darzustellen, Tarifabschlüsse spiegeln das Kräfteverhältnis zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften wider. In der ÖTV können sich Medizinstudenten im Praktischen Jahr sowieso diejenigen organisieren, die (auch zeitweilig) ein Beschäftigungsverhältnis haben.

UDO SCHAGEN
Berlin (West)

Sauberer Verein

dg 5/87: Florence Nightingale im Hindukush - Das Deutsche Afghanistan-Komitee

In der Frankfurter Allgemeinen Zeitung vom 5. Juni ist mir eine Anzeige aufgefallen, die ich Euch nicht entgehen lassen wollte. Da inserieren „Studenten für den Frieden“ unter der Überschrift

„Wir wenden uns gegen die nucleare Entwaffnung Europas“. Unter der Unterzeile: „Nur Kernwaffen verhindern, daß Kriege wieder führbar werden“, argumentieren sie: „Abrüstung kann kein Selbstzweck und kein Ersatz für Entspannung sein.“ Sie rufen auf, Abrüstungsschritte zu verhindern, die Westeuropa, besonders aber die Bundesrepublik, einseitig in die Nicht-Verteidigungsfähigkeit führen. So, und jetzt kommt es: Die Adresse des Vereins lautet Meckenheimer Allee 89, also genau der Bunker, in dem das sogenannte Friedensforum sitzt, die Nicaragua-Gesellschaft und das Deutsche Afghanistan-Komitee.

PETER SCHMITZ
Köln

90 Prozent GKV-versichert

Nahezu alle Bewohner der Bundesrepublik sind krankenversichert, wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden mitteilte. 89,2 Prozent der Bevölkerung sind als Mitglieder oder als Familienangehörige über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) versichert. Ungefähr ein Drittel von ihnen gehört einer Ersatzkasse an. Mitglied einer Privatversicherung sind 8,4 Prozent der Bundesdeutschen. Zwei Prozent haben Anspruch auf sonstigen Versicherungsschutz wie etwa die Sozialhilfeempfänger oder die Zivildienstleistenden. Nur 0,4 Prozent der gesamten Bevölkerung ist nicht krankenversichert, wie der Mikrozensus 1985 ergeben hat.

WHO: Finanzkrise

Dr. Halidjan T. Mahler, Generaldirektor der WHO, hat auf der 40. Weltgesundheitskonferenz, die vom 14. bis 16. Mai in Genf stattfand, dazu aufgerufen, menschliche Werte über ökonomische zu stellen. Anlässlich der Diskussion über die wirtschaftlichen Aspekte der Strategie „Gesundheit für alle“ sagte Mahler: „Wenn Sie Fortschritt allein an harten wirtschaftlichen Fakten messen, gut – dann töten Sie die Alten, töten Sie die Schwachen, töten Sie die Behinderten! Beseitigen Sie soziale Mißstände, indem Sie die Opfer eliminieren!“ In seiner Rede betonte Mahler, daß bereits einmal in diesem Jahrhundert danach gehandelt worden sei.

Tschernobyl

Der US-amerikanische Knochenmarkspezialist Robert Gale rechnet als Folge des Unfalls von Tschernobyl mit 2500 bis 75 000 zusätzlichen Krebstoten in den nächsten 50 Jahren. Bis zu 1000 Menschen, die während der Schwangerschaft der Strahlung ausgesetzt waren, könnten zentral geschädigt sein. Gale rechnet mit bis zu 5000 genetischen Abnormalitäten. Über die Hälfte der Schäden könnten außerhalb der Sowjetunion auftreten.



Keine Ehrung für Bonhoeffer

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KV) hat im Frühjahr abgelehnt, Dr. Karl Bonhoeffer mit der Johannes-Weyer-Medaille der nordrheinischen Ärzteschaft auszuzeichnen, wie jetzt bekannt wurde. Diese Medaille wird gemeinsam von der Ärztekammer und der KV für medizinische Verdienste, für eine vorbild-

liche ärztliche Haltung oder für besondere Leistungen in der ärztlichen Selbstverwaltung vergeben. Der Vorstand der Ärztekammer hatte dafür plädiert, Karl Bonhoeffer mit der Medaille auszuzeichnen. Grund sei seine Arbeit als Anästhesiologe und sein Engagement für den Frieden. Bonhoeffer ist Mitglied im Beirat der deutschen Sektion der Internationalen Ärzte zur Verhinderung eines Atomkriegs (IPPNW).

Foto: Linie 4/M. Bauer



Betreuung psychisch Kranker gefährdet

Der Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen in Bonn hat gegen geplante Sparmaßnahmen beim Landschaftsverband Rheinland (LVR) protestiert. Der nordrhein-westfälische Innenminister, Herbert Schnoor, hatte den LVR aufgefordert, in diesem Jahr über 70 Millionen Mark einzusparen, um mit einem ausgeglichenen Haushalt abschließen. Schnoor hatte dabei auch auf Kürzungsmöglichkeiten bei der Förderung von Wohngemeinschaften für psychisch Kranke hingewiesen. Der Dachverband erklärte jetzt, daß eine Rückverlegung von Patienten in Heime und Krankenhäuser die Folge sein könnte. Dadurch würde menschliches Elend angerichtet, ohne daß eine Mark eingespart werden könnte, denn die Unterbringung in Anstalten sei viel teurer als die Betreuung durch ambulante Kräfte.

Das Defizit beim Landschaftsverband kann nach Ansicht des Dachverbandes nicht durch Einsparungen im Gesundheits- und Sozialbereich ausgeglichen werden. Vielmehr müßten dem LVR mehr Steuermittel zur Verfügung gestellt werden. Außerdem müsse endlich das Risiko der Pflege-

bedürftigkeit abgedeckt werden, damit die Betroffenen, die unterhaltpflichtigen Angehörigen und die örtlichen Sozialhilfeträger entlastet würden.

Nicaragua: Infektionskrankheiten gebremst

Die seit 1979, dem Sturz des Somoza-Regimes, regelmäßig durchgeführten Impfkampagnen in Nicaragua haben die Zahl der Infektionskrankheiten, die durch Impfungen vermieden werden können, erheblich gesenkt. Dies meldete kürzlich die DDR-Zeitschrift „humanitas“. In den zurückliegenden drei Jahren sei kein Fall von Kinderlähmung, Diphtherie und Keuchhusten mehr registriert worden. Noch 1979 seien mehr als 100 Kinder an Poliomyelitis erkrankt.

Tschernobyl:

Strahler '87

Nahrungsmittel mit weniger als 10 bq/kg werden als strahlenarm bezeichnet. Nahrungsmittel, die eine Belastung zwischen 10 und 30 bq/kg aufweisen, sind für Schwangere, Stillende und Kleinkinder nicht unbedenklich. Von einem stärkeren Verzehr ist diesen Risikogruppen abzuraten. Nahrungsmittel mit 30 bis 100 bq/kg müssen als stark belastet bezeichnet werden. Für Schwangere, Stillende und Kleinkinder sind sie nicht geeignet, anderen Bevölkerungsgruppen sollten den Verzehr dieser Lebensmittel einschränken. Grundsätzlich ist zu sagen, daß es keine Grenze gibt, unterhalb derer radioaktive Strahlung unbedenklich ist.

Werte aus Radioaktivitätsmessungen Gesamt-Cs in Bq/kg

Datum	Herkunft	Meßwert	Gesamt-Cs in Bq/kg
		Durchschnitt	

Milchprodukte

(angegeben ist das Haltbarkeitsdatum)

2. 6. 87	Magerquark, Deller	36
5. 7. 87	Frischkäse, Exquisa	35
3. 8. 87	Cheesy, Adler	18
23. 5. 87	Kefir, Müller	32
26. 5. 87	Fruchtjogh., Bauer	41
23. 5. 87	Fruchtjogh., Lünebest	1
21. 5. 87	Joghurt, Klover	4
24. 5. 87	Joghurt, Hansano	13
26. 5. 87	Frühlingsquark, Milram	14
11. 5. 87	Magerquark, Schwälbchen	10
12. 5. 87	Jogh., Südmilch Stgt	6
22. 5. 87	Jogh., Melkland	23
1. 6. 87	Biobecher, Onken	6
12. 6. 87	Fruchtjogh., Südmilch	16
20. 5. 87	Fruchtjogh., Danone	5
19. 5. 87	Fruchtjogh., Tuffi	8
Mai 87	Butter, Deutschland	unter 5
Mai 87	Butter, Irland	15

Kondensmilch

(angegeben ist das Haltbarkeitsdatum)

25. 7. 87	Meggle	110
1/88	Bärenmarke, Die Leichte	17
12/87	Bärenmarke, 12 %	86
7/88	Glücksklee	10
10/88	Landgold	27

Fleisch

14.5.87	Schweinebauch, Bayern	249
14.5.87	Schweineschulter, Bayern	48
14.5.87	Rind, Bayern	42
14.5.87	Rind, Hessen	11
Mai 87	Schwein, Ungarn	30
Mai 87	Schwein, Krsg. Segeberg	5
Mai 87	Rind, Krs. Segeberg	11
Mai 87	Rind, Krs. Lüchow-D.	96
Mai 87	Schwein, Dithmarschen	37
Mai 87	Geflügel, BRD	unter 3

Sonstiges

Mai 87	Erdbeereis, Mövenpick	3
Mai 87	Langnese, Bottermilk fresh	18
Mai 87	Langnese, Mini-Milk	11
Mai 87	Langnese, Vanilleeis	22
Mai 87	Noisette, Milka	26
Mai 87	Nußschokolade, Marabou	62
Mai 87	Haselnüsse, Türkei	500

Aktuelle Werte können angefordert werden bei:
Die Verbraucherinitiative, Breitestraße 51, 5300 Bonn 1.



Die oppositionellen Ärztinnen und Ärzte auf dem Ärzte- tag in Karlsruhe



90. Deutscher Ärztetag

Auf dem 90. Deutschen Ärztetag in Karlsruhe ist am 13. Mai beschlossen worden, die unethischen und unmoralischen Praktiken der Pharmazeutischen Industrie in den Ländern der Dritten Welt zu verurteilen. Der Beschuß im Wortlaut:

„Angesichts der unethischen und unmoralischen Praktiken der pharmazeutischen Industrie in Ländern der Dritten Welt wird der Gesetzgeber aufgefordert, entsprechende Schritte einzuleiten, damit:

1. Medikamente, die in der Bundesrepublik Deutschland vom Markt genommen wurden, nicht in Ländern der Dritten Welt weiterhin verkauft werden
2. auf den Export von Medikamenten, die unwirksam sind oder deren Wirksamkeit stark umstritten ist, verzichtet wird
3. die pharmazeutische Industrie ihre Produktinformationen in den Entwicklungsländern sowohl zur Nutzen- wie auch zur Risikoseite an den wissenschaftlichen Standards orientieren.

All diese Forderungen sollten auch von Tochterunternehmen deutscher Betriebe eingehalten werden.“

Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege

Das wirtschafts- und sozialwissenschaftliche Institut des DGB (WSI) hat eine Broschüre zu den Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege herausgegeben. In der sozial- und gesellschaftspolitischen Diskussion stünden Fragen der Finanzierbarkeit und der Qualität der Leistungen des Gesundheitswesens stets im Vordergrund. Die Arbeitsbedingungen, Belastungen und Beanspruchungen, die mit sozialen Dienstleistungen verbunden sind und immer mehr Beschäftigte und besonders Frauen betreffen, seien bislang – im Gegensatz zum industriellen Sektor – kaum Ansatzpunkt sozial- und arbeitswissenschaftlicher Untersuchungen gewesen, wird in dem Arbeitspapier festgestellt.

Die WSI-Projektgruppe „Humanisierung der Arbeit“ hat für die Broschüre vorliegende Forschungsergebnisse im Bereich der Krankenpflege zusammengetragen und ausgewertet. Es handelt sich dabei sowohl um Untersuchungen über die sozialpolitischen Rahmenbedingungen der Krankenpflege, als auch über Arbeitsbedingungen und -belastungen sowie deren Folgen für die Beschäftigten. Die Broschüre kann bestellt werden beim WSI, Hans-Böckler-Straße 39, 4000 Düsseldorf 30.

Meldepflicht für Schwangerschaftsabbrüche

Ärzte sollen künftig das Honorar für einen Schwangerschaftsabbruch nur noch dann erhalten, wenn sie ihn beim Statistischen Bundesamt gemeldet haben. Eine entsprechende Vorschrift will die Bundesregierung im geplanten „Schwangerschaftsberatungsgesetz“ verankern, wie Bundesgesundheitsminister Rita Süssmuth gegenüber der Ärzte-Zeitung bestätigte.

Während der Koalitionsvereinbarungen hatten sich die Regierungsparteien darauf geeinigt, ein solches Gesetz im Bundestag einzubringen. Damit sollte die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nach sozialer Indikation verringert werden. Die stellvertretende Fraktionsvorsitzende der SPD, Renate Schmidt, kritisierte die Pläne der Bundesregierung. Die Verknüpfung von Meldepflicht und Honorarzahlung führe dazu, daß weniger Ärzte, vor allem im ländlichen Raum, bereit seien, eine soziale Indikation festzulegen.

Sparpläne für Tuberkulosedienste

Der gesundheitspolitische Sprecher der Gesundheitsstadträte der Alternativen Liste (AL) in Berlin (West), Johannes Spatz, hat in einer Presseerklärung die Pläne des Senats kritisiert, die Tuberkulosedienste weiter zu zentralisieren und damit 25 Stellen einzusparen. Seit Jahren, so Spatz, sei Berlin in bezug auf die Tuberkulose trauriger Spitzenreiter im Vergleich zu den Bundesländern. Die Neuerkrankungsrate liege doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt. An Tuberkulose waren 1986 in Berlin (West) 73 Menschen gestorben.

Die fünf Gesundheitsstadträte der AL fordern anstelle des Sparprogramms „einen Neuanfang einer wirksamen und auf die sozialen Probleme der Tuberkulosepatienten eingehenden Orientierung der Tuberkulosedienste“. Besonders berücksichtigt werden sollen nach ihren Plänen die Bezirke Tiergarten und Kreuzberg, die eine besonders hohe Zahl an Neuerkrankungen aufweisen.



Schweden: Amalgam gefährlich

Schwere Nebenwirkungen von Amalgam, das für Zahnfüllungen verwendet wird, hat eine Expertengruppe festgestellt, die den Stoff im Auftrag der Schwedischen Sozialbehörde untersuchte. Die Experten, hauptsächlich Neurologen und Zahnärzte, konnten einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Anzahl von Amalgamfüllungen und dem Quecksilbergehalt in Gehirn und Nieren erkennen. Nach einer Zahnfüllung mit Amalgam lasse sich mehrere Tage lang Quecksilber im Urin nachweisen. Zur besonderen Vorsicht rät die Forschergruppe vor allem Schwangeren, da das Quecksilber über den Mutterkuchen in das Blut des Kindes gerate, und stillenden Frauen, da das Quecksilber in die Muttermilch übergehe. Die Schwedische Sozialbehörde lehnte gleichwohl ein sofortiges Verbot für Amalgam ab. Alternativmaterialien seien noch nicht gut genug, um Amalgam zu ersetzen, kommentierte der Chef der Dentalbehörde, Hans Sundberg.



Tritium in der Mosel

An der deutsch-französischen Grenze sind am 23. Mai 30 Becquerel Tritium pro Liter Moselwasser gemessen worden. Der rheinland-pfälzische Staatsminister Dr. Georg Göltz, derzeit mit den Aufgaben des ehemaligen Umweltministers, Klaus Töpfer, beauftragt, gab an, daß dieser Wert deutlich unterhalb des dem Kraftwerk Cattenom genehmigten Grenzwerts von 80 Becquerel pro Liter gelegen habe. Mittlerweile weise die Mosel an der Meßstelle in Koblenz wieder die „normale“ Aktivität von sechs bis sieben Becquerel pro Liter auf.

GKV-Ausgaben

Im Jahre 1986 haben sich die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Sachleistungen auf 101,7 Milliarden Mark belaufen und damit gegenüber dem Vorjahr um 4,9 Prozent erhöht. Dies teilte im Mai das Statistische Bundesamt in Wiesbaden mit. Von den Sachleistungen stellten die Ausgaben für Krankenpflege mit mehr als einem Drittel den größten Einzelposten dar. Die Behandlung durch Ärzte und Zahnärzte machte zusammen 27 Prozent der GKV-Ausgaben aus. Auf die Aufwendungen für Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel entfielen 24 Prozent und auf die für Zahnersatz knapp sieben Prozent. Allein im Bereich des Zahnersatzes gab es einen Rückgang, wie das Statistische Bundesamt mitteilte. Gegenüber 1985 sanken die Aufwendungen in diesem Bereich um 10,4 Prozent.

Enquête-Kommission zur Strukturreform

Der Bundestag hat Anfang Juni eine Enquête-Kommission zum Thema „Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung“ auf Antrag der SPD eingerichtet. Die Sozialdemokraten werden den Vorsitz der Kommission stellen. Wie die stellvertretende Fraktionsvorsitzende, Anke Fuchs, mitteilte, solle dort verhindert werden, daß es „eine Kostendämpfung zu Lasten der Versicherten“ gebe. Die SPD wolle keine Erhöhung der Selbstbeteiligung und keine Ausgrenzung von Versicherungsleistungen. Anke Fuchs forderte unter anderem Mitwirkungsrechte für die Kassen und die Einführung direkter Preisverhandlungen zwischen Kassen und der Pharmaindustrie.

Nach dem Willen der SPD sollen Vorschläge zur Strukturreform innerhalb eines Jahres erarbeitet werden. Ein entsprechender Gesetzentwurf wäre dann frühestens Mitte 1988 möglich.

Bereitschaftsdienst:

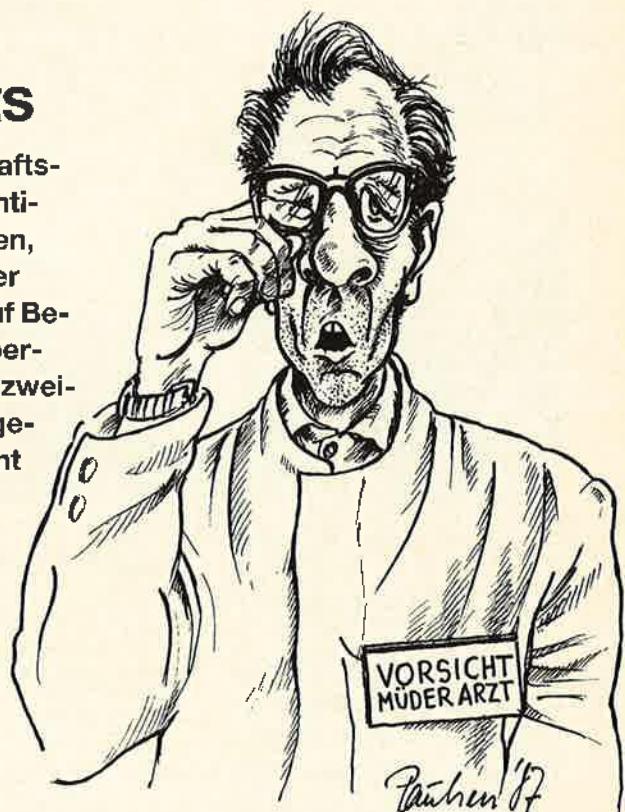
Rolle rückwärts

ma – Weil sie in ihren Bereitschaftsdiensten mit über fünfzigprozentigem Arbeitsanteil belastet waren, klagten zwölf Assistenzärzte der Mainzer Universitätskliniken auf Bezahlung der Bereitschaft als Überstunden. Recht bekamen sie in zweiter Instanz vom Landesarbeitsgericht. Dem Bundesarbeitsgericht (BAG) gefiel dies gar nicht.

In seinem Urteil vom 27. Februar 1985, das erst vor kurzem veröffentlicht wurde, stieß sich der Siebte Senat des BAG bereits daran, daß das Landesarbeitsgericht die Belastung von über 50 Prozent im Bereitschaftsdienst „begrifflich“ nicht als Bereitschaftsdienst gewertet hatte. Obwohl nach Sonderregelung 2 c BAT der Arbeitgeber Bereitschaftsdienst nur „anordnen darf, wenn zu erwarten ist, daß zwar Arbeit anfällt, erfahrungsgemäß aber die Zeit ohne Arbeitsleistung überwiegt“, folgert das BAG: „Damit ist dem Bereitschaftsdienst ein bestimmter Höchstanteil an Arbeitsleistungen nicht begriffssimmanent. Bereitschaftsdienst, den der Arbeitgeber nicht hätte anordnen dürfen, bleibt gleichwohl Bereitschaftsdienst und wird nicht etwa von selbst zu voller Arbeitsleistung.“

Da nicht sein kann, was nicht sein darf, folgert das Gericht messerscharf: „Aus der erkennbar bewußt vorgenommenen Begrenzung der tariflichen Vergütungsregelung auf Bereitschaftsdienste mit höchstens 49 v.H. Arbeitsleistungsanteil folgt auch, daß hinsichtlich der vergütungsrechtlichen Bewertung von Bereitschaftsdiensten mit höherem Arbeitsleistungsanteil von einer offenen Tariflücke ausgegangen werden muß, deren Schließung den Gerichten versagt ist.“ Man spürt regelrecht das Bedauern der obersten Arbeitsrichter.

Wesentlicher Haken an der Sache war im vorliegenden Fall die sogenannte Nebenabrede. Die klagenden Ärzte hatten in dem Zeitraum, der der Klage zugrunde lag, ihre Nebenabreden, so-



Bereitschaftsdienst“, über Sanktionen gegen Arbeitgeber, die dennoch solche Dienste anordnen, haben sich die Herren in den roten Roben allerdings keine Gedanken gemacht. Von Sanktionen steht zudem weder etwas im Tarifvertrag mit seinen Sonderregelungen, noch in anderen Arbeitsgerichtsurteilen. Damit haben die Arbeitgeber bis auf weiteres freie Hand bei der widerrechtlichen Anordnung von Bereitschaftsdiensten. Bleibt zu hoffen, daß die ÖTV bei der nächsten Änderung der Sonderregelungen 2 a und c des BAT mit diesem Zustand Schluß machen kann.

An der Beachtung dieser Grundsätze kranken viele betriebliche Auseinandersetzungen um Bereitschaftsdienste und ihre Bewertung. Länger dauernde Aufzeichnungen von Belastungen in Bereitschaftsdiensten machen nur dann einen Sinn, wenn die Nebenabreden fristgerecht gekündigt werden. Erst das bringt den Arbeitgeber in Zugzwang.

Zwar handelt es sich nach Auffassung des BAG bei Diensten mit einem Arbeitsanteil von mehr als 49 Prozent um „unzulässigen



Psychiatrie: Dumm?

Und – Wenn Ärztinnen und Ärzte öffentlich machen, wie es um die Versorgung der Patienten bestellt ist, dann gibt es Krach. So auch in der Psychiatrischen Landesklinik Riedstadt.

Hitzige Diskussionen in der Psychiatrischen Landesklinik Philippshospital in Riedstadt. Anlaß: Ärztinnen und Ärzte hatten sich durch einen „Spiegel“-Artikel über die Verhältnisse in einer psychiatrischen Klinik ermutigt gesehen, auch über die Zustände in ihrem Haus zu berichten. In einem Leserbrief an den „Spiegel“ hatten sie geschrieben: „Die Beschreibung der katastrophalen Zustände im Landeskrankenhaus Weißenau trifft im Prinzip auch auf unser Krankenhaus zu. Wir müssen Patienten mehr Medikamente geben als nötig, wir müssen übermäßig viele Patienten fixieren (festschnallen) und dies aus Personalmangel.“ Sitzwachen, die sich nachts um gefährdete Patienten kümmern, gebe es nicht.

In der Kasseler Zentrale des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Träger der Riedstadter Klinik, reagierte man darob ganz aufgeregt und schickte schnell zwei Verwaltungsbeamte, die den Aufrührern wohl die Leviten lesen sollten. Es sei nicht loyal gegenüber dem LWV gewesen, an den „Spiegel“ zu schreiben,

beschwerte sich Dr. Aden, schließlich müsse der Dienstweg eingehalten, und das würde bedeuten, daß Stellungnahmen nur von der Zentrale abgegeben würden. Den Einwand, die Bundesärztedirektorenkonferenz, in der die Leiter aller Landeswohlfahrtskliniken sitzen, habe den Artikel bereits – mit einer Enthaltung – unterstützt, wollte Dr. Aden nicht gelten lassen.

Außerdem sei ein Teil der Vorwürfe einfach „dumm“, und damit kam Timmung auf. Auch seine Bemerkung, wenn die Arbeitsbedingungen nicht paßten, der könne ja gehen und sich woanders eine Stelle suchen, konnte da die Wogen nicht so recht glätten.

Immerhin ließ er sich durch Dr. Rave, Chefarztin in Riedstadt, etwas beruhigen, die den Herrn vornehm darauf hinwies, man könne die Sache doch von zwei Seiten betrachten, einmal als Nestbeschmutzung, einmal als Anlaß, Veränderungen durchzusetzen. Und diese seien, so Dr. Rave, auch in Riedstadt überfällig. Letztendlich lenkte Aden ein, der LWV sei bemüht, die Anzahlzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft durchzusetzen, nur stellten sich die Kassen noch quer. Schließlich sitze man ja doch in einem Boot. Daß gegen die Unterzeichner aus Riedstadt ein Disziplinarverfahren erwogen wird, hatte er dabei wohl vergessen.

Die zeigten sich am Ende gar nicht so unzufrieden. Ein Kollege zu dg: „Fakt ist, daß auf unseren Brief hin extra zwei Beamte des LWV nach Riedstadt kommen mußten, um uns zur Rede zu stellen und uns Angst einzutragen.“ Vielleicht kommt ja noch ein bißchen mehr dabei heraus.

Bayerns Aids-Katalog verurteilt

Auf teilweise scharfe Kritik, auch aus den Reihen christdemokratischer Sozialpolitiker, ist der kürzlich vom Freistaat Bayern beschlossene Aids-Maßnahmekatalog gestoßen. Der Niedersächsische Sozialminister, Hermann Schnipkowitz (CDU), bezeichnete den „bayerischen Alleingang“ als einen „Weg in die Sackgasse“. Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth (CDU) befürchtet, daß die bayerische Vorgehensweise Angst bei Angehörigen der Risikogruppen schüre,

statt ihre Bereitschaft zu stärken, sich testen und beraten zu lassen. Der Berliner Sozialsenator, Ulf Fink (CDU), sprach von „trügerischer Sicherheit“, die der Katalog bei denen erzeuge, die sich nicht betroffen fühlten.

Die Deutsche Aidshilfe bezeichnete den Maßnahmenkatalog als „gesundheitspolitisches Verbrechen“. Der Arbeitskreis Aids des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte äußerte Bestürzung über die Zwangsmaßnahmen. Er appellierte an alle Ärztinnen und Ärzte, „unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht die betroffenen Patienten nicht im Stich zu lassen“.



Rita Süßmuth:
Bayerische Vorgehensweise schürt Angst in den Risikogruppen



Ulf Fink:
Katalog erzeugt trügerische Sicherheit bei denen, die sich nicht betroffen fühlten

Heilpraktiker überprüfen

Die Fraktion der Grünen hat im Bundestag beantragt, eine Überprüfungsordnung für Heilpraktiker zu erlassen. Damit solle bewirkt werden, daß die Gesund-



Heike Wilms-Kegel:
Seriöse Ausbildung für Heilpraktiker sichern

heitsämter die Zulassungsprüfungen von Heilpraktikern verschärfen. Heilpraktiker sollten nach Auffassung der Grünen

künftig nur noch dann zugelassen werden, wenn sie Grundkenntnisse in Anatomie, Physiologie, allgemeiner Pathologie, Anamneseerhebung, Injektionstechnik und Hygiene nachweisen können. Bislang werden in der Heilpraktikerprüfung nur die rechtlichen Grenzen bei der Ausübung des Heilpraktikerberufs abgefragt.

Mit ihrem Antrag wollen die Grünen erreichen, daß der Berufsstand der Heilpraktiker nicht mehr mit „Quacksalberei“ gleichgesetzt werden könne, sondern daß eine seriöse Ausbildung gesichert sei, erklärte die Bundestagsabgeordnete der Grünen Heike Wilms-Kegel. Die Kooperation Deutscher Heilpraktikerverbände, die an der Ausarbeitung der neuen Prüfungsordnung beteiligt war, begrüßte den Vorstoß der Grünen ausdrücklich. Wilms-Kegel erklärte, auch CDU und CSU hätten Interesse an dem Entwurf signalisiert.

Aids-Test vor Einstellung?

Über einen bundesweiten Zwangstest auf HIV vor der Einstellung in den öffentlichen Dienst berät seit Ende Mai auf Anregung von Bundesinnenminister Friedrich Zimmermann (CSU) eine innerministerielle Arbeitsgruppe. Zimmermann hält nach den bayerischen Aids-Beschlüssen, die den Einstellungstest vorschreiben, eine bundeseinheitliche Regelung für sinnvoll. Im Bundesgesundheitsministerium wollte man sich zu den Vorschlägen noch nicht äußern. Allerdings erklärte Pressesprecher Hartwig Möbes, Gesundheitsministerin Süssmuth habe die Tarifpartner in einem Spitzengespräch dazu bewegt, eine Erklärung abzugeben, daß zur Zeit Aids-Tests vor einer Einstellung nicht notwendig seien. Möbes schloß nicht aus, daß die Entscheidung über einen Zwangstest letztendlich auf „politischer Ebene“, nicht von der Arbeitsgruppe, gefällt werde.

Der Deutsche Beamtenbund sieht keinen Hindernisgrund für eine Anstellung HIV-Infizierter. Es gebe keinen Anlaß, für eine „Vorreiterrolle“ des öffentlichen Dienstes bei der Einführung von Zwangstests auf HIV.

Gesundheits- und Umweltschutz

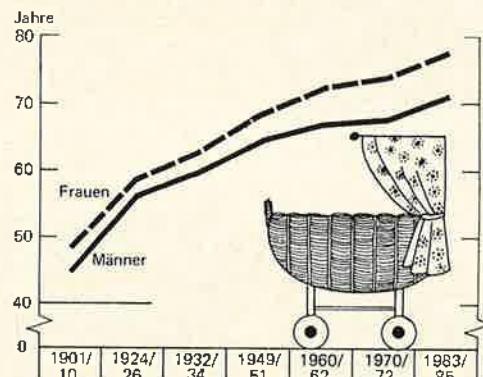
Am 2. Juni ist das neue Schriftenverzeichnis des Bundesgesundheitsamtes (BGA) erschienen. Es enthält eine Aufstellung aller in der BGA-Schriftenreihe erschienenen Bücher und Hefte aus der wissenschaftlichen Tätigkeit des BGA, daneben eine Übersicht über die wissenschaftlichen Empfehlungen, die das Amt laufend zum gesundheitlichen Verbraucherschutz und zur Umweltthygiene herausgibt. Die Broschüre weist außerdem den Weg durch die Institutionen im Gesundheits- und Umweltschutz. Sie ist kostenlos erhältlich beim BGA, Postfach 33 00 13, 1000 Berlin 33.

Lebenserwartung gestiegen

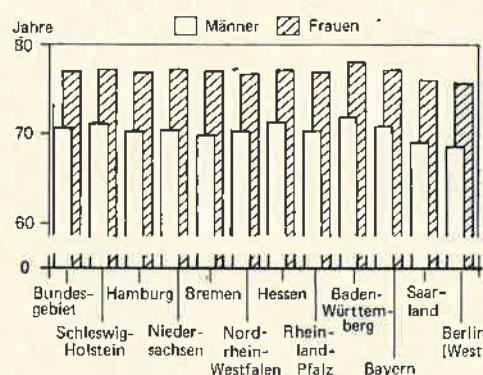
Seit 1971/72 ist die Lebenserwartung der Menschen in der Bundesrepublik um 2,5 bis 3,5 Jahre gestiegen, wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden im Mai mitteilte. Während 1949/51 die Lebenserwartung für Männer 64,6 Jahre und für Frauen 68,5 Jahre betrug, stieg sie für den Zeitraum 1983/85 auf 71,2 Jahre für Männer und 77,8 Jahre für Frauen an. Der „Vorsprung“ des weiblichen Geschlechts vergrößerte sich in diesen Vergleichszeiträumen von 3,9 auf 6,6 Jahre.

Bei der Aufgliederung nach Bundesländern wurden nicht, wie bei den jährlichen für das Bundesgebiet aufgestellten Sterbetafeln drei, sondern sechs Kalenderjahre zugrundegelegt. Nach den Sterbetafeln von 1980 bis 1985 leben die Menschen in Baden-Württemberg am längsten. Die Lebenserwartung für männliche Neugeborene beträgt hier 71,8, für weibliche 78,1 Jahre. An zweiter und dritter Stelle liegen die Bundesländer Hessen und Schleswig-Holstein. Deutlich unter dem Durchschnitt liegen die Werte für Berlin (West) und das Saarland.

Entwicklung der Lebenserwartung der Neugeborenen



Lebenserwartung Neugeborener 1980/85 bei der Geburt nach Ländern



Verzicht auf Fluorkohlenwasserstoffe

Die bundesdeutschen Sprayhersteller wollen ab 1990 auf die für die Ozonschicht gefährlichen Fluorkohlenwasserstoffe (FCKW) als Treibgase in Sprayflaschen verzichten. Dies teilte der Verband der Chemischen Industrie (VCI) mit. Bundesumweltminister Klaus Töpfer (CDU) ist die Produktion von FCKW bereits von 53 000 Tonnen in 1976 auf 26 000 Tonnen in 1986 gesenkt worden, obwohl heute mehr

Spray hergestellt werde. Noch keine Alternativmethoden oder -stoffe gebe es bei der Herstellung von Schaumstoffen, in der Kältetechnik und bei medizinisch-pharmazeutischen Spraypräparaten.

Trotz des Protestes der USA, wo seit längerem die Verwendung von FCKW für Sprayflaschen verboten ist, hatten sich die Staaten der Europäischen Gemeinschaft im Frühjahr dieses Jahres nicht dazu entschließen können, ebenfalls ein Verbot auszusprechen. Dies ging vor allem auf die Weigerung der Bundesrepublik zurück.

Pershing-Depot in Kettenshausen blockieren

Zu einer Blockade des Pershing-II-Standortes Kettenshausen in Bayern am 2. Oktober 1987 haben die Ärzte Volker Rongen und Ernst-Ludwig Iskenius ihre ärztlichen Kolleginnen und Kollegen aufgerufen. Über den Kreis der Friedensbewegung hinaus hätten gerade die Blockade der Senioren und die der Juristen in Mutlangen besonderes Aufsehen erregt und die Diskussion gefördert, erklärten die beiden Ärzte. Die Blockaden hätten vielen Menschen Mut gemacht, ihre Angst vor juristischer Verfolgung gegenüber der Angst vor den Atomwaffen zurückzustellen.

Zur Blockade des Standortes Fort-van-Stauben in Kettenshausen rufen die Ärzte auf, da außer Mutlangen die meisten anderen Standorte fast unbeobachtet geblieben seien. Gerade in Kettenshausen werde der örtliche Widerstand durch Polizei und Justizbehörden behindert. So seien in der Aktionswoche vor Ostern alle Informationsstände und teilweise auch Flugblätter verboten worden.

Wer sich aktiv an der Blockade beteiligen möchte, wird gebeten, den folgenden Coupon auszufüllen und an E. L. Iskenius, Sonnenwinkel 1, 4500 Offenbach, abzuschicken.

Ich bin bereit, den Zufahrtsweg zum Depot am 2. 10. 1987 mit meinem eigenen Körper zu blockieren und eventuell juristische Konsequenzen zu tragen.

Ich bin bereit, als Unterstützer und Beobachter an diesem Tag nach Kettenshausen zu kommen.

Ich bin bereit, diesen Aufruf mit meinem Namen öffentlich zu unterstützen und ihn bei Freunden und Bekannten weiter zu verbreiten.

Ich bin bereit, die Unkosten, die bei der Organisation der Blockade entstehen, durch eine Spende mitzutragen. (Konto: Thomas Berger, Postgirokonto Stuttgart 280319-709, Bankleitzahl 600 100 70, Stichwort: Herbstblockade)

termine

Reproduktionstechnologie: Fremdbestimmt



Experten der Reproduktionstechniken führen gerne den Kinderwunsch unfruchtbbarer Frauen als Argument für ihre Tätigkeit ins Feld. Die Initiatorinnen einer Resolution gegen „Leihmütterschaft“ glauben den Experten nicht.

In einer gemeinsamen Stellungnahme haben der Verein zur Erforschung der nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik, das Frauenbildungszentrum „Denkträume“ und die Frauengruppen gegen Gen- und Reproduktionstechnologie, alle Hamburg, gegen die Entscheidung des Gerichts in Hackensack, New Jersey (USA), protestiert, der Mutter von „Baby M.“ nicht das Sorgerecht zuzusprechen.

Den Verfasserinnen, die mit ihrem Protest eine öffentliche politische Diskussion über Reproduktionstechnologien herbeiführen wollen, geht es nicht allein um den Einzelfall. Sie wenden sich generell gegen „derartige sittenwidrige Verträge, die eine extreme Fremdbestimmung der Frau über Schwangerschaft, Geburt und Muttersein und die Behandlung von Kindern als Ware“ zuließen. Hinter dem Begriff

„Wir sind gegen die Kontinuität dieser Politik der Auslese und Ausmerze und die damit verbundene Spaltung von Frauen in privilegierte und nichtprivilegierte, gebärende und unfruchtbare Frauen und in genetische und soziale Mütter“, heißt es abschließend in der Stellungnahme. „Wir wollen weder Opfer noch Mit-Täterinnen in der nach marktwirtschaftlichen Kriterien gesteuerten Allianz von Ehemännern, Ärzten, Richtern und Reproduktionszentren sein. Wir lehnen das Programm der Reproduktionstechniken ab.“

Der Text der Resolution kann angefordert werden beim Verein zur Erforschung der nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik e. V., c/o Institut für Medizin-Soziologie, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Martinistraße 52, 2000 Hamburg 20.

3. – 4. 7.

Haltern

Fachtagung: Erfahrungsaustausch „Neue Sünden“
Kontakt: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, Warendorfer Straße 24, 4400 Münster, Tel.: (0251) 591 36 79.

10. – 12. 7.

Osnabrück

Seminar: Arbeitsrecht im Krankenhaus
Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8 b, 4500 Osnabrück, Tel.: (0541) 60834, 38, 43-45.

16. – 18. 7.

Osnabrück

Seminar: Gesellschaftliche Ursachen von Krankheit und Gesundheit I: Arbeit und Beruf
Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8 b, 4500 Osnabrück, Tel.: (0541) 60834, 38, 43-45

7. – 9. 9.

Loccum

Tagung: Zivildienst im Umbruch. Zur gesellschafts- und arbeitsmarktpolitischen Funktion des Zivildienstes in den 90er Jahren
Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel.: (05766) 81-0.



26. – 27. 9.

Schaaffhausen

dg-Herausgeberkressitzung und Redaktionsseminar
Kontakt: dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1, Tel.: (0228) 69 33 89.

25. – 27. 9.

Wuppertal

Psychodrama Herbst-Seminar
Kontakt: Psychodrama-Institut Rheinland, c/o Johanniter Tagesklinik, Neumarktstraße 36, 5600 Wuppertal 1.

28. – 29. 9.

Attendorn

Tagung: Sexualität, Prostitution, Frauen in der Therapie
Kontakt: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, Warendorfer Straße 24, 4400 Münster, Tel.: (0251) 591 36 79.

6. – 9. 10.

Gütersloh

39. Gütersloher Fortbildungswocche: „Die unwürdigen Alten“ – Zwischen Familienidyll und geschlossener Gesellschaft
Kontakt: Prof. Dr. Dr. K. Dörner, Westfälisches Landeskrankenhaus, Hermann-Simon-Straße 7, 4830 Gütersloh 1, Tel.: (05241) 50201, 210, 211.

12. – 16. 10.

Frankfurt

Fortbildung für Pflegepersonal: Pflege und Begleitung Aids-Kranker
Kontakt: Berufsförderungswerk des DGB (bfw), Bezirksgeschäftsstelle Südhesse, Fortbildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen, Gutleutstraße 169-171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel.: (069) 23 50 91.

6. – 8. 11.

Essen

„Aus der Bedrohung zum Handeln“. 7. Medizinischer Kongress zur Verhinderung eines Atomkrieges
Kontakt: Walter Popp, Sundemholz 32, 4300 Essen 1, Tel.: (0201) 44 16 30.

kleinanzeigen

Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V., ein psychosozialer/psychotherapeutischer Fachverband mit ca. 7000 Mitgliedern, sucht (möglichst) zum 1. 9. 87 eine/n

LEITER / -IN

für Ihre Geschäftsstelle in Tübingen.

Das Aufgabengebiet umfaßt die Leitung der Verwaltung, d. h. Personal- und Finanzwesen sowie Mitgliederverwaltung und Organisation bzw. Koordination aller damit zusammenhängenden Tätigkeiten. Das Team der Geschäftsstelle besteht aus sieben Mitarbeitern/-innen.

Wir erwarten

- eine kaufmännische u./o. Verwaltungsausbildung sowie Berufserfahrung
- EDV-Kenntnisse
- die Fähigkeit zu verantwortlicher Tätigkeit und zur Vertretung des Verbandes in Verhandlungen.

Bevorzugt werden Bewerber/-innen mit Berufserfahrung im (Wohlfahrts-)Verbandsbereich. Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an den BAT (IVb/IVa, Bund/Länder).

Ihre Bewerbung senden Sie bitte an:

Dr. Manfred Beck

Ehentruper Weg 4 · 4800 Bielefeld 1.

Spendenkonto »Nicaragua«

Ktnr.: 38513-105 · PschA. Bln. W.
BLZ 100100 00

Gesundheitsladen Berlin e. V.
Gneisenaustraße 2 · 1000 Berlin 61
Tel. 030 / 693 20 90

Wir suchen für unsere Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle eine **Ärztin** als **Honorarkraft** für Diaphragmaberatung/-anpassung und als Urlaubsvertretung zur Indikationsstellung gem. § 218 StGB.

Beratungsstelle der Arbeiterwohlfahrt für Schwangerschaftskonflikte, Lebens-, Partner- und Sexualfragen, Bagelstr. 113, 4000 Düsseldorf 30, Tel.: (02 21) 44 53 97.

Preis pro Zeile
(25 Anschläge) 2,50 Mark.
Einsenden an:
dg, Siegburger Straße 26,
5300 Bonn 3.

ZD-ler (Arzt) für psychiatrisches Landeskrankenhaus bei Darmstadt gesucht (sozialpsychiatrischer Ansatz, mit allen Vor- und Nachteilen). Anfragen an: Ärztliche Direktion, Philippshospital (PHK), 6086 Riedstadt.

UNSERE BÜCHER SIND LEBENS-MITTEL



Interviews, Fakten und Materialien über Südafrika, El Salvador, Afghanistan, Nicaragua, Angola, Vietnam, Kuba, China, Iran und Algerien sowie über die PalästinenserInnen.
Kleine Bibliothek 439
304 Seiten, DM 16,80

Mogdo Taraci DIE FRAUEN VON ISABEY



Ein Fotoband –
Bilder aus Anatolien
108 S., 81 Fotos,
DM 29,80

Pahl-Rugenstein



Kleine Bibliothek 420
286 Seiten mit 71 meist
ganzeitigen Fotos,
DM 16,80

Susanne Petersen MARKTWEIBER UND AMAZONEN

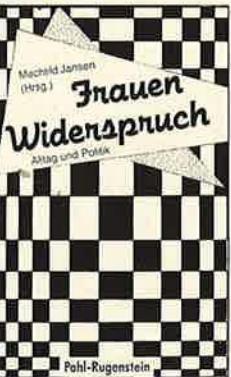
Frauen in der Französischen Revolution



Kleine Bibliothek 411
252 Seiten mit zahlreichen
Abbildungen,
DM 16,80



Kleine Bibliothek 264
301 Seiten mit zahlreichen
Abbildungen,
DM 14,80



Altag und Politik in der
Bundesrepublik
Kleine Bibliothek 400
320 Seiten, DM 14,80

Pahl-Rugenstein



Amerikanisierung im Gesundheitswesen

Mickey-Mouse-

Krankenhouse



Das bundesdeutsche Gesundheitswesen wird reformiert, aber anders, als es sich Gewerkschafter und Linke haben träumen lassen. Patienten und Krankenhauspersonal werden zu hilflosen Ausbeutungsjekten, die Kliniken zum Markt der unbegrenzten Möglichkeiten umfunktioniert. Grund genug für die Gewerkschaften, ihre Funkstille aufzugeben, meint dg-Redakteur Norbert Andersch.

Doktor Wagner zum Kontrolling-Terminal: Das ist schon das vierte Mal in diesem Monat. Ich habe immer ein ungutes Gefühl bei diesen Gängen. Es ist auch nicht mehr wie früher. Da hatte ich den Wagen auf dem Parkplatz des Drive-In-Ambulatoriums stehen lassen, oder die Codekarte der Parkgarage stimmte nicht. Zweimal bin ich auch in der Ladenpassage der Klinik ausgerufen worden. Seit ich im Humanitas-Center meine Patienten selber abrechnen, denke ich manchmal etwas wehmütig an die alten Zeiten zurück, als ich festangestellter Arzt an derselben Klinik war. Nicht der Einkünfte wegen...

Werner Müller lacht durch die Scheiben des Kontrolling-Terminals. Er ist der Department-Manager. Früher waren wir gut befreundet. Jetzt sitzt er nur noch hinter seinen Knöpfen. Er ist aber wie immer freundlich. Er läßt nur seine Apparate reden. „Günter“, sagt er zu mir, „wenn es so weitergeht, kriegst du Probleme.“ Er drückt auf ein paar Knöpfe. Die Papierschlangen mit den schlecht lesbaren Aufdrucken laufen in langen Streifen aus der Maschine. „Wenn es nach mir ginge, Günter“, sagt er, „aber die Computer lassen sich nicht übers Ohr hauen. Du brauchst gar nicht so auf die diagnoseabhängigen Fallpauschalen zu schimpfen. Wir haben gut verdient, und auch du hast gut verdient.“ Auf den langen Streifen sche ich die Ausdrucke: Diagnosegruppe 098 – Bronchitis/ Asthma (Alter 50 bis 70 Jahre), Gewichtungsfaktor 0,42, Standardtarif DM 12.300,–, Pflegesatzdiagnosegruppe DM 8.400,–; Diagnosegruppe 140 – Angina pectoris; Diagnosegruppe 147 – Rektalentfernung (Alter bis 70 Jahre ohne Komplikationen); 148 – Rektalentfernung (Alter bis 70 Jahre mit verlängerter Liegedauer). Diese Dinge sind mir geläufig. Alles mit Gewichtungsfaktor, Standardtarif und Pflegesatz je Diagnose. Früher war das mal der ICD-Schlüssel, nach dem Krankheiten differenziert wurden. Heute ist es die „Diagnoseabhängige Fallpauschale“.

„Wir können gleich vorne anfangen“, sagt der Department-Manager, „mit einem Bronchitis-Patienten.“ Er

gibt die 098 ein, es werden zehn Namen ausgedruckt, zwei sind rot unterstrichen. „Hier“, sagt Werner Müller, „der ist zum fünften Mal hier. Du kennst seine schlechte familiäre Situation. Jedesmal hat er zu lange gelegen. Du weißt, wir kriegen das Geld pro Diagnose und nicht pro Liegezeit. Jeder Tag kostet uns viel Geld.“ „Mensch Werner, den alten Müller kenn ich. Der wohnt nebenan. Seine Frau kann ihn täglich besuchen kommen. Als das hier früher noch ein katholisches Krankenhaus war, lag er auch immer in unserer Klinik.“ „Mein Gott, nun werden nicht sentimental“, sagt Müller, „wir sind ja schließlich nicht die Heilsarmee. Uns schenkt ja auch keiner das Geld. Dieses Mal lasse ich das noch durchgehen, das nächste Mal geht er an die Städtischen Kliniken, die müssen die Leute nehmen. Wir können uns nicht ständig die teuren Risiken einkaufen. Aber das war noch nicht alles für heute.“ Er drückt auf die 235 – Oberschenkelfraktur – vier Namen erscheinen auf der Liste. Einen davon gibt er mit Codenummer wieder ein. Sämtliche Diagnoseleistungen, die ich bei Herrn Obermeier angeordnet habe, tauchen auf. In einer zweiten Spalte drückt der Rechner aus, welche Durchschnittsuntersuchungen bei einem Patienten der gleichen Diagnosegruppe in den übrigen Humanitas-Krankenhäusern ausgefertigt werden.

Schon wieder drei EKGs zuviel“, sagt der Department-Manager. Er hätte es eigentlich nicht zu sagen brauchen. Mein Überhang an angeordneter Diagnostik erscheint in Rot in der dritten Spalte. Ich kann diese roten Zahlenreihen bald kaum noch sehen. „Werner“, sage ich, „der Mann ist 55, der hat eine Arhythmie, da muß man schließlich nachsehen.“ „Arhythmie hin oder her“, entgegnet er, „bei uns zählt die Hauptdiagnosegruppe. Da kannst Du nicht 15 Diagnosen durchuntersuchen. Es scheint dir nicht in den Kopf zu wollen. Wir kriegen dasselbe Geld für dieselbe Diagnosennummer, egal was wir machen, und Du siehst, daß in den anderen Kliniken weniger getan wird als bei dir. Langsam meine ich, daß es an deiner verbohrten Stirn liegt.“

„Ich wußte, daß ich mich auf dich verlassen kann“, sagt der Department-Manager. Ich gehe aus dem Kontrolling-Terminal zurück zu meiner Station. Irgendwie habe ich ein ungutes Gefühl . . .

In den USA weitgehend Realität, nimmt sich der Arbeitsalltag Dr. Wagners für bundesrepublikanische Verhältnisse noch wie ein Horrorszenario aus. Reine Hirngespinste also? Mithören.

Diagnoseabhängige Fallpauschalen werden von einem aus Mitteln des Arbeitsministeriums finanzierten Forschungsprojekt „Alternative Pflegesatzmodelle“ gefördert, das vom Deutschen Krankenhausinstitut und der Gesellschaft für Betriebswirtschaftliche Beratung mbH 1984 durchgeführt wurde. Ein vom Bundesarbeitsministerium im Herbst 1985 vergebenes Gutachten mit dem Titel „Vorstudie zur diagnostisch-abhängigen Fallpauschale“ sollte vor allem die US-amerikanischen Erfahrungen auswerten und ihre Übertragbarkeit auf die Bundesrepublik prüfen. Die im gemeinnützigen Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke zusammen mit der Abteilung Wirtschaftswissenschaften der Privatuniversität Witten/Herdecke und der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst und Whinney GmbH durchgeführte Untersuchung wird vorerst unter Verschluß gehalten. Sie soll, so das „Deutsche Ärzteblatt“, angeblich zu „katastrophalen Ergebnissen gekommen sein“. In einem auf drei Jahre befristeten Längsschnittversuch am Bonner St.-Marien-Hospital wurden abteilungsbezogene Fallpauschalen der Abrechnung zugrunde gelegt. Das aus Landesmitteln geförderte Modellprogramm wurde wegen Mindereinnahmen nach drei Monaten im Juli 1984 abgebrochen.

Der Förderung solcher Vergütungsmodelle haben diese Ergebnisse allerdings keinen Abbruch getan. Eine von der Bertelsmann-Stiftung Gütersloh unterstützte Pilotstudie des Deutschen Krankenhausinstituts Düsseldorf empfiehlt abteilungsfallbezogene Entgelte und verweist als Legitimation auf die entsprechende Öffnung sowie die Experimentierklauseln der neuen Bundespflegesatzverordnung.

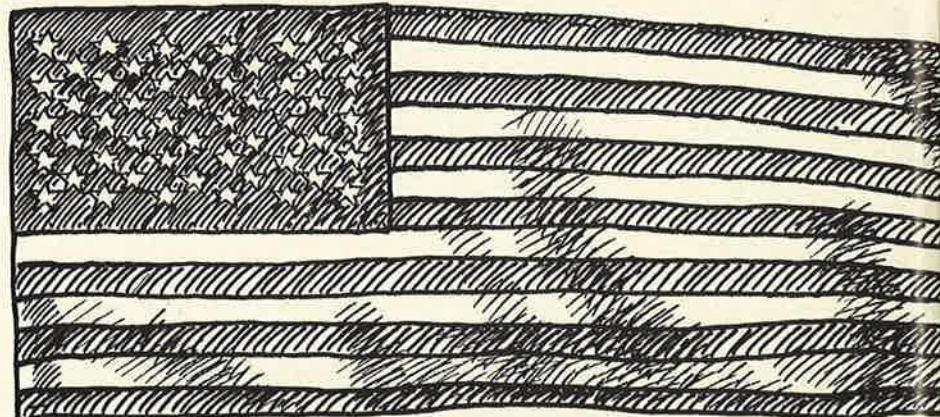
Anfang 1983 forderte die Arbeitsgemeinschaft Selbständiger Unternehmer, daß die Ärzte ihre Honorare und die Krankenhäuser ihre Preise frei nach wettbewerblichen Regeln einfordern müßten. Nur noch Bedürftige bis zu einem nicht näher festgelegten Mindesteinkommen sollten eine direkte Hilfe erhalten. Die weitere medizinische Versorgung sollte je nach Größe des Portemonnaies geregelt werden. Der Bundesfachausschuß für Gesundheitspolitik der CDU sprach sich bereits Anfang 1984 dafür aus, daß die Krankenhausmischfinanzierung von Bund und Ländern beseitigt werde. Nach den Vorstellungen des Fachausschusses müsse der Wettbewerb zwis-

schen den Häusern verschärft, die Gewinnzielung erlichtet und die Verweildauer durch ein Bonus-Malus-System verkürzt werden. Die Pflegesätze könnten frei ausgetauscht werden. Langfristige Investitionen würden die Krankenhäuser über den Kapitalmarkt finanzieren können.

Interessenten gibt es genug, wie die „Neue Ärztezeitung“ (NA) regelmäßig zu berichten weiß. Die Compagnie Internationale des Wagons-Lits et du Tourisme, ein Unternehmen, das heute Hotels, Restaurants und Schlafwagen betreibt, will in Zukunft auch Krankenhäuser managen. Ihr Deutschland-Direktor, Klaus J. Meier, gegenüber der NA: „Wir mieten dann Krankenhäuser wie Hotels.“ Die Tochterfirma Eurest-Deutschland hat mit der Übernahme der Verpflegung in Krankenhäusern schon Erfahrungen sammeln können, zum Beispiel im Frankfurter Bctha-

nien-Krankenhaus. Wagons-Lits will allerdings die gesamte Verwaltung von Krankenhäusern übernehmen. Es werde darum gehen, so Meier, Leistungen billiger anzubieten als die benachbarte Konkurrenz.

Die Schwedische Förbands-Material A. B. Göteborg, bislang mit Fertigbetonprodukten und Sportwaren auf dem Markt, will in der Bundesrepublik jetzt auch Medizinbedarf anbieten. Über die Motive der Firma läßt die NA vom 11. Mai 1987 keine Zweifel aufkommen: „Augenzwinkernd bezeichnet der offenbar nimmermüde Unternehmer, der sich dadurch auszeichnete, daß er in finanzielle Schwierigkeiten geratene Unternehmen im letzten Moment aufkauft, den Freizeit- und den Gesundheitsmarkt als jene beiden Sparten, in denen man fest mit einem weiteren nennenswerten Wachstum rechnen könne.“



Selbst Verantwortlich **Gesundheitssystem in den USA**

Eine Krankenversicherung, wie sie seit Ende des 19. Jahrhunderts in Deutschland oder in abgewandelter Form in allen europäischen Ländern besteht, gibt es in den USA nicht. Das aus der amerikanischen Pionierzeit herrührende Vertrauen auf die eigene Kraft sowie teilweise religiös eingefärbte Formen von Familien- und Nachbarschaftshilfe ließen größere solidarische Organisationsformen anfangs unmöglich erscheinen. Trotz veränderter Bedingungen nach der Massenindustrialisierung blieb dieses Selbstbild des selbstverantwortlichen Amerikaners als Ideologie erhalten. Versuche staatlicher Absicherung der Krankenfürsorge wurden als unamerikanisch oder gar kommunistisch diffamiert.

Nur mit Mühe konnten 1935 ein minimales staatliches Hilfsprogramm für Schwangere und Kinder verabschiedet werden. Die trostlose medizinische Unterversorgung von Millionen Amerikanern erzwang Mitte der sechziger Jahre unter den Präsidenten Kennedy und Johnson eine als „Krieg gegen die Ar-

mut“ ausgerufene Regierungsinitiative. „Medicare“ als Gesundheitshilfe für alte Menschen und „Medicaid“ als Hilfsprogramm für Arme und Sozialhilfeempfänger wurden als Meilensteine sozialen Fortschritts verkauft. Doch selbst in ihren besten Zeiten erreichten diese Hilfsprogramme nicht einmal ansatzweise das Leistungsniveau europäischer Krankenversicherungen.

Für benötigte Gesundheitsleistungen muß jeder selbst aufkommen. Dieses vorherrschende Prinzip des amerikanischen Gesundheitssystems wird durch die vorhandenen Versicherungsmöglichkeiten – private und betriebliche Krankenversicherungen, staatliche Hilfsprogramme – allenfalls geringfügig eingeschränkt.

40 Millionen US-Bürger, vornehmlich Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger und ihre Familien, vor allem aber auch alte Menschen sind weitgehend von jeder Form solidarischer oder staatlicher Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. Trotz immenser Kosten hat das



Ran an die Fleischköpfe, heißt es auch für branchenfremde Unternehmen. Das prognostizierte Wachstum macht ihn schmackhaft, den Gesundheitsmarkt

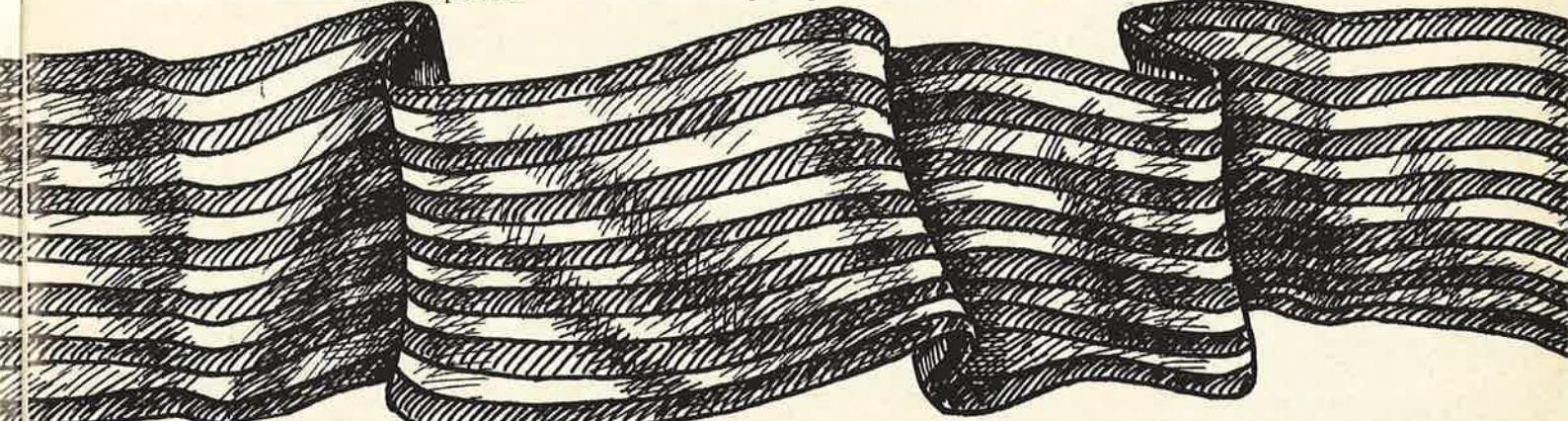
Den konservativen Partei- und Wirtschaftskreisen ist es allerdings mit Forderungen alleine nicht getan. „Wissenschaftliche“ Begründungen sind gefragt. Und so kommen mit zwei- bis dreijähriger Verzögerung sogenannte unabhängige Gesundheitsökonomien und Wirtschaftswissenschaftler im Rahmen ihrer Expertisen

zu genau den Ergebnissen, die ihre politischen Busenfreunde eingefordert haben.

Ignoriert werden durchaus vorhandene kritische Stimmen im Ökonomiekonzert, wie die von Professor Pfaff aus Augsburg, der die These widerlegte, daß das Solidarprinzip der Kranken-

versicherung die Versicherten zu einer maximalen Ausnutzung der Versicherungsleistung treibe. Ignoriert werden Stimmen wie die von Professor Thiemeyer aus Bochum, der auch mit Blick auf die USA sich kritisch gegenüber einer reinen Marktsteuerung des Gesundheitswesens äußert.

Unberücksichtigt bleiben die Vorschläge der Wirtschaftswissenschaftler der Memorandum-Gruppe, die eine Weiterbeteiligung des Bundes an der Krankenhausfinanzierung als öffentliche Aufgabe für dringend notwendig erachten; die eine Entlastung der durch die Krankenkassen zu erbringenden Pflegesätze von Personalvorhaltekosten, insbesondere personalintensiver Krankenhauseinrichtungen wie Notaufnahmen, Intensivstationen, Verbrennungszentren, Dialyseeinrichtungen fordern; die den Gewinn- und Verlustausgleich ebenso ablehnen wie dia-



amerikanische Gesundheitswesen nicht zu einer Verbesserung der Volksgesundheit geführt. Es produziert ein Nebeneinander von absoluter Spitzen-technik und medizinischer Massenverelendung, die für bundesrepublikanische Verhältnisse kaum denkbar ist.

Mittlerweile belastet das medizinische Profitsystem in den USA aber nicht nur sozial benachteiligte Bürger. Auch Kurzzeitarbeitslose und die amerikanische Mittelklasse sind kaum noch in der Lage, sich Gesundheit leisten zu können. Wer eine private Krankenversicherung bei den Organisationen „Blue Shield“ für ambulante oder „Blue Cross“ für stationäre Behandlung abschließt, muß bei einem Monatsbeitrag von 200 bis 300 Dollar für eine dreiköpfige Familie schon über einen sicheren Arbeitsplatz verfügen. Trotz des hohen Beitrags wird bei jeder Inanspruchnahme der Versicherung eine Selbstbeteiligung von mehreren hundert Dollar vorausgesetzt. Von den Krankenkosten werden beispielsweise nur 80 Prozent übernommen. Die restlichen 20 Prozent Selbstbeteiligung bedeuten bei ernsthaften Erkrankungen auch für einen Angehörigen der Mittelklasse häufig den finanziellen Ruin. 30 000 Dollar betrug bereits vor vier Jahren der Anteil, den ein Patient bei einer normalen Herzoperation selbst zahlen mußte.

Eine gewisse Absicherung bietet auch das eigentümliche System amerikanischer „Betriebskrankenkassen“. 90 Prozent der Beschäftigten und ihrer Familien sind dabei Mitglied derartiger Gruppenversicherungen. Die Beiträge sind niedrig und werden bei großen Betrieben – mit dem Vorteil hoher Steuerentlastungen – häufig ganz von Unternehmersseite übernommen.

Die Leistungen sind dabei von Betrieb zu Betrieb verschieden. Wer einen neuen Arbeitsplatz antritt, kommt jedoch erst nach etlichen Monaten in den Genuss des Versicherungsschutzes. Wer seinen Arbeitsplatz verliert, steht sofort ohne jede Form der Krankenversicherung da, zumal Arbeitsfähige zwischen 18 und 64 Jahren auch von den staatlichen Hilfsprogrammen völlig ausgeschlossen sind.

Die über die Betriebe Versicherten haben, anders als bei uns, keine freie Arztwahl. Sie dürfen nur spezielle Vertragsärzte, Diagnoseeinrichtungen oder Krankenhäuser aufsuchen. Hier haben sich in den letzten Jahren sogenannte HMO's (Health Maintenance-Organisations) gebildet, die den Arbeitgebern und ihren Beschäftigten bestimmte medizinische Dienste anbieten. Diese medizinischen Reparaturbetriebe erhalten dabei eine Pro-Kopf-Pauschale für jeden Arbeitnehmer, un-

abhängig davon, welche Gesundheitsleistungen er beansprucht. Dies führt bei den Behandlungszentren dazu, die medizinischen Kosten in jedem Einzelfall nach unten zu drücken. Darüber hinaus kommt es zu der grotesken Situation, daß in Notfällen Betriebsangehörige weite Wege in Kauf nehmen müssen, um zu ihrem Vertragsarzt oder Vertragskrankenhaus zu gelangen – auch wenn am Ort medizinische Einrichtungen vorhanden sind.

US-Bürger ohne private oder betriebliche Krankenversicherung sind auf staatliche Hilfsprogramme angewiesen. 40 Prozent der dafür benötigten Ausgaben werden von der Bundesregierung, 60 Prozent von einzelnen Staaten und Kommunen aufgebracht. Trotz eines Finanzvolumens von 130 Milliarden Dollar im Jahr 1984 – gegenüber 70 Milliarden Dollar 1981 – sind die Risiken einer Erkrankung bei Alten und Armen vollkommen unzureichend abgedeckt. „Der Krankheit folgt der Ruin“ schrieb die „Neue Ärzte“ am 25. Mai 1987. Denn nach geltendem Recht muß zur Zeit ein Medicare-Patient vom 61. bis zum 90. Tag eines Krankenhausaufenthaltes täglich 123 Dollar selbst aufbringen. Vom 90. bis zum 150. Tag beträgt der Eigenanteil 246 Dollar pro Tag, danach zahlt Medicare überhaupt nichts mehr. Wie gering die Leistungen dieses staatlichen Hilfs-

gnoseabhängige Fallgruppen und die einen länderübergreifenden Finanzausgleich zwischen allen Kassen zur Finanzierung der unterschiedlichen Pflegesätze fordern.

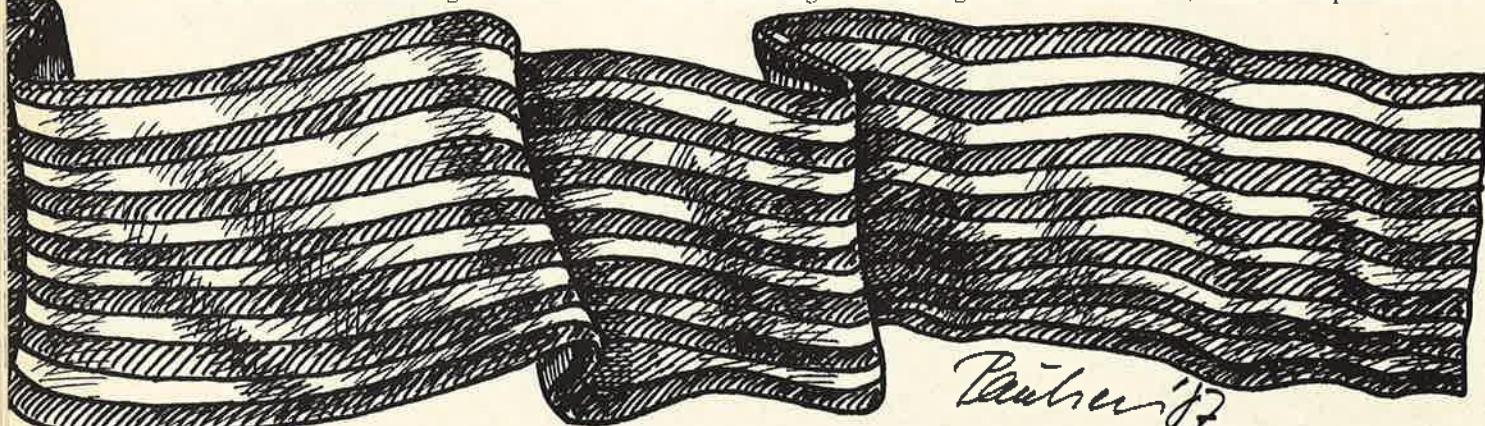
In allen wesentlichen Punkten des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung ist die Bundesregierung (wenn auch noch nicht in vollem Umfang) den Vorschlägen ihrer eigenen wirtschafts- und partizipativen Sprechergruppen gefolgt. Mit dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz zieht sich der Bund vollständig aus der Krankenhausfinanzierung zurück. Es entsteht ein Qualitätsgefälle zwischen armen und reichen Ländern mit einer dadurch verursachten Auseinanderentwicklung der Pflegesätze und zusätzlichen Gefahren für eine einheitliche Krankenversicherung. Die Forderung nach Einführung der Gewinn-Verlust-Rechnung ist zumin-

dest ansatzweise mit der jetzt gesetzlich geregelten sogenannten „prospektiven Budgetierung“ erfüllt. Statt bedarfsberezogener Krankenhausplanung besteht jetzt ein Verhältnis der Krankenhäuser gegeneinander, welches dem sich kaputtkonkurrenzenden Industriebetriebe entspricht. Die Möglichkeit einer diagnostisch-abrechnung sind im Krankenhausgesetz und der Bundespflegesatzverordnung bereits enthalten und werden in Modellversuchen intensiv genutzt.

Änderungen der gesetzlichen Krankenversicherungen hat es wegen der großen Widerstände auch der niedergelassenen Ärzte, die um ihre Einkommensquellen fürchten, noch nicht gegeben. Bundesarbeitsminister Blüm hat hier jedoch bereits eine Verstärkung der Konkurrenzsituation zwischen den einzelnen Kassen angekündigt, womit eine Entwicklung in Richtung einer

Grund- und Luxusversorgung gefördert werden soll.

Private Leistungen liegen ohnehin schon voll im Trend. 17,5 Milliarden Mark, 7,8 Prozent der gesamten Ausgaben im Gesundheitswesen der Bundesrepublik, wurden 1984 von privaten Haushalten ausgebracht. Bescheiden im Vergleich zu den USA, wo der Anteil bei 30 Prozent liegt. Für hiesige Verhältnisse dennoch ein ordentlicher Batzen, vor allem, wenn man die Steigerungsrate von 32,5 Prozent gegenüber 1970 berücksichtigt. Übertragen wird sie noch durch die Ausgabenzunahme der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). Die sogenannte Selbstbeteiligung hat sich von 1977 bis 1984 verdoppelt und erreichte zuletzt 3,8 Prozent der GKV-Ausgaben; dies waren etwas mehr als vier Milliarden Mark. Darunter fielen insbesondere Zahnersatz, kieferorthopädische Be-



programms sind, wird deutlich, wenn man ihren Anteil an den Pflegekosten betrachtet. Weniger als zwei Prozent davon wurden 1985 laut der amerikanischen Tageszeitung „US News and World Report“ von Medicare übernommen.

Das Medicaid-System springt erst dann ein, wenn die Angehörigen bis zur zweiten Generation pleite sind, Ersparnisse aufgebraucht und das Haus verkauft ist. Dabei handelt es sich bei Medicaid um eine ausgesprochen dürftige Krankheitskostenhilfe. Schwangerschaftsabbrüche, Zahnbehandlung und Brillen werden grundsätzlich nicht bezahlt. Für einen Arztbesuch erstattet Medicaid ganz sieben Dollar – die eigentlichen Kosten einer solchen medizinischen Leistung betragen das Zwanzig- bis Vierzigfache davon. Die Folge ist, daß private Krankenhäuser zunehmend die Aufnahme armer Patienten verweigern. Bei der ambulanten Behandlung weigern sich beispielsweise 75 Prozent der niedergelassenen Ärzte New Yorks, Medicaid-Empfänger überhaupt zu behandeln.

Der banale Effekt einer solchen Regelung ist, daß die stark geschrumpfte Zahl der Anspruchsberüchtigten nicht in der Lage ist, selbst bei schweren Erkrankungen einen Arzt aufzusuchen. Die amerikanischen Krankenhausge-

ellschaften – durchaus am Erhalt des derzeitigen Systems interessiert und gleichzeitig die größten Profiteure von Medicare und Medicaid – haben mittlerweile eine bedenkliche Zunahme von Fehlgeburten und Kindersterblichkeit festgestellt. Gerade die Probleme finanziell schlecht abgesicherter Familien – erhöhte Sucht-, Ehescheidungs- und Selbstmordraten, aber auch die erhöhte Krankheitsanfälligkeit von Arbeitslosen – führten für viele betroffene Amerikaner zu einem Sichttum ohne Hoffnung auf Behandlungsmöglichkeit, sagen die Krankenhausgesellschaften.

Was für mittlerweile 20 Prozent der US-Bürger schlicht und einfach gesundheitliche Verclendung bedeutet, hat den amerikanischen Krankenhauskonzernen immense Profite beschert. Selbst die konservative bundesdeutsche Fachzeitschrift „Das Krankenhaus“ kommt nicht umhin, den amerikanischen Krankenhausketten zu unterstellen, daß sie nicht Therapie und Pflege der Kranken, sondern Marktanteile, Marketingstrategien und Profit als einzige Zielsetzung gelten lassen. An den amerikanischen Börsen zählen Krankenhausaktien zu den sogenannten blue chips, zu den Aktien mit den höchsten Dividenden.

Während staatliche und öffentliche

Krankenhäuser 1983 Verluste von rund 240 Millionen Dollar ausgleichen mußten, konnten die profitorientierten Krankenhausketten im selben Jahr Gewinne von 730 Millionen Dollar ausweisen. Die gewinnorientierten Krankenhausunternehmen stellen derzeit ungefähr 20 Prozent der Akutbetten in Allgemeinkrankenhäusern und mehr als 50 Prozent der Psychiatriebetten. Schätzungen des Bettenanteils der Privatgesellschaften für 1990 bewegen sich laut „Das Krankenhaus“ bei 30 Prozent und darüber. Eine Studie des Arbeitskreises amerikanischer Krankenhausarchitekten prognostizierte für das Ende der neunziger Jahre, daß es nur noch Privaträger geben werde.

Der neueste Trend der Klinikkonzerne ist das Geschäft mit der ambulanten Versorgung. In sogenannten Mini- oder Drive-in-Kliniken wird schon heute ein Großteil der gängigen chirurgischen Eingriffe ausgeführt, bei denen der Patient morgens operiert und abends wieder entlassen wird – angenehm für den Patienten, der keine hohen Krankenhauskosten bezahlen kann, und angenehm für die Konzerne, die so eine neue Marktlücke füllen können. Die Zeitschrift „Wirtschaftswoche“ zitiert dazu den Börsenspezialisten Larry Feinberg: „Man müßte schon ein Blödel sein, um im Geschäft mit der Gesundheit kein Geld zu verdienen.“ □

handlungen, Bagatellarzncmittel sowie die Tageszusatzbeiträge zum Krankenhausaufenthalt, die Selbstanteile an Kuren und Fahrtkosten.

Unbestritten ist, daß diese Form der Selbstbeteiligung, sollte sie ausgeweitet werden, die frühzeitige Inanspruchnahme notwendiger Gesundheitsleistungen behindert, da sie insbesondere für die Risikogruppen der Chronisch- und Langzeitkranken sowie der älteren Menschen eine finanzielle Bestrafung bei Inanspruchnahme des Gesundheitssystems bedeutet.

Ich fahre auf die „Interhospital 1987“, die größte Krankenhausfachmesse der Welt. 100000 Besucher, über 1100 Aussteller. Ich kaufe das Programm. Ich lese das Vorwort des Vorsitzenden der „Gesellschaft Deutscher Krankenhaustag“. Das Wort „Patient“ kommt nicht darin vor. Ich lese das Vorwort des Ausstellungsvorsitzenden. Patienten oder Beschäftigte des Krankenhauses spielen in seinen Ausführungen keine Rolle. Ich sehe mir das Diskussionsprogramm an, lese die Veranstaltungstitel: Planung, Budgetierung, Steuerung, hochqualifizierte Leistung, gesundheitliche Versorgung, ärztliche Leistungsverantwortung, Gesundheitspolitik, kaufmännische Betriebsführung, Budgetrecht... Von den Menschen im Krankenhaus war bislang nicht die Rede.

Ich gehe in die Hallen. Der erste Eindruck: Ich bin auf der HiFi-Messe oder in einer Elektrotechnikausstellung. Massenweise engbeschleipste, Nadelstreifenanzug-tragende Klappkofferträger, staunende Schwestern und Pfleger, die sich einen freien Tag gemacht haben, etwas erschrockene Nonnen. Ich finde Datenverarbeitungsgeräte, Kommunikationsgeräte und Anlagenorganisationsmittel, Bürobedarf, Post-, Text- und Zahlenverarbeitung. Ich frage, ob die Kommunikationsgeräte etwas mit der Patientenversorgung zu tun hätten. Der Standsprecher schaut mich an, als käme ich von einem anderen Stern. Ich gehe weiter zu Desinfektionsanlagen, Wäschereimaschinen, Wäschekennzeichnung, Wäsche-reparatur, Wäschessammel- und Transportgeräte, zu Groß- und Stationsküchen, Cafeteria-Geräten, Gefriegeräten, Geschirrspülmaschinen, Kühlgeräten, Speiseverteilanlagen, Apotheken-einrichtungen, Reinigungs- und Instandhaltungsmaschinen, Verpackungsmaschinen, Abfallsammel- und Transportgeräten, Abfallverbrennungsanlagen, Klär- und Abwasserdesinfektionsanlagen, Getränke. Ich setze mich hin und werde bedient. Ich frage erneut: „Ob denn auch die Patienten vielleicht einen Einfluß auf Essen und Trinken...“ „Wir reden hier nur mit Krankenhausinkäufern“, belehrt mich eine Hosteß.

Weiter geht's zu Berufskleidung und Wäsche, zu chemischen Produkten, zu Bauzubehör, Bodenbelägen, Wand-



Die Marktstrategen haben die Liebe zum Patienten entdeckt. In der Neusprache des Marketings hat das Wort „Geschäft“ nun mal keinen Platz



und Deckenlementen, Funk- und Fernschanlagen, Heizung und Kesselzubehör, Sanitär-Installation, Sicherheitstechnik, Stromversorgung, Transport, Türen, Uhren, Zeiterfassung. Darüber möchte ich was wissen. Ich frage nach den Erfahrungen und Reaktionen von Krankenhauspersonal auf die Einführung von Stechuhren. Der Sachbearbeiter sieht mich an, als hätte ich nicht alle Tassen im Schrank. Ich komme zu Archivierungs- und Dokumentationsdiensten. Bei der Frage nach Datenschutzproblemen werde ich gebeten, mich doch zu einem späteren Zeitpunkt an die zuständige Zentrale zu wenden.

Auf einmal stehe ich vor Blumen und einer weißen Wand. Die Blumen sind keine, sondern Plastik; die weiße Wand ist auch keine, sondern Styropor. Das Ganze sieht aus wie ein mittelgroßes Mausoleum. Ein abgeschirmter Eingang, davor sechs in schwarzen Vollclerà gekleidete Typen, die beim ersten Blick an Rausschmeißer einer drittklassigen Diskothek erinnern. Vor dem Eingang stehen Boss-Anzug-tragende, 45jährige Verwaltungsleiter; jeweils eine halbe Schulter versetzt hinter ihnen stehend, mit etwas geneigtem Kopf zuhörend, die Stellvertreter. Ich versuche, in den Styroporblock zu gelangen. Hier residiert die NWG, eine der berüchtigsten Großreinigungsketten in der Bundesrepublik. Ich komme nicht weit: Die Rausschmeißer weisen mir sofort die Tür.

Fast am Ausgang angelangt, laufe ich gegen einen Stand, auf dessen Prospekten ganz groß geschrieben steht: „Das Mittel gegen Alleinsein.“ Zum Schluß

doch noch etwas, das mit den Menschen im Krankenhaus zu tun hat, denke ich, aber es ist der Stand von Schmelter, Krankenhauskommunikation. Das Werbeblatt preist Patienten-Telefonsysteme an. „Diese Art des Telefonicrens gegen Vorkasse bedeutet für die Verwaltung handfeste Pluspunkte“ lese ich, das reicht mir schon. Jetzt rauscht mit der Kopf. Ich bin schon am Drehkreuz nach draußen, da mache ich einen Schritt zurück. irgendwo, an einer großen Tafel, habe ich das Wort „Patienten“ gelesen. „Patienten“, wie der Patient im Krankenhaus. Ich gehe nochmal zurück. Ich finde das Plakat, zwei Meter hoch, zwei Meter breit. Eine Negligé-bekleidete Dame lächelt mir aus einem Krankenhausbett entgegen. „Alles für den Patienten“, steht da drauf, tatsächlich, „Alles für den Patienten.“ Ich hätte es fast vergessen.

Als Kunde bleibt der Patient allerdings notgedrungen gefragt. Zum mindesten in den Überlegungen der Marketing-Strategen. W. Wilkes, Geschäftsführer des Düsseldorfer Instituts für angewandte Marketing-Wissenschaften GmbH (IFAM), hat das Grundproblem der bundesdeutschen Krankenhäuser bereits ausgemacht: Die medizinische Versorgung werde als Hauptaufgabe gesehen, Beziehungen zur Umwelt, zur näheren Umgebung oder sogar zum Patienten vernachlässigt. Es fehle eine individuelle Krankenhausidentität. Um dem abzuhelfen, hat die IFAM – mit Hilfe einer fünfstelligen Summe von Schering-Diagnostik Berlin – für das Krankenhaus Berlin-Neukölln ein geschlossenes Marketing-Konzept entwickelt. Ziel: „Die Partnerschaftsbeziehungen des Krankenhauses zu seinen Patienten sollen sich von einer Geschäfts- zu einer „Liebesbeziehung“ entwickeln, wie die „NÄ“ vom 6. Mai dieses Jahres berichtete. Die Beziehung des Klinikbetreibers zum Patienten wird wohl kaum eine der Liebe sein.

Von ähnlicher Zunicigung ist auch das Verhältnis der Managementspezialisten zu den Beschäftigten geprägt. Der Personalbestand soll ausgedünnt, aus der Arbeitskraft und insbesondere den Köpfen der verbliebenen Mitarbeiter das Letzte an Einsatzbereitschaft, Motivation und Energie ausgepreßt werden.

In einer zehnteiligen Serie über Personalauswahl im Gesundheitsbereich bot die „NÄ“ einen Einblick in modernes Krankenhausmanagement: „Totalkontrollen sind unwirtschaftlich. Sie nehmen die Arbeitskraft der Vorgesetzten für diese Führungsaufgaben zu stark in Anspruch... Die wirkungsvollste Form der Kontrolle ist die Teilkontrolle. Sie begrenzt den Kontrollaufwand auf ein vertretbares Maß und ist somit auch wirtschaftlich... Die Stichprobenkontrolle sollte auf die einzelnen Mitarbeiter abgestimmt sein. Jeder Mensch ist verschieden... Eine

lückenlose Überwachung, die technisch sicher nicht ohne weiteres möglich wäre, würde sich auch ungünstig auf die Arbeitsleistung auswirken. Die psychische Belastung einer Dauerkontrolle wäre auf die Dauer zu groß und würde sogar zu Ausfällen durch Krankheit führen . . .“

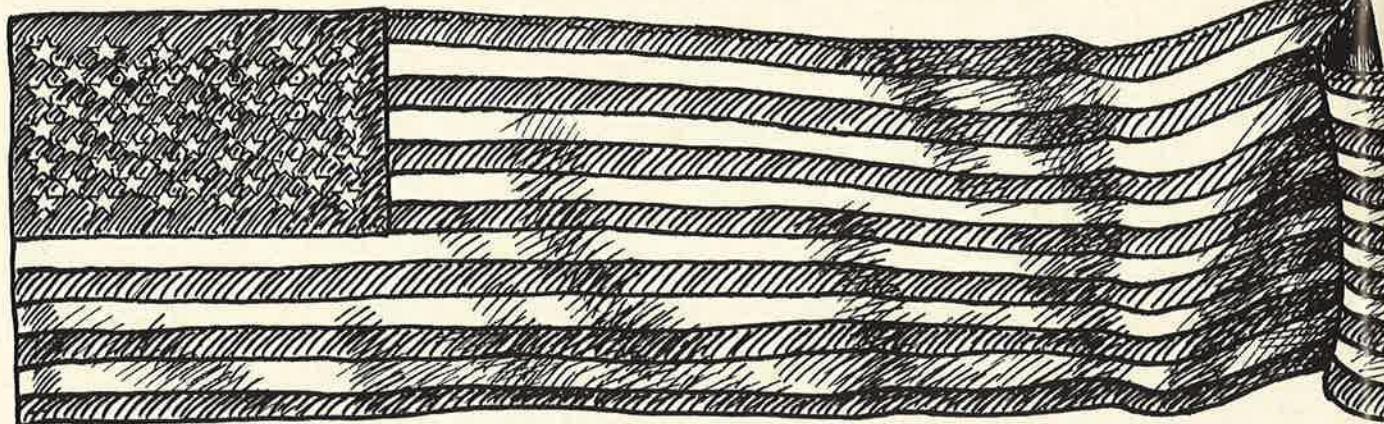
Wenn es dem Geschäft dient, ist man auch schon mal bereit, bei einigen Entscheidungen hierarchische Ordnungen über Bord gehen zu lassen. „Hat man z.B. für die Besetzung der Stelle zwei oder drei Bewerberinnen für die Endauswahl ‚herausgefiltert‘, empfiehlt es sich, einen Probearbeitstag, selbstverständlich mit dem Angebot der Bezahlung, zu vereinbaren, bei dem alle anderen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter Gelegenheit bekommen, die potentiell neue Kollegin kennenzulernen, und zwar so kennenzulernen, daß sie auch ihre Meinung in die endgültige Entscheidung einbringen können. Zuviel Aufwand? Es kann nicht oft genug betont werden: Personalauswahlent-

scheidungen sind die wichtigsten Investitionsentscheidungen, in welchen Bereichen des Gesundheitswesens auch immer.“

Zur Zeit absolut tot“, so Wolfram Boschke, Geschäftsführer des Bundesverbands Deutscher Privatkrankanstalten, im „Rheinischen Ärzteblatt“ vom 25. Mai, sei der „Markt“ für die Privatisierung kommunaler Krankenhäuser. Dennoch deutet alles darauf hin, daß die privaten Anbieter im Klinikbereich nach dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz und den neuen Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung eine zweite Privatisierungswelle einleiten werden. Offenbar reichen diese Vorgaben jedoch nicht aus. Boschke wies darauf hin, daß die Übernahme kommunaler Häuser vor allem daran scheiterte, daß es für die Privaten zu teuer sei, die Versorgungsanwartschaften der bisherigen kommunalen Beschäftigten ohne Einschränkungen fortzuführen. Hier erhofft man sich wohl gesetzliche Verän-

derungen zu Lasten des Krankenhauspersonals.

Insgesamt leiten private Anbieter – die neuesten Zahlen stammen aus 1984 – 754 Akut-Krankenhäuser, 16,1 Prozent des Gesamtbestands. Bei den Sonderkrankenhäusern besitzen sie mit 635 mehr als die Hälfte der Kliniken in der Bundesrepublik (50,6 Prozent). Der Anteil der planmäßigen Betten ist, da die Privaten vorwiegend kleinere und mittlere Häuser betreiben, bei den Akutbetten mit 3,9 Prozent und bei den Sonderkrankenhäusern mit 31,9 Prozent geringer. 13,4 Prozent aller in der Bundesrepublik angebotenen Krankenhausbetten gehören privaten Trägern. Während von 1972 bis 1983 die öffentlichen und frei gemeinnützigen Krankenhäuser um jeweils 14 Prozent zurückgingen, verminderte sich die Zahl der Privatkliniken lediglich um 4 Prozent. Es handelt sich dabei vorwiegend um sehr kleine Kliniken, in den Größenklassen von 200 bis 300 Betten stieg die Zahl der privaten An-



Gesunde Geschäfte

Krankenhausfinanzierung in den USA

Die Krankenhausfinanzierung in den USA ist wesentlich anders strukturiert als in der Bundesrepublik. Es gibt keine allgemeine Pflegekosten- oder Bettenpauschale, sondern Unterbringung, Verpflegung, Grundpflege, Intensivpflege und Einzelleistungen werden getrennt abgerechnet. Außerdem werden unterschiedliche Preise für Selbstzahler, private Krankenversicherungen, Betriebskrankenkassen, gemeinnützige Krankenversicherungen oder Patienten der Sozialhilfeprogramme Medicare und Medicaid berechnet. Neben den direkten Einnahmen aus den sogenannten Hotel- und Pflegelieferungen für stationäre Patienten erzielen die Krankenhausunternehmen weitere Einnahmen durch Hotelservice, Cafeterias, Geschenkartikel-Läden und Parkgaragen, um nur einige Beispiele zu nennen.

Geringer als in bundesdeutschen Krankenhäusern schlagen sich in den USA die Personalkosten zu Buche. Dies liegt nicht nur an den geringeren Löhnen insbesondere für das Pflege-

personal, sondern vor allem daran, daß die Mehrzahl der Ärzte in einer Beziehung zum Krankenhaus steht, die in etwa dem bundesdeutschen Belegarzt-System entspricht. Sie erscheinen nicht auf der Gehaltsliste des Krankenhauses und rechnen eigenständig mit dem Patienten ab. Die meisten Kliniken in den USA verfügen nur über eine relativ geringe Zahl fest angestellter Ärzte. Umfangreiche ambulante Leistungen und eine Inanspruchnahme der Klinikbetten nur für spezielle Eingriffe erklären unter anderem die extrem kurze durchschnittliche Verweildauer in US-Krankenhäusern, die bei zirka sieben Tagen liegt. Die durchschnittliche Auslastung der Betten ist mit 65 bis 70 Prozent erheblich niedriger als vergleichbare Zahlen in bundesrepublikanischen Kliniken.

Das finanzielle Ausbluten vor allem der staatlichen Hilfsprogramme durch die immens gestiegenen Krankenhauskosten hat zur Einführung eines neuen Verfahrens zur Entgeltung geführt. Ein

System, das, so Medical-Manager Josef Lindner, die amerikanischen Krankenhäuser „endlich zu einer ausgereiften Industrie ähnlich der Stahl-, Schuh- oder Textilindustrie gemacht hat“. Nach diesem sogenannten DRG-System (Diagnosis Related-Groups) erhalten die Krankenhäuser einen fallspezifisch festen Vergütungssatz, der auf der Entlassungsdiagnose jedes einzelnen Patienten beruht.

Nach Feststellung der Zeitschrift „Das Krankenhaus“ werden zur Zeit bereits 35 Prozent der Krankenhausumsätze über das DRG-System abgerechnet. Der Rest erfolgt noch über die zu Beginn beschriebene Einzelabrechnung. Da das DRG-System weiter expandiert, ist anzunehmen, daß es in wenigen Jahren das beherrschende Vergütungssystem für die stationäre Behandlung werden wird.

Dieses neue Abrechnungssystem ist nur auf den ersten Blick kostensenkend. Denn bezahlt wird abhängig von der Diagnose und nicht danach, welche Leistungen der Patient erhält und wie lange er im Krankenhaus liegt. Der ökonomische Anreiz für die Krankenhausgesellschaften und der gleichzeitige Irritz für die gesundheitliche Ver-

biete von 31 auf 82 Kliniken, in der Größenklasse von 300 bis 600 Betten von neu auf 32 Krankenhäuser. Lediglich mit den gigantischen kommunalen Riesenobjekten mochten die Privaten nicht mithalten. Hier wartet mancher ab, bis sich bei der zunehmenden kommunalen Verschuldung preiswerte Übernahmen anbieten. Sieben von zehn Kurkrankenhäusern und fast 50 Prozent der Rehabilitationskliniken wurden Ende 1983 von privaten Trägern betrieben. Dies war seit jeher ihre Domäne. Im Suchtbereich haben die Privaten seit Mitte der siebziger Jahre einen spektakulären Einbruch erzielt. Waren im Jahr 1972 ganze vier Prozent der Suchtkliniken in privater Hand, so waren es 1983 mehr als 40 Prozent.

Ein bezeichnendes Licht auf die Privaten wirft die Statistik des Krankenhauspersonals. Trotz eines Anteils von mehr als 13 Prozent aller Betten beschäftigen private Anbieter nur vier Prozent der Schwestern und Pfleger in der Bundesrepublik. Auf eine Pflege-

kraft kamen 1983 in Privatkliniken 200 Prozent mehr planmäßige Betten als im Durchschnitt aller Krankenhäuser. Auf einen Arzt kamen 80 Prozent mehr planmäßige Betten als im übrigen Bundesdurchschnitt.

Hier kommt nicht nur zum Vorschein, daß sich Privatkliniken pflegeleichte Teilbereiche der Klinikversorgung herauspicken. Hier schlagen sich auch Arbeitsetze und schlechtere Tarifbedingungen nieder. Um Ausbildungsfragen kümmern sich private Kliniken in der Regel überhaupt nicht.

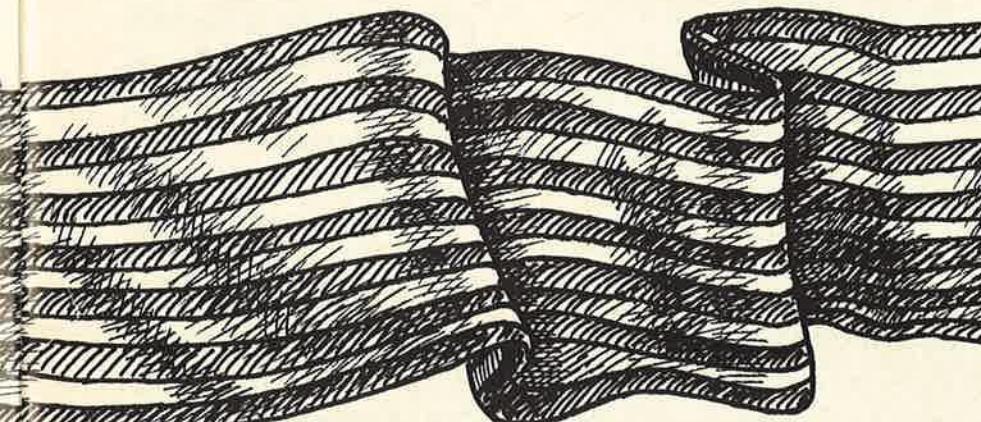
Die Gewerkschaft ÖTV hat die Neuregelung der Bundespflegesatzverordnung und das Krankenhausneuordnungsgesetz entschieden abgelehnt. Die Brisanz der in diesen beiden Gesetzen enthaltenen Bestimmungen ist dabei jedoch bei weitem nicht erfaßt worden. So finden zum Beispiel die diagnoseabhängigen Fallpauschalen in der „Arbeitshilfe“ der ÖTV für Personalvertretungen keine

Erwähnung. Eine umfangreiche Information der Krankenhausbeschäftigen hat kaum stattgefunden. Die dringend notwendige Aufklärung über die auf Anhieb ja komplizierten Rechts- und Verfahrensverhältnisse ist bisher ausgeblichen.

Im DGB und seiner gesundheitspolitischen Strukturkommission stellen sich die Verhältnisse noch ungünstiger dar. In seinen Reihen sitzen, so unglaublich es klingen mag, massive Befürworter der diagnoseabhängigen Fallpauschalen. Insbesondere Professor Erwin Jahn, Anfang der siebziger Jahre durchaus verdienstvoller Mitinitiator der DGB-Studie zur Gesundheitssicherung, hat noch Ende 1984, als sich bereits in den USA das sozialpolitische Debakel der diagnoseabhängigen Fallpauschalen abzeichnete, ein überaus positives, von kaum nachzuwollziehender Naivität gezeichnetes Szenario niedergeschrieben. Allen Ernstes geht er davon aus, daß die massiven Einsparungen an „überflüssigen“ Geldern, Ärzten und Pflegepersonal hauptsächlich unnötige Untersuchungen reduzieren würden und daß die „überflüssigen“ Kräfte an anderweitigen sozialen Bedarfs- und Brennpunkten mit bessrem Nutzen zum Einsatz kämen.

Mitte der siebziger Jahre entwickelte Jahn in mehr oder weniger persönlichen Alleingängen, aber im Auftrag und Namen des DGB gesundheitspolitische Grüne-Tisch-Modelle, die in ihrer grotesken Ausgestaltung eines medizinischen Idealsystems schon eher an Aldous Huxleys „Schöne neue Welt“ denn an das bundesdeutsche Gesundheitswesen erinnerten. Ohne Einwände des DGB durfte Jahn – trotz schon damals bestehender erheblicher Bedenken gegen die Erfassung und Verdatung von Patienten – einen praktisch gläsernen, Computer-erfaßten Patienten fordern. Seinerzeit hatte der DGB diesen Wolken-Kuckucksheim-Entwürfen keinerlei Alternativen entgegengesetzt können. Hier rügte sich die jahrelange Vernachlässigung gesundheitspolitischer Fragen, die Fixierung auf wenige Experten, ein völliger Ausschluß der Gewerkschaftsbasis von der gesundheitspolitischen Diskussion sowie eine heute nicht mehr nachvollziehbare Spezialistenhörigkeit.

Was der Paragraph 116 für die Frage der Streikfähigkeit bedeutet, diesen Vergleich kann man ruhig ziehen, das sind die Neuregelungen der Bundespflegesatzverordnungen und des Krankenhausneuordnungsgesetzes für die Krankenhäuser. Sie haben zum Teil noch unübersehbare Konsequenzen für deren Struktur und Kommerzialisierung. Während die IG Metall für die Erhaltung des Streikrechts eine Massenmobilisierung in die Wege geleitet hat, verharren der DGB und die zuständigen Gewerkschaften gesundheitspolitisch in unverantwortlicher Regungslosigkeit. Es wird höchste Zeit, daß sich daran etwas ändert. □



sorgung besteht darin, daß die Kliniken versuchen, in jedem Erstattungsfall sowohl die effektiv entstehenden Behandlungskosten wie auch die Zahl der Behandlungstage so niedrig wie möglich zu halten. Daneben wird mit den Diagnoseschlüsseln jongliert, und vor allem die profitorientierten Krankenhausketten versuchen, nur noch sogenannte „gute Risikogruppen“ aufzunehmen, um bei jedem Patienten einen möglichst hohen Gewinn aus der Vergütungspauschale zu ziehen. Dies führt dazu, daß öffentliche Kliniken, insbesondere Lehrkrankenhäuser, die ohnehin höhere Selbstkosten haben, die Patienten mit schweren Erkrankungsgraden behandeln müssen und so gegenüber den privaten Krankenhäusern finanziell benachteiligt werden.

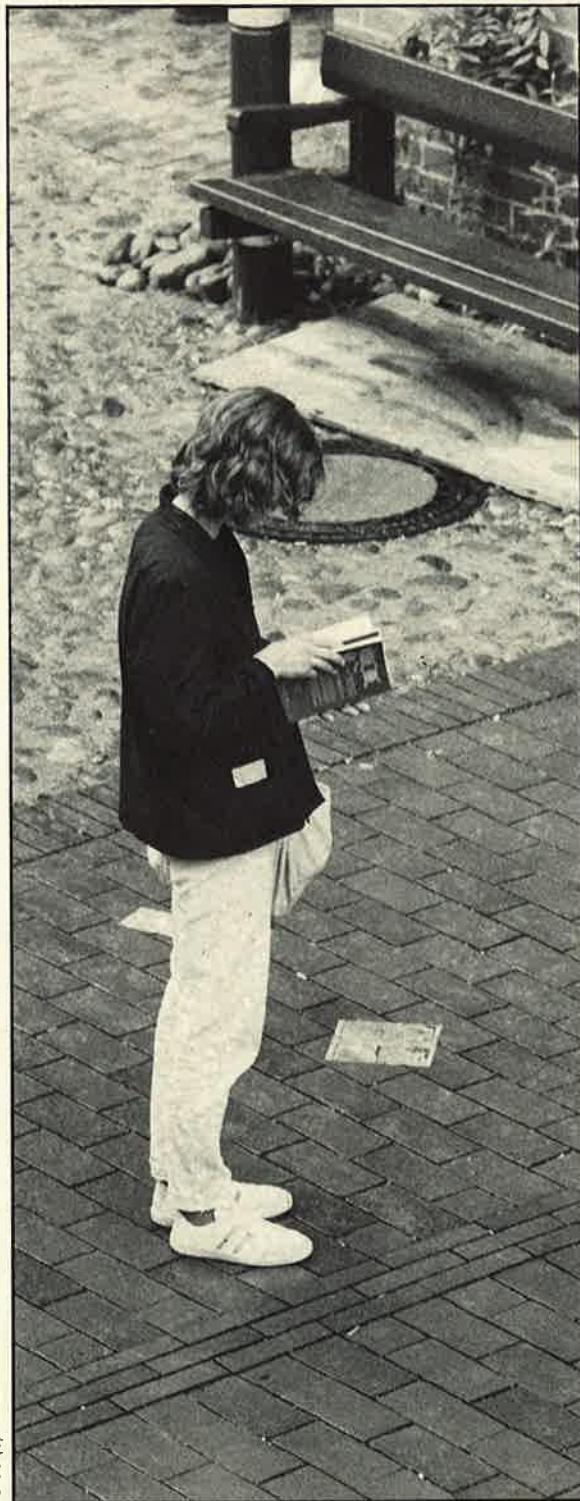
Das sogenannte Patienten-Dumping, die fachlich nicht gerechtfertigte Überweisung von Patienten aus privaten in öffentliche Kliniken hat dramatisch zugenommen. Was vor wenigen Jahren noch als Einzelfall durch die Presse ging, ist mittlerweile zu einem Massenphänomen geworden. Allein 1986 sollen nach einem Bericht der Zeitung „Neue Ärztliche“ 250 000 Amerikaner in Notfallsituationen aus ökonomischen Gründen in öffentliche Kranken-

häuser abgeschoben worden sein. Häufig wird im Notfallbereich der privaten Kliniken selbst instabilen und transporthfähigen Patienten die Aufnahme verweigert. Die notwendigen medizinischen Maßnahmen werden bis zu 18 Stunden, so eine amerikanische Untersuchung, verzögert. Eine erhöhte Morbidität und Mortalität ist die Folge. Betroffen sind davon hauptsächlich ethnische und soziale Minderheiten, wie R. L. Schiff durch eine Studie im öffentlichen Cook-Country-Hospital in Chicago nachweisen konnte. Danach waren von den überwiesenen Patienten 89 Prozent Schwarze und Latinos, 81 Prozent waren arbeitslos, 87 Prozent mangelhaft versichert.

Die ohnehin schlechter gestellten staatlichen Krankenhäuser geraten dadurch noch stärker unter Kostendruck, so daß auch dieses, von der amerikanischen Regierung als Kostendämpfungsmaßnahme eingeführte System, letztlich der Gewinn- und Umsatzsteigerung der privaten Krankenhausketten dient. Das DRG-System führt darüber hinaus in sämtlichen Krankenhäusern dazu, daß eine Tendenz zur Unterversorgung sowohl im Bereich der apparativen als auch der medikamentösen Leistungen erfolgt. □

Guter Nach- geschmack

Gesundheitstag in Kassel



Fotos (3): Linie 4 / M. Bauer

**Die, die Monate vorher
schon wußten, daß der
Gesundheitstag in Kassel
ein Debakel werden
mußte, konnten mit der
Häme kaum an sich
halten. Wer nur einige
der Höhepunkte miterlebt
hat, kann dafür kein
Verständnis aufbringen.
Ulli Raupp plädiert für
weitere Gesundheitstage.**



„Fetzig reinschlagen“ müsse meine Kritik am Gesundheitstag, empfahl eine Teilnehmerin, der die Enttäuschung wegen der ausgefallenen Veranstaltungen zur Reproduktionsmedizin ins Gesicht geschrieben stand. Sie blieb nicht die einzige. Auch mir war zeitweise danach zumute, aber letztlich fielen mir dann doch nur zwei entscheidende Gründe zum Dreinschlagen ein: Das Wetter war mies und das Angebot zu groß. Ansonsten hatte der vierte bundesweite Gesundheitstag in Kassel Qualitäten, von denen die drei Vorgänger nur träumen konnten.

Wer sich die Mühe gemacht hatte, das leider erst spät verfügbare Programmbuch etwas genauer zu studieren, bekam davon bereits einen Vorgeschnack. Klar gegliedert nach Themen, war die Veranstaltungsfolge auf die Erarbeitung von Diskussionsergebnissen ausgerichtet. Kleinere Foren und Arbeitsgruppen waren den Abschlußplena vorgeschaltet. Die Auswahl der großen Diskussionsveranstaltungen zeigte deutlich, was den Veranstaltern politisch wichtig war: Umweltmedizin, Gen- und Reproduktionstechnologie, Arbeitsplatzsicherheit, Behindertenpolitik versus Sterbehilfediskussion, Aids-Hilfe contra „Neue Moral“, die Auseinandersetzung mit der Privatisierung des Medizinbetriebs. Erstmals hatten Veranstalter eines Gesundheitstages den – weitgehend erfolgreichen – Versuch gewagt, den vielen selbsterkorenen Heilbringern pseudoalternativer Herkunft nur ein Schattendasein zu gewähren.

Ein Novum war auch das ernsthafte Bemühen, gewerkschaftliche Positio-

nen in die Diskussion miteinzubeziehen. Die Teilnahme zahlreicher offiziell entsandter Vertreter der Gewerkschaften IG Metall, Handel, Banken und Versicherungen sowie Holz und Kunststoff waren eine Bereicherung, wozu auch die vielen Kolleginnen und Kollegen aus Betriebsräten größerer Firmen beitrugen. Kein Zufall also, daß gerade die Diskussionen zu den Themen „Privatisierung des Gesundheitssystems und Arbeitsmedizin“ vielbeachtet und von den Teilnehmern durchweg gelobt wurden, nicht selten verbunden mit der Mahnung an die oberen Gewerkschaftsetagen, sich dieser Themen öffentlichkeitswirksamer anzunehmen.

Der Komplex Aids und „Neue Moral“ fand zu Recht beachtliches Interesse. Wenngleich in vielen Gesprächen darüber immer wieder deutlich wurde, wie sehr – auch unter gesundheitspolitisch Interessierten – die Vermittlung von Faktenwissen noch Priorität haben muß, beherrschten doch ermutigende und richtungweisende Statements die Diskussionen. Wo sonst wäre es für die Kasseler Gesundheitsstadträtin möglich gewesen, ihren klaren Standpunkt, es sei nicht Aufgabe des Staates, den Männern einen „sauberen Strich“ zu garantieren, vor einer so großen Öffentlichkeit darzulegen. Und Rolf Rosenbrock setzte noch drauf: „Die Maßnahmen der Bayerischen Landesregierung sind nicht vor allem deshalb falsch, weil sie repressiv sind, sondern weil sie Tote kosten.“

Eine kleine Sensation verhieß die Diskussion über die „Ethischen Grundlagen psychosozialen Tuns“. Vor vol-

lem Hörsaal stellte Achim Thom, der Leiter des Leipziger Karl-Sudhoff-Instituts, seine bereits vielbeachteten Thesen vor (siehe dg 5/87). Besonders die Podiumsteilnehmer Erich Wulff und Heiner Keupp machten deutlich, daß die strukturellen Probleme der psychiatrischen Institutionen oft genug die kongreßförmigen Bekenntnisse zu ethischem Handeln ad absurdum führen. Eben hier liegen die Probleme und nicht im Mangel an guten Therapiformen. Nicht viel anders, so Thom, sei es in der DDR.

Die mit außerordentlich regem Interesse begleiteten Veranstaltungen der Ärzteoppositionslisten und des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte lassen den Schluß zu, daß der hier eingeschlagene Weg von vielen Sympathisanten begleitet wird und die jüngste Wahl eines Kammerpräsidenten in Berlin aus den Reihen der Opposition nicht die letzte Krönung gewesen sein wird.

Wer nur einige der „Highlights“ dieses Gesundheitstages miterlebt hat, bringt nicht mehr so viel Verständnis für die Hämme derer auf, die ja schon Monate zuvor gewußt hatten, daß es nur ein Debakel würde geben können. Natürlich mußten sie recht behalten.

Tatsächlich ließen sich im verwickelt-unübersichtlichen und noch nicht ganz fertiggestellten Ziegelbau der neuen Gesamthochschule viele finden, deren Veranstaltung ausgefallen oder umbesetzt worden war. Auch waren die hochgesteckten Erwartungen der Veranstalter auf 10 000 Teilnehmer nur zur Hälfte erfüllt worden, und teilweise ▶



weite Entfernung zwischen den Veranstaltungsräumen ließen - zumal bei dem Regenwetter - Fußgängern keine Chance.

Aber auch jede andere Organisationsform hätte den Kritikern aus den eigenen Reihen, die in wahrhaft masochistischer Freude mit dem Daumennagel in den offenen Wunden herumrührten, keine freundlicheren Worte entlockt. Wäre es nicht der unübersichtliche, weitverzweigte Veranstaltungsort gewesen, dann mit Sicherheit eine irgendwie geartete kühle oder funktionale Atmosphäre. Mangelnde Besucherzahlen wurden hämisch kommentiert; im umgekehrten Fall wären es die überfüllten Säle gewesen und die stickige Luft. Nicht das offensichtliche Bemühen der Veranstalter, trotz kurzfristiger Absagen und mancher räumlicher Unzulänglichkeit das Beste herauszuholen, wurde honoriert, sondern jeder hofiert und zitiert, der auch nur das Wort „Chaos“ zu buchstabieren wußte.

Herbe Kritik lag im Trend, und die Trendsetter waren sich noch nicht einmal zu schade, den noch unter rot-grüner Koalition zugesagten Landeszuschuß in Höhe der Hälfte der Unkosten von 780 000 Mark auf ihre negative Art und Weise umzuinterpretieren. So war für sie dieser einmalige (und wahrscheinlich auch einmalig bleibende) Obolus plötzlich kein Erfolg fortschrittlicher Bewegung mehr, sondern einfach nur vorhandene „Knete“, die, so las es sich, zumindest zwischen den Zeilen, verplempt wurde.

Zu schade waren sich diese Kritiker auch nicht, eine politische Bewegung

für tot zu erklären, die nicht nur im Ärztebereich gerade erst einen ihrer spektakulärsten Erfolge feiern konnte. Eine Bewegung, die es außerdem geschafft hat, binnen kürzester Frist eine präventiv-orientierte, zugleich aber auch konkret-helfende und gesundheitspolitisch fortschrittlich agierende, zentral und dezentral wirkungsvoll arbeitende Selbsthilfebewegung hervorzubringen, die den staatlichen Institutionen durchweg den Rang abläuft, die Aids-Hilfen. Und wer gerade in diesem sensiblen Bereich glaubt, kritisieren zu müssen, daß nur „bekannte Standpunkte“ vertreten wurden, hat nicht verstanden, daß es eben diese, und auch nur diese bekannten Standpunkte sein sollten, auf denen eine fortschrittliche Gesundheitsbewegung beharren muß.

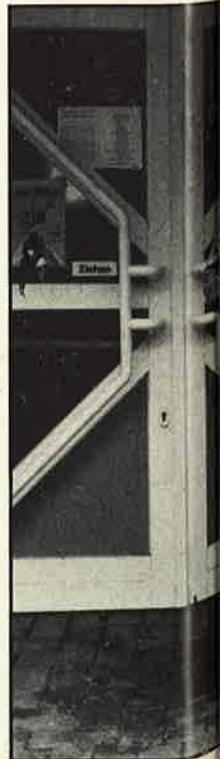
„Sterbehilfe für die Gesundheitsbewegung“ titelte feinsinnig-doppelsinnig der TAZ-Kommentator schon zu Halbzeit der Gesundheitstage und bewies seinen Lesern seine Anwesenheit in Kassel durch das Zitieren aufgefangerer Gesprächsfragetzen aus Fluren und Gängen und das eindringliche Beschreiben von Oberflächlichkeiten. Das Thema Sterbehilfe war dann auch, vermittels Julius Hackethal, das Thema, über das der bundesdeutsche Zeitungsleser am besten informiert wurde.

Allerdings waren dabei Inhalte weniger gefragt als allein die Tatsache, daß dem Euthanasie-Propagandisten auf dem Gesundheitstag, obwohl eigentlich eingeladen, kein Forum gewährt wurde. Sämtliche Teilnehmer der vorausgegangenen Diskussionsveranstaltun-

gen zum Thema hatten sich zu einer einmalig einmütigen Manifestation dagegen ausgesprochen, daß bei der zentralen Abendveranstaltung nicht die Schaffung einer menschenwürdigen Lebenssituation Behindter, sondern der geeignete Zeitpunkt für die sogenannte „Erlösungshilfe“, transportiert durch den „Medicinhai“ Hackethal, im Zentrum der öffentlichen Diskussion stehen würde. Und auch dies gehörte zu den starken Momenten der Kasseler Tage: die Teilnehmer nahmen das Entscheiden selbst in die Hand und korrigierten die Veranstalter, die nur noch - kritikwürdig hilflos und dabei wirklich chaotisch - reagieren konnten.

Aber auch hier: Nicht die entschlossene Stärke gemeinsamen Handelns derer wurde bejubelt, die sich mit der aus der Geschichte gewachsene Erkenntnis durchsetzten, daß gerade in dieser Frage die Dämme keinen Schutz mehr bieten, wenn die Schleusen erst einmal geöffnet sind. Genüßlich wurde die in dieser Frage offensichtlich zerrissene Veranstaltergruppe aufs Schafott gehoben, die Opfer der eigenen Medienstrategie geworden war, Hackethal als Provokateur und Zugpferd einzuspannen.

Vielleicht brachte die hier öffentlich geführte, harte Auseinandersetzung, in die viele der anwesenden Behinderten ihre existentiellen Nöte vehement einbrachten, für die Kongreßteilnehmer einen direkteren Denkanstoß, als er in den 50 ausgefallenen Veranstaltungen hätte vermittelt werden können; so jedenfalls argumentierte ein Sprecher der Krüppelinitiativen für mich sehr einleuchtend.



Jeden, der diese Diskussionen mitgemacht und die Argumentation nachvollzogen hatte, mußte das, was Julius Hackethal auf seiner eigenständig organisierten und propagierten Veranstaltung nach Beendigung der Gesundheitstage in Kassel vorbrachte, abschrecken. Nicht so den TAZ-Korrespondenten aus Kassel. Konnte man seinen Kommentaren vom Gesundheitstag doch entnehmen, daß er kaum mehr als zehn Minuten einer Veranstaltung beigewohnt haben konnte, so machte er sich nun in ekelregend sensationsgeiler Manier zum willfährigen und detailliert berichtenden Propagandisten von Hackethals geplante Eu- thanasie-Spektakel.

Wenn auch in der Öffentlichkeit ein anderes Bild hängengeblieben sein mag, für viele Teilnehmer hat sich die große Mühe der Veranstalter ausgezahlt. Die Linie der Gesundheitstage von Bremen 1984, Diskussionsschwerpunkte zu setzen, ist fortgesetzt worden, jedoch ohne die damals bereits erhobene Forderung nach Themenkonzentration zu verwirklichen. Kassel hat der veränderten politischen Landschaft Rechnung getragen. Der Raum für Individualapostel war zugunsten einer breiteren politischen Diskussion unter deutlicherer Einbeziehung gewerkschaftlicher Kräfte eingengt worden. Möglicherweise ist gerade in diesem Punkt auch ein entscheidender politischer Grund für das blinde Umher schlagen so manchen Kritikers zu suchen. Ich jedenfalls wünsche mir, daß die Gesundheitsbewegung es schafft, weitere zentrale Großveranstaltungen zu wichtigen Schwerpunkten auf die Beine zu stellen. □



„Nicht drangsalieren“

Aids-Arbeit im Kölner Gesundheitsamt

Dr. Leidel ist Leiter des Kölner Gesundheitsamts, das eine andere Politik betreiben will als die in Bayern. Gregor Weinrich und Ursula Daalmann sprachen mit ihm über Aids und was das Kölner Gesundheitsamt gegen die Verbreitung des Virus unternimmt.

dg: Herr Dr. Leidel, Sie haben auf der letzten Sitzung der Ärztekammer Nordrhein die Arbeit des Kölner Gesundheitsamts vorgestellt und noch einmal darauf hingewiesen, daß keine Zwangstests im Krankenhaus vorgenommen werden dürfen. Viele Kollegen argumentieren aber, daß man der Gefahr vorbeuge und testen müsse.

Leidel: Manche Kollegen sind einfach juristisch schlecht informiert, und da kommt dann so eine Halbgottattitüde zum Ausdruck. Wobei ich unterscheiden möchte zwischen einem Test, der im Rahmen differentialdiagnostischer Überlegungen durchgeführt wird, und einem Test bei Aufnahme aus vermeintlicher Sorge um das Wohl von Mitpatienten und Personal. Wenn ein Patient mit einer Symptomatik kommt, die an eine HIV-Infektion denken läßt, und der Behandlungsauftrag eigentlich so aussieht, daß der Arzt herausfinden soll, was der Patient hat, dann umfaßt er möglicherweise auch einen HIV-Test. Aber angesichts der Problematik des Tests wäre es doch auch hier völlig unärztlich, so vorzugehen. Man würde doch in der Anamnese herauszufinden versuchen, ob der Betroffene sich in Risikosituationen befunden hat. Dabei könnte man auch über den Test sprechen. Wenn der Patient sagt „Kommt überhaupt nicht in die Tüte!“, dann kann der Arzt ihm nur sagen, daß er die Ursache der Lymphknotenschwellung unter Umständen nicht herausfinden kann. Man kann aber den Patienten mit Lymphknotenschwellung nicht einfach testen und dann, wenn er positiv ist, „Ätsch“ sagen.

dg: Spricht denn das Gesundheitsamt Empfehlungen an die Krankenhäuser aus?

Leidel: Das würde meine Kompetenzen übersteigen. Ich kann nur sagen, was unsere Auffassung ist. Und wir



können, wenn Roß und Reiter genannt werden, also wenn irgendwo gegen den Willen von Patienten getestet wird, die Krankenhausaufsicht verständigen. Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales hier in Nordrhein-Westfalen hat ganz deutlich erklärt, daß er gegen die entsprechenden Ärzte vorgehen wird.

dg: Das ist aber vielfach noch nicht bekannt.

Leidel: Das stimmt. Wir haben deshalb die Kölner Krankenhäuser eingeladen zu einer Besprechung, wo es vorrangig um Fragen der Krankenhaushygiene gehen wird. Ich gehe davon aus, daß es gesicherte Erkenntnisse darüber gibt, wie die Krankenhaushygiene aussehen muß. Wenn diese Spielregeln eingehalten werden, dann ist auch die Verbreitung von HIV im Krankenhaus nicht möglich – außer durch Unfälle, die sich sicher nicht vermeiden lassen.

dg: Wie sieht denn die Arbeit des Kölner Gesundheitsamtes mit den HIV-Infizierten aus?

Leidel: Wir haben vier Mitarbeiter hier, die aus Mitteln des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit im Rahmen zweier wissenschaftlich begleiteter Pilotprojekte bezahlt werden. Das eine Programm beschäftigt sich mit der psycho-sozialen Betreuung und Versorgung Infizierter und Kranker. Dabei geht es auch darum, erst einmal eine Bedarfsanalyse vorzunehmen. Das zweite Programm ist ein Streetwork-Programm. Dazu kommt eine Mitarbeiterin, die aus städtischen Mitteln bezahlt wird. Dieser Trupp hat mehrere Ausgabenbereiche. Zum einen ist da die Arbeit im Amt selbst, etwa bei der Telefonberatung. Es kommen pro Tag etwa 80 bis 100 Anrufe, in denen es um allgemeine Fragen über Aids geht. Der zweite Bereich hier im Haus ist die Beratungstätigkeit in Zusammenhang mit dem HIV-Test. Wir bieten seit 1985 den Test an – anonym und kostenlos. Das sieht so aus, daß derjenige, der getestet werden möchte, anrufen und sich einen Termin geben lassen muß. Er oder sie gibt dabei ein Kennwort seiner Wahl an und läuft dann bei uns unter diesem

Kennwort. Vor der Blutentnahme erfolgt zunächst einmal ein ausführliches Beratungsgespräch, in dem wir versuchen festzustellen, warum die betreffende Person glaubt, infiziert zu sein. Es ist nicht selten, daß dann gesagt wird: „Vielen Dank, das kommt für mich gar nicht in Betracht.“ Außerdem soll aber auch schon festgestellt werden, ob der Betreffende in der Lage ist, mit einem etwaigen positiven Testergebnis fertigzuwerden. Hat er jemanden, mit dem er darüber sprechen kann? Wird der Test dann wirklich durchgeführt, muß die Person sich das Ergebnis persönlich abholen. Ist er negativ, dann gibt es noch einmal ein Beratungsgespräch über die Aussagefähigkeit der Tests beziehungsweise über seine Grenzen. Bei positivem Ergebnis bieten wir natürlich auch ein Gespräch an, wovon aber gelegentlich kein Gebrauch gemacht wird. Wer hier erstmals mit einem positiven Test konfrontiert wird, ist oftmals nicht beratungsfähig. In dem Moment ist es sicher manchmal wichtiger, ihn in den Arm zu nehmen. Wir geben ihm dann halt ein Kärtchen, wo erste Anlaufstellen draufstehen, an die er sich wenden kann, und bieten ihm an, wiederzukommen, wenn er erst einmal bei einem Bier wieder ein bißchen mit sich ins Reine gekommen ist. Es gibt natürlich oft auch Probleme, wenn zum Beispiel Jugendliche einen positiven Test haben. Da muß man manchmal Sorge haben, daß sie Kurzschlußreaktionen begehen, und sich um sie kümmern, auch wenn es zeit- und arbeitsaufwendig ist.

Das letzte, was wir machen, ist Multiplikatorenfortbildung. Wir haben jetzt eine Lehrerfortbildung abgeschlossen, an der 500 Lehrer aus allen Schultypen teilgenommen haben. Das waren ganztägige Seminare mit jeweils etwa 50 Personen. Mir geht es darum, überall Feuerwehrtrupps zu etablieren, die in dem Moment, wo bekannt wird, daß es meinethalben an der Schule einen HIV-Infizierten gibt, sachgerecht und überzeugend informieren können.

dg: Und außerhalb des Amts?

Leidel: Außerhalb des Gesundheitsamts gibt es zwei Tätigkeitsbereiche: Einmal das Streetwork. Wir haben hier einen Mitarbeiter, der sehr gute Kenntnisse von der Schwulenszene hat, sehr gute Kontakte hat, vor allem auch zu den Wirten einschlägiger Bars, Lokale, Saunabetriebe. Über ihn ist es uns gelungen, bei den Wirten einen Arbeitskreis „safer sex“ zu etablieren. Dinge, wie sie Ihnen in Bayern jetzt behördlich untersagt werden, konnten hier durch Absprachen weitgehend unterbunden werden. Das liegt einfach auch daran, daß es bei den Homosexuellen selbst ganz massiv Verhaltensänderungen geben hat. Es macht also gar nicht so große Probleme. In allen einschlägigen Betrieben hängen Plakate, liegen die Informationsschriften rum, gibt es für homosexuelle Verkehr geeignete

Kondome. Außerdem suchen wir in den Lokalen das Gespräch mit den Homosexuellen – über Verhaltensänderungen.

dg: Wissen Sie denn, ob das Erfolgt?

Leidel: Es hat ganz ohne Zweifel Erfolg. Wir sehen es zum Beispiel daran, daß bestimmte Dinge nicht mehr geschehen. Sicher gibt es weiter Homosexualität, und die ist mit Sicherheit auch nicht immer safe, aber Rudelburns im Dunkelraum findet nicht mehr statt. Wir haben den Eindruck, daß die homosexuellen Männer eine Gruppe bilden, die am leichtesten erreichbar ist und am ehesten bereit, das Verhalten tatsächlich zu verändern.

Der zweite Bereich, in dem wir arbeiten, ist der der männlichen Prostitution. Wir gehen davon aus, daß in Köln etwa 600 Männer regelmäßig der Prostitution nachgehen, also davon leben. Das sind nur zum kleinen Teil homosexuelle Männer, die meisten sind heterosexuell und sind von daher ein wichtiger Faktor für die Infizierung der heterosexuellen Bevölkerung. Bei ihnen haben wir insgesamt die besten Erfolge. Die männliche Prostitution ist eigentlich die noch tabuisiertere als die weibliche, und registrierte männliche Prostituierte gibt es kaum. Wir kannten früher einen oder zwei Stricher, die hierher kamen und sich gesundheitlich betreuen ließen. Das sind jetzt über 60, mit zunehmender Tendenz. Hier in Köln gibt es nicht nur den Straßenstrich für sie, sondern Agenturen und ähnliches, das man letztendlich als Männerpuffs bezeichnen muß. In den beiden wichtigsten Einrichtungen in Köln ist es jetzt so, daß Männer, die dort arbeiten wollen, unterschreiben müssen, daß sie a) nur mit Kondom arbeiten und daß sie b), was noch gravierender ist, Freier, die ohne Gummi wollen, dem Puffvater melden müssen. Wir haben in dem Bereich einen Jungen, der sich dort infiziert hat, rausgeholt, wieder in eine abgebrochene Ausbildung reingeschleust, er hat eine Wohnung gekriegt, er bekommt Sozialhilfe, er wird besucht. Es ist, denke ich, so eher gewährleistet, daß er es schafft, als wenn ich eine Ordnungsverfügung aussetze. Auf die Erfolge, die wir in diesem Bereich haben, bin ich ziemlich stolz. Wobei wir natürlich nicht euphorisch werden dürfen. Die Erfolge auf dem Bahnhof lassen noch auf sich warten, obwohl es auch da kommt. Das hängt auch wieder mit der Person unseres Streetworkers zusammen, der die Jungs und ihre Probleme einfach kennt.

dg: Hängt es nur an der Person Ihres Streetworkers, daß es Ihnen offensichtlich gelungen ist, Vertrauen in der Szene zu wecken, oder auch noch an anderen Dingen?

Leidel: Unser Streetworker spielt dabei sicher eine große Rolle, aber wir sind auch insgesamt bemüht, das Gesund-

heitsamt aus der traditionellen Rolle der Gesundheitspolizei herauszuholen. Das Gesundheitsamt leidet darunter, daß nach dem Krieg erstens eine ganze Reihe von Sanitätsoffizieren den Weg hierher gefunden haben, die hauptsächlich so etwas wie staatliche Medizinalaufsicht betreiben wollten. Außerdem sind all die Leistungen, die früher die Gesundheitsämter betrieben haben, etwa die kommunale Gesundheitsplanung, die ganzen fürsorgerischen Tätigkeiten, vernachlässigt worden. Vieles haben die Kassenärzte übernommen, und auf dem Gesundheitsamt lastet der Buhmann. Die Zwangseinweisung nach dem PsychKG, die überläßt der niedergelassene Kollege gern dem Gesundheitsamt, aber die Krebsvorsorge, die macht er selbst. Wir dürfen uns dadurch aber nicht aus der Pflicht nehmen lassen. Im Bereich der Prävention gibt es große Lücken. Wenn Sie die Schutzimpfungen nehmen oder die kinderärztliche Vorsorge oder die Krebsfrüherkennung, all diese Dinge, dort finden Sie schichtenspezifisch große Unterschiede. Den Kindern aus bürgerlichen Wohngebieten kommt der Polio-Impfstoff zu den Ohren wieder heraus, und in den sozialen Brennpunkten sind viele Kinder ungeimpft. Das gilt für eine Reihe präventiver Maßnahmen. Wir wollen das Gesundheitsamt aus dem Muff herausholen.

dg: Arbeiten Sie auch mit weiblichen Prostituierten?

Leidel: Ja, aber es ist schwer. Es gibt dort extreme Widerstände gegen Behörden, aber gleichzeitig erste Ansätze. Zum Beispiel hat sich jetzt eine Selbsthilfegruppe von Prostituierten gegründet. Den Namen finde ich zwar nicht so glücklich, sie haben sich „Lysistrata“ genannt, aber das ist auch egal.

dg: Woran liegt es denn Ihres Erachtens, daß sich die Zuhälter und Wirts nicht auf ähnliche Absprachen einlassen, wie sie in den Schwulenpuffs getroffen wurden?

Leidel: Wir haben zur Zeit noch keinen Überblick, was überhaupt in der ganzen Szene läuft. Ich versuche einmal, völlig losgelöst von Aids, herauszufinden, was es alles gibt. Einer unserer Mitarbeiter ist im Moment dabei, all die Saunen und Betriebe und die im „Express“ inserierenden Frauen abzuklappern. Wir wollen zeigen, daß es uns überhaupt nicht darum geht, die Frauen zu drangsalieren, sondern daß wir ihnen helfen wollen. Deshalb sind die Rahmenbedingungen auch so wichtig. Sie können sich sicher vorstellen, daß ich bei einer Einführung bayrischer Verhältnisse in Nordrhein-Westfalen sofort die ganze Arbeit abbrechen müßte. Wir können nicht Streetwork machen, die Hand ausstrecken, und wenn sie uns einer reicht, sagen, jetzt wirst du aber gemeldet, und wenn du nicht freiwillig kommst, wirst du vorgeführt. Das geht nicht. □



Der 7. IPPNW-Weltkongreß in Moskau

Notizen einer Teilnehmerin

Nur wenig beachtet von der hiesigen Presse, da ganz im Sensationsschatten des dreisten Flugabenteuers unseres „Nationalhelden“ Rust stand vom 29. Mai bis 1. Juni in Moskau der 7. IPPNW-Weltkongreß statt, zu dem sich über 3000 Mediziner aus 55 Ländern versammelt hatten.

Glücklich, gerade noch einen Platz zu ergattern (zur Postkongreßtour hatte es nicht mehr gereicht, die Plätze waren vergeben), saß ich schließlich im Transferbus zum Hotel Rossija. Ein Flugblatt, locker, ironisch selbstkritisch, so gar nicht meinen Vorstellungen von der Sowjetunion entsprechend, klärte uns über die Formalitäten auf mit besonderer Betonung der drei P's: patience (Geduld), persistence (Hartnäckigkeit), politeness (Höflichkeit) mit Schwergewicht auf Patience. An diese drei P's haben wir uns immer wieder schmunzelnd erinnert in langen Schlangen vor Schaltern und Essensstöpfen. Solche Warteschlangen können sehr kommunikativ sein, nimmt man sie mit einiger Gelassenheit. In ihnen gelang es mir weit besser, Gespräche anzuknüpfen als an den großen lach- und kaviarbeladenen Buffets der Kennlern-Parties, die übrigens alle alkoholfrei waren.

Der in der Sowjetunion stark verknappte Alkoholverkauf hat, wie mir ein sowjetischer Kollege versicherte, zu einem enormen Rückgang der alkoholbedingten Delirien geführt. Die Wirksamkeit der Antialkoholkampagne führte er auf die moralische Ächtung des Konsums zurück – keiner will gern in einer Schlange vor dem Alkoholverkauf geschenkt werden. Die Delegierten selbst standen allerdings an den zwei Ecken im riesigen Komplex des Rossija an, an denen nach 23 Uhr noch Alkohol verkauft wurde, in stundenlangen, oft fröhlichen Schlangen.

Der Kongreß stand ganz im Zeichen des Neuen Denkens, von dem gesagt wurde, daß es so neu nicht sei, daß es sich eher um eine Umgewichtung, Schwerpunktverschiebung von der Betonung des Trennenden hin zur Beobachtung der Gemeinsamkeiten, der Verwirklichung der gemeinsamen Lebensinteressen handele – bei gleichzeitigem Akzeptieren der unterschiedlichen Gesellschaftssysteme. Das Motto des Kongresses war Einsteins Ausspruch: „Wir brauchen eine völlig neue Art des Denkens, wenn die Menschheit überleben soll“. Oder wie Bernard Lown es in seiner Eröffnungsansprache ausdrückte: „Es steht die Frage Überleben oder nicht und nicht die der Wahl zwischen unterschiedlichen Gesellschaftsordnungen“.

„Disarmament for development“, Abrüstung für die Entwicklung, sollte das Ziel sein und sich der Wettbewerb der Systeme darauf konzentrieren, welches die bessere Lösung sozialer und ökologischer Probleme bieten könnte. Gemeinsame Entwicklungsprojekte, wie sie vor zehn Jahren zur erfolgreichen Ausrottung der Pocken geführt hatten, sollten das Zusammenleben der Nationen bestimmen.

Psychologische Themen prägten inhaltlich und mengenmäßig weitgehend das Geschehen, da wurde die Entstehung von Feindbildern diskutiert, der Umgang von Kindern und Jugendlichen vieler Länder mit der Angst vor der atomaren Bedrohung und die psychologischen Auswirkungen der Hochrüstung im allgemeinen.

Der Leitgedanke des Kongresses prägte seinen Stil – es war keine reine Arztkonferenz, Mitarbeiter des Gesundheitswesens aus den verschiedensten Sparten und eine große Anzahl Studenten waren vertreten.

Umgesetzt wurde der Leitgedanke auch in vielen Einzelveranstaltungen, so in einem Rundtischgespräch zwischen Psychiatern und Psychologen verschiedener Länder über die psychischen Bedingungen des friedlichen Umgangs miteinander, die Aufgaben der Experten und den Umgang der Experten untereinander. Eine vorzügliche Veranstaltung, die aber daran krankte, daß der Moderator Massermann so sehr steuernd eingriff, daß sie nicht noch inhaltsreicher, lebendiger werden konnte.

Auch ein Workshop, Experiment und Selbsterfahrung zugleich, den R. Chasin aus Harvard leitete, war in dieser Hinsicht interessant. Die Beteiligten aus den verschiedenen Blöcken sollten ihre Vermutungen niederschreiben, was der Blockandere über sie denkt in bezug auf kriegstreibende Eigenschaften. Die so erhaltenen Feindbildvermutungen, die übrigens erstaunlich übereinstimmten, wurden in einer zweiten Runde, die man wegen des großen Interesses spontan organisierte, ausgetauscht und um die Punkte erweitert, die den Betroffenen besonders ungerechtfertigt erschienen. Ein fruchtbarer Versuch des praktischen Kennenlernens.

Der Kongreß suchte und versuchte den offenen, aber unpolemischen Austausch, wenn auch an manchen Ecken deutlich wurde, wie schwierig Offenheit bei Bewahrung der Eigenheit ist. Insgesamt war für mich der Kongreß eine Probe auf's neue Denken. Er hat die Grundlagen für gemeinsames Handeln in praktischen Projekten, also aktive, blockübergreifende Friedensarbeit verbreitert, in deren objektiver Notwendigkeit die große Bedeutung der IPPNW liegt.

Beate Rasper

Kein neues Sterilisationsgesetz

Appell des AK zur Aufarbeitung der Geschichte der „Euthanasie“

Der folgende Appell greift ein in die Debatte um die Legalisierung der Sterilisation geistig Behindter. Er ist gerichtet an Politiker aller im Bundestag vertretenen Parteien gerichtet.

Die Debatte um die Legalisierung der Sterilisation geistig behinderter Menschen in der BRD kann unserer Ansicht nach nicht ohne Aufarbeitung und Kenntnis der historischen Zusammenhänge geführt werden. Die Gefahren geschichtsblinder Debatten im sozialen und gesundheitspolitischen Bereich liegen in vorschnellen technischen Lösungen, deren Gefährlichkeit von ihren Verfechtern häufig gar nicht gesehen werden kann.

Die Sterilisierung geistig behinderter Menschen, wie anderer Gruppen, wurde 1933 mit einem der ersten Gesetze der Nationalsozialisten, dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, legalisiert. Natürlich ist die ideologische Einbettung des Gesetzes von damals und der Debatte von heute eine verschiedene:

Die Nationalsozialisten konnten sich 1933 auf einen breiten, weit über ihre Anhängerschaft hinausgehenden „rassehygienischen Konsens“ stützen. Das Gesetz sollte die Vermehrung der als „erbkrank“ diffamierten Menschen verhindern und damit den Anteil der nicht voll leistungsfähigen Menschen drastisch verringern. Der Kern des Gesetzes lag damit in der Bestimmung des „Wertes des Menschen“ für die Volksgemeinschaft.

Demgegenüber spielen eugenische und bevölkerungspolitische Argumentationsmuster in der heutigen Debatte (zumindest bisher) keine tragende Rolle. Fehlende Einsichtsfähigkeit sowie Unfähigkeit zur selbständigen und angemessenen Kindererziehung sind die Hauptargumente der Befürworter einer gesetzlichen Regelung der Sterilisation.

Beängstigende Parallelen zur derzeitigen Debatte zeigen sich erst, wenn man die einzelnen Paragraphen und Ausführungsbestimmungen des Gesetzes von 1933 ansieht:

– Das Gesetz von 1933 umschreibt neun klar benannte Diagnosegruppen, u. a. „angeborener Schwachsinn“, „Schizophrenie“ oder „angeborene Fallsucht“. Die betroffene Personengruppe sollte damit eng beschrieben und fast umrissen sein.
– In der Durchführungsverordnung von 1933 gibt es feste Schutzbestimmungen bezüglich des Alters (Mindesalter zehn Jahre) sowie bezüglich des Gesundheitszustandes (keine Sterilisation bei einem körperlichen Zustand, der einen solchen Eingriff als risikohaft erscheinen lässt).
– Die Durchführungsbestimmung von 1933 sieht ferner vor, daß das Gesetz nicht durchgeführt werden soll, wenn der Betroffene in einer geschlossenen Anstalt dauernd verwahrt wird. „Fortpflanzungsfähige Erbkranken“ sollten nach der Sterilisation entlassen oder zumindest beurlaubt werden.

Die Entwicklung nach 1933, die durch die in unserem Arbeitskreis zusammenarbeitenden Forschungsprojekte vielfach belegt worden ist, zeigt:

– Der Anwendungsbereich des Gesetzes wurde ständig ausgeweitet. Beispielsweise wurde durch die Diagnose „moralischer Schwachsinn“ ein großer Teil von Menschen in den Geltungsbereich des Gesetzes hineindefiniert, die sozial unangepaßt waren und nach heutigen Begriffskriterien unter „lehmbeindert“ fallen würden.

– Schutzbestimmungen bezüglich der Altersgrenze und des Gesundheitszustandes der Betroffenen wurden in der Praxis immer mehr unterlaufen. (Die jüngsten Betroffenen, die zur Sterilisation angezeigt wurden, waren zwei Jahre alt. Über 1000 Todesfälle durch den Eingriff sind nachweisbar, insbesondere aufgrund des schlechten Allgemeinzustandes der Betroffenen.)

– Ein großer Teil der Betroffenen waren Anstaltspatienten und kamen auch nach der Sterilisierung aus den Anstalten nicht heraus. Ab 1937 gingen die Fürsorgeverbände sogar dazu über, die Verwahrung Zwangsterilisierter absichtsvoll zu betreiben.

Nach dem heutigen Forschungsstand steht auch fest, daß es nicht die „Radaurassisten“ waren, die das bestehende Gesetz ständig ausweiteten und die Schutzbestimmungen unterließen. Es waren die gutachrenden Ärzte, die anzeigen den Anstaltsdirektoren und die am Erbgesundheitsgericht sitzenden Richter. Das Gesetz wurde dieser Praxis schriftweise angepaßt und durch vielfältige Bestimmungen von Jahr zu Jahr mehr ausgeweitet.

Auch in der heutigen Debatte spielen die Argumentationsfiguren:

– Einschränkung auf einen eng bestimmbaren Kreis,
– Altersschutzgrenze und
– größere Freiheit nach erfolgter Sterilisation

eine wesentliche Rolle.

Aus der Kenntnis der Geschichte wollen wir auf folgende Zusammenhänge hinweisen:

– Wer heute eine gesetzliche Regelung für die Sterilisation einer ganz bestimmten kleinen Gruppe behinderter Menschen will, muß wissen, daß er damit ein Instrumentarium schafft, das eine Ausweitung und Ausdehnung auf weitere Menschengruppen vorprogrammiert. Je nach gesetzlichem Umfeld sind alle Diagnosebegriffe, wie beispielsweise „Schwachsinn“ oder „geistige Behinderung“ wie auch modernere, meist defektbezogene Zustandsbeschreibungen, wie „nicht einsichtsfähig“ oder „unfähig zur Kindererziehung“, ausdehnbar und neu auslegbar.

– Wer heute für die Legalisierung der Sterilisation nicht zustimmungsfähiger geistig behinderter Men-

schen eintritt, muß wissen, daß auch 1933 die Sterilisationspraxis quasi rechtsstaatlich gehandhabt wurde.

Die Entscheidungsgremien damals kannten ebenfalls ein Antrags- und ein Widerspruchsrecht der Betroffenen. Gerade durch diese Handhabung wurden die psychologischen Schwierigkeiten herabgesetzt, denn massenweisen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit behinderter Menschen in einer breiten Öffentlichkeit zuzustimmen.

– Wer heute mit der Legalisierung der Sterilisation geistig behinderter Menschen die Hoffnung verknüpft, daß damit die Freiheit der Betroffenen größer würde, muß wissen, daß in der Vergangenheit das Gegenteil eingetreten ist. Die Zwangssterilisation war der Anfang einer langen Kette von Herabwürdigungen, von stärkerer Asylierung und schließlich dem Abtransport in Tötungsanstalten der sog. „Euthanasie“. Wer garantiert, daß es in der heutigen Gesellschaft, in der ein wachsendes Kosten-Nutzen-Denken im Sozial- und Gesundheitsbereich zu verzeichnen ist, nicht eine ähnliche Eskalation des Denkens und Handelns gegenüber behinderten Menschen gibt?

Der Arbeitskreis zur Aufarbeitung der Geschichte der „Euthanasie“ bezieht folgende Position zur aktuellen Debatte über die Sterilisation:

1. Zur Würde und persönlichen Integrität eines behinderten Menschen gehört das Recht auf Unverletzbarkeit des Körpers. Eingriffe, die keine Helleingriffe sind, wie z. B. die Sterilisation, dürfen nur mit seiner Zustimmung vorgenommen werden. Ist eine solche Zustimmung nicht möglich oder bestehen Zweifel an der Zustimmungsfähigkeit, so dürfen solche Eingriffe nicht vorgenommen werden.

2. Sterilisationen mit Einwilligung der Betroffenen sollten generell erst ab dem 25. Lebensjahr durchgeführt werden dürfen.

3. Die Sterilisation ohne Einwilligung ist ein Eingriff in die körperliche Integrität und kein Elternerhalt. Sie muß weiterhin unter Strafe gestellt werden.

4. Angesichts der herrschenden Rechtspraxis (schleppende Verfolgung von Sterilisationen ohne Einwilligung) und der heutigen öffentlichen Debatte ist der Schutz geistig Behindeter vor einem Sterilisationseingriff gegen ihren Willen gesetzlich zu garantieren.

5. Ausreichende Voraussetzung für das Leben von behinderten Eltern mit Kindern sind zu schaffen, etwa überschaubare Wohngruppen, ambulante Betreuungshilfen, Elterngruppen oder zeitweilige Pflegefamilien.

6. Geistig behinderte Menschen haben wie Nicht-Behinderte das Recht auf eigene Kinder. In diesem Zusammenhang muß das bestehende Vormundschaftsrecht dringend verändert werden, da es die Grundrechte behinderter Menschen ignoriert.

Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, Gütersloh
Michael Wunder, Hamburg

Privatisierung im Gesundheitswesen

Von Volker Wanek

Das Referat, von dem wir hier nur Auszüge abdrucken, hielt der Autor auf dem Gesundheitstag 1987 in Kassel. Die vollständige Fassung kann gegen Einsendung von 5 Mark bei der Redaktion bezogen werden.

Die Forderung nach Privatisierung bildet das Kernstück des vor allem von der dominierenden marktwirtschaftlichen Gesundheitsökonomie propagierten finanziellen Sanierungskonzepts des Gesundheitswesens. Dabei geht es dieser Richtung einmal um die Übertragung von bisher in öffentlicher Regie betriebenen Einrichtungen der Krankenversorgung auf private Unternehmen (vor allem von Krankenhäusern und von Wirtschaftsabteilungen innerhalb öffentlicher Krankenhäuser), zum anderen um die stärkere direkte Beteiligung der privaten Haushalte an den Kosten der Krankheitsbehandlung (Selbstbeteiligung) und die individuelle Risikovorsorge der Versicherten (private Krankenversicherung, PKV). Während die vollständige oder teilweise Privatisierung von Versorgungseinrichtungen nach Ansicht ihrer Befürworter zu Kostensenkungen beim Staat und den Sozialversicherungsträgern führen soll, dient die Privatisierung auf der Nachfrage- und Finanzierungsseite zur Marktexpansion des Gesundheitsektors an der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorbei.

Die empirische Bestandsaufnahme der Privatisierungstrends auf der Anbieterseite des Gesundheitswesens konzentriert sich auf den stationären Sektor der Krankenversorgung, da die übrigen Sektoren (ambulante kassenärztliche Versorgung, Arzneimittel- und Geräteindustrie) bereits vollständig privatisiert sind.

Privatkrankenhäuser konnten von 1972 bis 1984 ihren Anteil an der Gesamtzahl der Krankenhäuser von 27,2 Prozent auf 30,0 Prozent und an der Zahl der planmäßigen Betten von 9,2 Prozent auf 13,4 Prozent ausweiten. Privatkrankenhäuser sind zu über zwei Dritteln kleine Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten. Sie sind in ihrer Mehrzahl Sonder- und in geringerem Maße Fachkrankenhäuser und verfügen wegen der relativ niedrigen Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit der Patienten über eine deutlich geringere Personalausstattung als öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser.

Eine weitere Privatisierungsform im stationären Sektor bildet das Befegarztsystem, bei dem niedergelassene Kassenärzte an der stationären Versorgung mitwirken. Dabei nutzen sie gesamtgesellschaftlich finanzierte Einrichtungen für die private Einkommenserzielung. Aufgrund wachsender Krankenhaus-Betriebsgrößen und einer suboptimalen Versorgungsqualität in Belegkrankenhäusern nimmt die Bedeutung dieser Privatisierungsform in der BRD jedoch kontinuierlich ab. Demgegenüber wird die Privatisierung von Wirtschaftsabteilungen in öffentlichen Krankenhäusern (Küche, Wäscherei, Reinigungsdienst) forciert vorangetrieben. Die hierdurch erzielten Einsparungen lassen sich in der Regel auf eine niedrigere Mitarbeiterentlohnung bei gleichzeitiger Leistungsverdichtung, weniger auf den Einsatz moderner arbeitssparender Techniken zurückführen.

Die Untersuchung der Privatisierungstrends auf der Nachfrage- und Finanzierungsseite beginnt mit einer Betrachtung des Anteils der privaten Haushalte an den gesamten Gesundheitsausgaben, der sich von 1975 bis 1984 von 6,4 Prozent auf 7,8 Prozent erhöht hat. Anschließend werden die Formen der in der BRD angewandten Selbstbeteiligungsregeln im Zeitraum von 1977 bis 1984 dargestellt. Trotz einer Verdoppelung der Selbstbeteiligungsausgaben im betrachteten Zeitraum ist ihr Volumen nach wie vor gering und erreichte 1984 3,8 Prozent der GKV-Ausgaben. Ebenso wenig wie bei der Selbstbeteiligung ist es bisher beim Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung zu einer durchgreifenden Privatisierung gekommen. Die Mitgliederzahl der PKV reduzierte sich zu Beginn der 70er Jahre infolge gesetzgeberischer Maßnahmen erheblich und stagniert seither bei ca. 4,8 Mio. Personen. Wesentlich dynamischer entwickelt sich dagegen der Markt für Zusatzversicherungen.

Abschließend werden die Auswirkungen der geschilderten Privatisierungsformen geschildert:

- Durch die Konzentration der Privatkrankenhäuser auf nur wenig pflege- und behandlungsbedürftige, „billige“ Patienten erhöhen sich in öffentlichen Akutkrankenhäusern die Durchschnittskosten und damit auch die Pflegesätze.
- Von Selbstbeteiligungen in der heute üblichen Form (feste oder prozentuale Zuzahlungen) sind Niedrigverdienende und chronisch Kranke stärker als Höhverdienende betroffen.
- Feste Selbstbeteiligungen setzen Anreize für größere Packungsinhalte, während prozentuale Selbstbeteiligungen unsocialere Verteilungswirkungen besitzen.
- Es existiert ein schwer zu lösender Zielkonflikt zwischen Steuerungswirksamkeit und Sozialverträglichkeit von Selbstbeteiligungsregeln.
- Sie belasten die Nachfrage (Patienten), obwohl über die Mehrzahl der Leistungen die Anbieter (Ärzte) entscheiden.
- Selbstbeteiligungsregeln provozieren Krankheitsverschleppungen und tendieren dazu, die professionelle ärztliche Kompetenz in Frage zu stellen.

Hintergründe und Ziele der Privatisierung

Seit um die Mitte der 70er Jahre unser Gesundheitswesen in eine manifeste Finanzkrise geriet, reißen die Vorschläge und Versuche nicht ab, es mittels Privatisierungsmaßnahmen auf verschwommenen Ebenen finanziell zu sanieren. Oberflächlich betrachtet war die Finanzkrise der GKV als ökonomischer Schaltzentrale des Gesundheitswesens das Resultat einer divergierenden Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben. Während die abgeschwächten Zuwachsrate der GKV-Einnahmen noch relativ zufriedenstellend mit der seit 1974 anhaltenden depressiven Wirtschafts- und Einkommensentwicklung, den Beitragssausfällen infolge der

Massenarbeitslosigkeit und dem veränderten Altersaufbau der Bevölkerung erklärt werden können, scheiden sich bei der Interpretation des aufwärts gerichteten Ausgabentrends der GKV die Geister: Insbesondere Vertreter einer in der offiziellen Politikberatung mittlerweile fest verankerten, marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomie machen geltend, daß unser Gesundheitssystem eine Reihe von strukturellen Verhaltens-Fehlsteuerungen enthält, die zu übersteigertem Inanspruchnahmeverhalten und unwirtschaftlicher Betriebsführung geradezu prädestinieren. Ihre Aufmerksamkeit konzentrieren sie dabei in erster Linie auf die vom Finanzierungsmodus auf das Verhalten von Patienten und Krankenhaussträgern ausgehenden Handlungsanreize. Während im Hinblick auf das Solidaritäts- und Sachleistungsprinzip der GKV supponiert wird, dieses verleihe die Versicherten zu einer über das medizinisch Gebotene hinausgehenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, da die anfallenden Kosten der Gesamtheit der Versicherten aufgebürdet würden (Umlage-Mentalität), richtete sich die Kritik an der Krankenhausfinanzierung vor allem gegen ihre duale Struktur (Erstattung der Betriebskosten durch die Krankenkassen und der Investitionskosten durch den Staat) und die nachträgliche Pflegesatzaushandlung. Jena verleihe die Krankenhäuser zum Aufbau eines umfänglichen Gerätelparks, dessen Betriebskosten die Pflegesätze in die Höhe treibe, während diese geeignet sei, jede Verschwendungen von Ressourcen im nachhinein zu sanktionieren.

Nun wäre ein wachsendes Aufgabenvolumen für die Gesundheitssicherung an sich noch keine bedrohliche Entwicklung, sofern der Gesundheitszustand der Bevölkerung sich dadurch verbesserte. Tatsächlich jedoch gibt es zahlreiche wissenschaftlich fundierte Belege dafür, daß mit den wachsenden Gesundheitsausgaben kaum noch gesundheitliche Fortschritte einhergehen. Hierfür spricht vor allem das zunehmende Gewicht chronisch-degenerativer Erkrankungen, sowie die verschiedenen Formen des Krebs, die immer häufiger zu Frühverrentung (nur noch 45 Prozent der männlichen Arbeiter und 77 Prozent der männlichen Angestellten erreichen das gesetzliche Rentenalter) und vorzeitigem Tod führen. Dem steht ein technisch hochspezialisiertes und -ausgerüstetes sowie personell aufwendiges professionelles Gesundheitssystem relativ ohnmächtig gegenüber. Es scheint an schwer zu durchbrechende Effizienz- und Effektivitätsschranken zu stoßen.

Es charakterisiert die Problemwahrnehmung der dominierenden Gesundheitsökonomie, daß die von ihr erhobenen strukturellen Veränderungsfordernisse nicht so sehr auf eine Akzentverschiebung zugunsten vermehrter und systematischer Primärprävention gerichtet sind, sondern sich weit stärker auf eine Veränderung der Finanzierungs- und Steuerungsmodi innerhalb des bestehenden institutionellen Gefüges konzentrieren. Nicht Verhältnisprävention (im Sinne gesundheitsgerechter Arbeits- und Umweltverhältnisse) bildet das Credo dieser Denkrichtung, sondern Verhaltenssteuerung bei der Erstellung und Inanspruchnahme kurativer Leistungen durch vermehrte Implementierung wettbewerblicher und marktwirtschaftlicher Elemente mit dem Ziel größerer Wirtschaftlichkeit. Hierzu versprechen sich ihre Protagonisten freilich insofern einen (Verhaltens-)Präventionseffekt, als bei stärkerer Belastung der Individualeinkommen mit Gesundheitsausgaben eine gesundheitsbewußte Lebensorientierung aufgrund ökonomischen Eigennutzes an Attraktivität gewinnt.

Seit Beginn der Kostendämpfungsdebatte in den 70er Jahren ist das westdeutsche Gesundheitswesen von zwei Seiten unter verstärkten Privatisierungsdruck geraten. Zeichnete sich die Anbieterseite von Gesundheitsgütern und -leistungen schon seit jeher durch eine starke Stellung privater oligo-

politischer (Arzneimittelindustrie) und ständischer (staatlich zwangsyndizierte niedergelassene Ärzteschaft) Gruppen aus, so konzentrieren sich die Bemühungen interessierter Privatfirmen und vieler öffentlicher Verwaltungen seither auf verstärkte Privatisierungen im stationären Sektor der Krankenversorgung, der bisher zumindest noch mehrheitlich unter öffentlicher Kontrolle stand. Aber auch auf dem Gebiet des Krankentransports, der Heimdialyse oder den medizinischen Bädern etc. lässt sich seit Jahren ein Vordringen privater Unternehmen beobachten.

Der vom neuen Krankenhaus-Finanzierungsgesetz und der Pflegesatzverordnung (beide 1985 in Kraft getreten) im Vergleich zu früher noch verstärkte Rationalisierungsdruck bewirkt im stationären Sektor der Krankenversorgung häufig die Übergabe ganzer Kliniken an private Betreiber, von denen man sich eine wirtschaftlichere Betriebsführung erhofft oder die Übertragung bestimmter Versorgungsaufgaben innerhalb öffentlicher Krankenhäuser (Küche, Wäsche, Gebäudereinigung) auf Privatfirmen. Auf das Für und Wider solcher staatlich vermittelten Privatisierungsmaßnahmen wird weiter unten noch einzugehen sein. Die ihnen zugrunde liegende Logik lautet – auf einen kurzen Nenner gebracht – folgendermaßen: Die öffentlichen Haushalte und die GKV sollen durch die Privatisierung von bisher in öffentlicher Regie betriebenen Einrichtungen der Krankenversorgung entlastet und erweiterungswilligen Unternehmen gleichzeitig ein neues Kapitalanlagefeld geboten werden. Daß sich die propagandistisch dick herausgestrichene Kostenersparnis nach der Privatisierung in der Regel einer gesteigerten Arbeitslosigkeit, niedrigeren Lohnsätzen und dem vermehrten Einsatz nicht sozialversicherungspflichtiger Teilzeitarbeit verdankt, wird von ihren Befürwortern meist verschwiegen, entspricht aber durchaus dem auch andemorts wirkenden Trend zu einer verstärkten Belegschaftsspaltung durch ungeschützte Teilzeit- und befristete Arbeitsverhältnisse. Uhausenprochen wird ferner die zugleich mit der Privatisierung unter den Beschäftigten Einzug haltende Arbeitsplatzunsicherheit und -angst als willkommene Gratisproduktivkraft instrumentalisiert. Ob schließlich die in öffentlichen Krankenversorgungseinrichtungen gängigen Standards der Pflegequalität und allgemeinen Patientenversorgung nach Privatisierungen gehalten werden können, sollte künftig kritischer geprüft und nicht wie bisher einfach unterstellt werden.

Doch nicht nur auf der Angebotsseite des Gesundheitswesens sind starke Privatisierungstendenzen

wirksam. Auch die kollektive Finanzierung unseres Gesundheitswesens nach dem Solidaritätsprinzip wird zur Disposition gestellt. So wird insbesondere zur Bekämpfung der als Beitragssatztreibend dienenden „Umlage- bzw. Trittbrettfahrer-Mentalität“ der Versicherten gefordert, sie stärker direkt an den Kosten der Behandlung zu beteiligen. Diesem Ziel dienen die diversen Selbstbeteiligungs-Modelle, die mit stereotyper Regelmäßigkeit eine (Teil-)Privatisierung der Kosten für Arzneien, Zahnersatz sowie ambulante und stationäre Behandlung fordern. Besonders energische Marktkräfte wollen darüber hinaus auch den Charakter der GKV als Pflichtversicherung für die große Mehrheit der Bevölkerung annullieren. Sie plädieren für die Absenkung der Beitragsbemessungsgruppe und die Einschränkung oder Beseitigung der freiwilligen Versicherung in der GKV. Die sogenannten Besserdienden könnten dann zwischen verschiedenen „Voll-“ bzw. „Teilkasko-Modellen“ auf dem privaten Versicherungsmarkt mit speziellen, auf ihre je besonderen Risiken zugeschnittenen Konditionen wählen. Zugleich sollte der Leistungskatalog der GKV im Sinne einer nur noch das lebensnotwendige Minimum an Gesundheitsleistungen bietenden Grundsicherung eingeschränkt werden. Wer bessere und differenziertere Diagnostik, aufwendigere Behandlung und zuwendungsintensivere Pflege will, kann für alles dies ja auf dem privaten Versicherungsmarkt gesonderte Verträge abschließen.

Die genannten Privatisierungsforderungen, die die Nachfrage- bzw. Finanzierungsseite unseres Gesundheitssystems betreffen, unterliegen einer anderen Logik als die zuvor geschilderten. Denn hier geht es nicht so sehr um Kostensenkung, sondern eher um Marktexpansion an der GKV vorbei. Besonders nachdrücklich wird dieser Gesichtspunkt vom „Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung“ (SVR) in seinem Jahresgutachten 1985/86 betont. In einem gesonderten Abschnitt zur Gesundheitspolitik wird dort festgestellt, daß selbst überproportional steigende Gesundheitsausgaben (in bezug auf das Bruttonsozialprodukt- bzw. Grundlohnsummenwachstum) nicht per se negativ zu bewerten seien, sondern den Wunsch der Bevölkerung nach einer besseren gesundheitlichen Versorgung reflektieren.² Das Gesundheitswesen wird als dynamischer Wachstumssektor apostrophiert, der wegen seiner arbeitsintensiven Produktionsmethoden große Beschäftigungschancen biete. Ergänzend ließe sich hinzufügen, daß aufgrund der „kleinbetrieblichen“ Produktionsweise der meisten Gesundheitsleistungen (vor allem in der ambulanten ärztlichen Versorgung und den nichtärztlichen Gesundheitsberufen wie Bademeister, Masseure, Krankengymnasten, Psychotherapeuten etc.) dieser Sektor ein ideales Betätigungsfeld für Mittelschichten-Professionals bildet und sich daher bestens in das von der Bundesregierung geförderte Leitbild der „neuen Selbstständigkeit“ einfügt. Schließlich weist der Dienstleistungssektor insgesamt vor allem aber das Gesundheitswesen eine äußerst niedrige Importquote auf, so daß jeder Konsumzuwachs in vollem Umfang der inländischen Beschäftigung zugute kommt.

Dieses auf den ersten Blick positive Bild dynamischen wirtschaftlichen Wachstums besitzt laut SVR jedoch eine Schattenseite: Denn jede Mark, um die die Gesundheitsausgaben wachsen, erhöht beim bestehenden GKV-System die Lohnnebenkosten. Für die Unternehmen bestehen zwei alternative Reaktionsmöglichkeiten: Entweder sie erhöhen bei eingeschränktem Preiswettbewerb einfach ihre Verkaufspreise um den Betrag der Lohnnebenkostensteigerung; dies würde zur Wiederholungsetzung inflationärer Prozesse führen. Oder sie sind gezwungen – sofern sie im Polypol unter hoher Wettbewerbsintensität agieren – die Lohnnebenkosten erhöhung hinzunehmen; dann komprimiert sich ihr Gewinn und es sinkt nach neoklassischer Schul-

buchweisheit auch ihre Investitionsfähigkeit und -neigung. Beides wäre selbstverständlich für ein Gremium wie den SVR nicht akzeptabel. Der als gesundheitspolitisches El des Kolumbus angepriesene Ausweg aus diesem Dilemma besteht laut SVR darin, das Ausgabenwachstum für Gesundheitsleistungen aus dem GKV-System herauszulösen, d. h. die Gesundheitsausgaben weitestgehend zu privatisieren: Selbstbeteiligung, Kostenersstattung (statt Sachleistungsprinzip), Privatversicherung laufen die dementsprechenden Forderungen. Die GKV würde auf eine Versicherung gegen „Großrisiken“, d. h. lebensbedrohliche Krankheitstage reduziert, die Mitglieder im übrigen auf eine freiwillige Zusatzversicherung verwiesen.

Befürchtungen, daß bei vermehrter direkter Eigenbeteiligung der Patienten an den Behandlungskosten auch im Endeffekt die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zurückgeht, teilt der SVR nicht. Tatsächlich bieten die Vereinigten Staaten das beste Beispiel dafür, wie mit einem weitgehend privaten Gesundheitswesen glänzende Geschäfte zu machen sind: Dort erreichte der Anteil der direkten Privatfinanzierung des Gesundheitswesens den Wert von rund 30 Prozent (1982); in der BRD ca. 7 Prozent; lediglich ältere Menschen ab 65 Jahren und wohlfahrtsberechtigte Unterstützungsmpfänger sind in der öffentlichen Krankenversicherung (Medicare bzw. Medicaid) Mitglied, deren Kosten vom Bund bzw. den Bundesstaaten getragen werden. Diese öffentliche Versicherung kommt insgesamt für etwa 40 Prozent der Kosten auf, während die übrigen 60 Prozent der amerikanischen Ausgaben für Gesundheit von privaten Versicherungsunternehmen bestritten werden. Gleichzeitig ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttonsozialprodukt in keinem anderen kapitalistischen Industrieland so hoch wie in den USA (10,6 Prozent 1982)³.

Schon jetzt zeichnet sich ab, daß der Markt für Gesundheit rasch die traditionellen Grenzmarkierungen überschreitet. So expandieren die Ausgaben für hochwertige Diäten, Vitaminpräparate und Heim-Trainingsgeräte; die Inhaber von Fitness- und Body-Building-Studios erfreuen sich wachsender Nachfrage. Innerhalb der herkömmlichen Institutionen des Gesundheitswesens sind vor allem der Krankenhaussektor und die GKV im Visier von privaten Krankenhaus-Ketten und Versicherungsgesellschaften. Die Annahme einer trotz privatisierter Finanzierung wachsenden Nachfrage nach Gütern und Leistungen des Gesundheitswesens bezieht sich selbstverständlich nur auf ihr aggregiertes Niveau, nicht hingegen auf die Nachfrage jedes einzelnen nach Gütern und Leistungen des Gesundheitswesens. Denn wie auch der SVR weiß – es jedoch geflissentlich verschweigt – würde bei der Wiedereinführung des Äquivalenzprinzips im Gesundheitswesen die Höhe der zahlungsfähigen Nachfrage zum bestimmenden Ausschlußkriterium. Die Höhe des Einkommens wäre, mit anderen Worten, der wichtigste Bestimmungsfaktor für Umfang und Qualität der medizinischen Versorgung; die soziale Ungleichheit in der Exposition gegenüber Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt und im Reproduktionsbereich, deren Leidtragende vor allem die unteren und mittleren Gruppen der Arbeiter und Angestellten sowie die Arbeitslosen sind⁴, würde durch die Orientierung der Zugangsvoraussetzungen zum Medizin-System an der zahlungskräftigen Nachfrage noch verschärft. Das Wachstum schließlich, welches der SVR für den Fall der Verwirklichung seiner Vorschläge im Gesundheitswesen in Aussicht stellt, beträfe lediglich den Umfang der in diesem Sektor erzielten Einkommen, nicht hingegen die Versorgungsqualität.

Jedes zusätzlich konsumierte Stärkungsmittel, dessen therapeutischer Effekt gleich Null ist, stellt für die herrschende Richtung unserer Nationalökonomie ebenso einen Beitrag zum wirtschaftlichen

WSI



Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege



Bestellungen an das
WSI des DGB
Hans-Böckler-Straße 39
4000 Düsseldorf 30

Wachstum dar wie jeder neu produzierte Panzer, jedes neu eingerichtete Maklerbüro und Geldanlage-Beratungsinstitut. Längst hat sich die bürgerliche Wirtschaftswissenschaft abgewöhnt, zwischen produktiven und unproduktiven Ausgaben zu differenzieren – ihr gilt umstandlos jede Ausgabe, die zur Quelle von Gewinn- und Lohneinkommen wird, als sozialproduktsteigernd und damit wachstumsfördernd.

Privatisierung und Durchstaatlichung

Würde die Realisierung der von den Unternehmerverbänden, der FDP und dem Wirtschaftsflügel von CDU und CSU geforderten Privatisierungsmaßnahmen auf der Angebots- und Finanzierungsseite des Gesundheitswesens tatsächlich zu einem reduzierten Niveau staatlicher Regulierungen und Interventionen in diesem Sektor führen? Zur Beantwortung dieser Frage empfiehlt es sich, zwischen bürokratisch-juristischen Regulierungen und finanziellen Interventionen zu unterscheiden. So ist es durchaus möglich, daß die staatlichen Haushalte und die Kassen der Sozialversicherungsträger mittels der angestrebten Privatisierungsmaßnahmen entlastet werden können, freilich nur um den Preis einer Verlagerung der Verantwortlichkeiten von den Trägern der Sozialversicherung auf die Gemeinden als Hauptträger der Sozialhilfe. Sofern ein wachsender Personenkreis bei länger andauernder Arbeitsunfähigkeit die Selbstbeteiligungskosten für die Heilbehandlung nicht mehr aufzubringen vermag, müßte die kommunale Sozialhilfe vermehrt einspringen.

Anders vorhält es sich mit den bürokratisch-juristisch Regulierungen: Sie würden im Falle der Realisierung der angesprochenen Privatisierungsstrategien nicht ab-, sondern zunehmen. Beispielsweise kommt kein Selbstbeteiligungsmodell, das sich gegenwärtig in der Diskussion befindet, ohne spezielle Härteklauseln in bezug auf diejenigen Bevölkerungsteile aus, die am offiziellen Existenzminimum leben. Die Implementierung solcher Härtefall-Regelungen hätte aber, eine ganz erhebliche Ausweitung staatlicher Einzelfallprüfungen auf Bedürftigkeit, d. h. eine weitere Durchlöcherung des durchweg kollektivrechtlich geregelten Bedarfsprinzips zur Folge (...). Solche entwürdigenden Prozeduren laufen dem ausgewiesenen Ziel der Entwicklung von Selbstbewußtsein und Aufstiegswillen des Klienten allerdings diametral entgegen. Sie sind auch sicherlich nicht mit weniger, sondern nur mit mehr Bürokratie zu haben. Zudem finden gerade die Bedürftigsten den Zugang zu solchen Regelungen oft nicht. Die Sozialhilfe wird z. B. nur von der Hälfte der Berechtigten in Anspruch genommen. Die (untere) Hälfte der Armut wird dadurch doppelt ausgegrenzt.¹⁶

Die Ausgrenzung von Beschäftigten aus dem Sozialversicherungssystem und ihre Abdrängung in die Sozialhilfe im Falle von Arbeitslosigkeit oder Krankheit ist auch ein Charakteristikum der meisten Privatisierungsmaßnahmen auf der Angebotsseite des Gesundheitswesens. So ist es für ein privates Reinigungs- oder Wäschereiunternehmen im Krankenhaus äußerst gewinnbringend, die Arbeitskräfte – meist Frauen – nur für zwei bis drei Stunden täglich einzustellen. Es spart so die Arbeitgeberbeiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung. Aus diesen arbeitsvertraglichen Bedingungen (unter 20 Std. wöchentlicher Arbeitszeit) entstehen der Allgemeinheit erhebliche Folgekosten. Im Alter, bei längerer Krankheit oder Arbeitslosigkeit sind die betroffenen Frauen auf Sozialhilfe angewiesen. Der finanzielle Entlastungseffekt von Privatisierungsmaßnahmen wird hierdurch erheblich relativiert, indem die Kommunen für die sozialen Langfristfolgen der Privatisierung aufkommen müssen.

Insgesamt bedeutet die anvisierte und teilweise schon realisierte Privatisierung unseres Gesund-

heitssystems also keineswegs den Rückzug des Staatos aus der Gesellschaft, die Überantwortung der Gesundheitssicherung und Krankenversorgung an spontane Marktkräfte. „Vielmehr soll die längst stattgefundene Durchstaatlichung der Gesellschaft durch autoritäre Eingriffe effektiver, kostengünstiger und politisch störungsfreier organisiert werden.“¹⁷ (...)

Auswirkungen der Privatisierungstendenzen

Nachdem bereits in den vorangegangenen Abschnitten vorschiedentlich auf die Auswirkungen des Privatisierungskurses hingewiesen worden ist, soll nun der Versuch gemacht werden, sie in übersichtlicher Form zu systematisieren. Dabei werden dem Leser zum einen empirische Angaben über bereits eingetretene Privatisierungserfolge unterbreitet, zum anderen werden begründete Hypothesen über mögliche bzw. wahrscheinliche Folgen aufgestellt, sofern sie noch nicht mit der nötigen Klarheit auszumachen sind oder es sich um die Folgeschätzung von Konzepten handelt, die sich erst noch in der Diskussion befinden.

Privatisierungsfolgen im stationären Sektor

In einem nach Krankenhäusern unterschiedlicher Zweckbestimmung gegliederten Krankenhauswesen wie dem bundesdeutschen obliegt die Behandlung, Unterbringung und Pflege von Patienten mit akuten Krankheiten den Allgemein- und Fachkrankenhäusern, während chronisch und Langzeit-Kranke sowie Rehabilitanden in Sonderkrankenhäusern versorgt werden. In den Kur- und Rehabilitationsinrichtungen, die zur Kategorie der Sonderkrankenhäuser gehören, soll nach § 184a RVO keine Krankenhauspflege erbracht werden, sie dienen zur Behandlung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung), „wenn dies erforderlich ist, um eine Krankheit zu heilen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten“. Infolge dieser Bestimmung kommen Kur- und Rehabilitationskrankenhäuser mit erheblich weniger Pflegepersonal (bezogen auf die Zahl der planmäßigen Betten) aus als die Akutkrankenhäuser. Dieser Umstand führt zu niedrigeren Kosten pro „Pflegetag“ und drückt sich in niedrigeren Pflegesätzen als in Akutkrankenhäusern aus. Wie in Abschnitt 3.1.1. (des Originalskripts, hier nicht abgedruckt) gezeigt wurde, zieht dieser Kostenvorteil in starkem Maße private Krankenhausträger an, die im Bereich der Kur- und Rehabilitationskrankenhäuser ihren Tätigkeitsschwerpunkt haben. Die private Kapitalanlage im Krankenhausbereich zielt mit andoren Worten überwiegend auf die nicht oder nur wenig pflegebedürftigen, „billigen“ Patienten. Da in den Akutkrankenhäusern, die zum überwiegenden Teil von öffentlichen Trägern gehalten werden, die Pflegesätze nach dem Krankenhausgesetz von 1972 vollständig pauschaliert wurden, d. h. bei ihrer Kalkulation die Durchschnittskosten je „Pflegetag“ zugrunde gelegt wurden, so daß die überdurchschnittlich hohen Kosten von „teuren“ Patienten durch die Überschüsse von weniger pflege- und behandlungsbedürftigen Patienten kompensiert wurden, hatte die Umlenkung der Patientenströme in die von privaten Trägern dominierten Kur- und Rehabilitationskrankenhäuser für die öffentlichen Akutkrankenhäuser einen kostensteigernden Effekt. Dadurch, daß „das selektive Anlagerhalten der Privaten gerade auf die „billigen“ Patienten zielt, erhöhen sich in den anderen Kliniken die Durchschnittskosten und damit auch die Pflegesätze. Dieser Effekt wiederum erhöht den Preissetzungsspielraum der Privatkliniken und begünstigt somit deren weitere – von öffentlicher Einflußnahme weitgehend unabhängige – Expansion.“¹⁸

Das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG) von 1985 hat die vollständige Pflegesatzpauschalierung eingeschränkt. Es sieht vor, daß künftig Sonderentgelte, diagnosebezogene Fallpauschalen und Komplexgebühren bei bestimmten kostenaufwendigen

Leistungen, etwa in der Leukämiebehandlung, bei Herzoperationen oder Transplantationen vereinbart werden können. Auch müssen die Krankenhäuser künftig ihre Pflegesätze mit den Krankenkassen im voraus vereinbaren und neben Nachweisen über angefallene Kosten nunmehr erstmals auch die erbrachten Leistungen gegenüber den Kassen dokumentieren. Der beschriebene Zusammenhang, wonach die Verlagerung von Patienten mit geringer Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit in private Sonderkrankenhäuser die Pflegesätze in öffentlichen Akutkrankenhäusern in die Höhe treibt, bleibt jedoch auch unter dem neuen Gesetz bestehen.

Auswirkungen der Selbstbeteiligung Finanzielle und verteilungspolitische Auswirkungen

Jede Art der Selbstbeteiligung setzt zunächst an der Stelle, an der sie eingeführt wird, die solidarische Finanzierung nach dem Sachleistungsprinzip ganz oder teilweise außer Kraft. Sofern für bestimmte Güter oder Leistungen den Patienten direkte Zuzahlungen abverlangt werden, ist natürlich für diejenigen mit niedrigem Einkommen die Belastung prozentual höher als für diejenigen mit einem höheren Einkommen. Die asymmetrischen Verteilungswirkungen können anhand der Ergebnisse eines Modellversuchs der AOK-Lindau veranschaulicht werden: Dort zeigte sich, „daß es insbesondere Versicherte mit kleinen Einkommen sind, die überproportional viel an Selbstbeteiligungen aufzubringen haben. In einem Zeitraum, der das zweite Halbjahr 1983 und das erste Halbjahr 1984 umfaßt, mußten Versicherte mit dem jährlichen Einkommen unter 5000,— DM 3,0 % davon für Eigenanteile abzweigen, in der Gruppe 5000 bis 10 000 DM waren es 1,8 %, in der Gruppe 10 000 bis 15 000 DM 1,1 % und in der Gruppe 15 000 bis 20 000 DM immerhin noch 0,9 %. Erst dann beginnt sich der Anteil zwischen 0,7 % und 0,5 % einzupendeln.“¹⁹

Grundsätzlich hängen die Verteilungswirkungen von der Höhe und der konkreten Ausgestaltung der Selbstbeteiligung ab. So ist ein prozentualer Selbstbehalt bei bestimmten teuren Leistungen (wie z. B. Zahngrothesen) durchaus mit Ausschlußwirkungen auf untere Einkommensschichten verbunden, während ein fester Selbstbehalt zwar ebenfalls asymmetrische Verteilungswirkungen besitzt, jedoch in der heute praktizierten Form nur in Extremfällen zu einem Unterlassen der medizinisch verordneten Inanspruchnahme führt (etwa wenn ärztliche Verordnungen aus Einkommensgründen nicht eingelöst werden oder das Krankenhaus vorzeitig verlassen werden muß). Die festen Zuzahlungen, wie sie in der BRD für jedes ärztlich verordnete Arzneimittel vorgesehen sind, hatten jedoch das Ausweichen der Patienten und verschreibenden Ärzte auf größere Packungsinhalte zur Folge, so daß sich der angestrebte Steuerungserfolg sogar in sein Gegenteil verkehrt.²⁰ Sofern nicht alle Leistungsbereiche des Gesundheitswesens mit Selbstbeteiligungsregeln belegt werden, sind Substitutionseffekte in der Form wahrscheinlich, daß Patienten verstärkt in die nicht mit Selbstbeteiligung verbundenen Sektoren ausweichen.

Insgesamt ergibt sich, daß der Steuerungserfolg im Sinne einer Senkung der Inanspruchnahme nur gewährleistet ist, wenn die Selbstbeteiligung hinreichend hoch und mithin für die Versicherten finanziell spürbar ist und keinen Bereich des Gesundheitswesens ausspart; hierdurch würden jedoch die unteren Einkommensschichten von der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ausgeschlossen und das Ziel der „Sozialverträglichkeit“ verletzt. Das Steuerungsdilemma der Selbstbeteiligung wird von B. Scharf im Anschluß an einschlägige empirische Untersuchungen wie folgt zusammengefaßt: „Geringe Kostenbeteiligungen hätten keine nennenswerten Effekte, hohe Kostenbeteiligungen wirken zwar kurzfristig, zeigten aber problematische gesund-

heits- und verteilungspolitische Wirkungen.“¹²

Die Fragwürdigkeit der Selbstbeteiligung als gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument ergibt sich schließlich auch aus der Tatsache, daß über die große Mehrzahl der medizinischen Leistungen nicht die Patienten, sondern die Anbieter von Gesundheitsleistungen, vor allem die Ärzte, entscheiden. Allenfalls der Erstkontakt mit dem Allgemeinarzt hängt von der Patientenentscheidung ab; die Wiedereinbestellungen, die Überweisungen zu Fachärzten oder ins Krankenhaus, die Einzelleistungen pro Behandlungsfall und die Arzneiverordnungen sind dem Einfluß des Patienten weitgehend entzogen – die Nachfrage nach ihnen gilt als arztinduziert.¹³ Aufgrund der weithin anbieterinduzierten Nachfrage muß die Selbstbeteiligung als Strategie mit falschem Adressaten bezeichnet werden, da die Nachfrage nach medizinischen Leistungen nicht von denen abhängt, deren Geldbeutel durch die Selbstbeteiligung belastet wird.

Sozialmedizinische Auswirkungen

Aus empirischen Untersuchungen ist bekannt, daß das Gros aller medizinischen Leistungen auf eine relativ schmale Schicht von Versicherten – meist chronisch Kranke und ältere Menschen – entfällt. In der schon zitierten Studie zu den Selbstbeteiligungswirkungen im Bereich der AOK-Lindau stellt der Verfasser fest, daß jeweils ein Prozent aller Versicherten zwölf Prozent der Arzneimittelausgaben, 27 Prozent der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel, 39 Prozent der stationären Behandlungskosten und 39 Prozent der Zahnersatzkosten verursachten.¹⁴ Gerade diese Gruppe der chronisch und Langzeitkranken sowie der älteren Menschen mit steigender Morbidität wird aber von der Selbstbeteiligung am nachhaltigsten betroffen. Chronisch Kranke, die ohnedies meist mit erheblichen Beeinträchtigungen ihrer Lebensqualität konfrontiert sind, werden durch die Selbstbeteiligung zusätzlich finanziell „bestraft“.

Sollte die Selbstbeteiligung – was gegenwärtig noch nicht der Fall ist – auch auf die ambulante ärztliche Behandlung ausgedehnt und so eine finanzielle Barriere zwischen Patient und Arzt errichtet werden, so ist die frühzeitige, angemessene Behandlung von Krankheiten ebenso erschwert wie die Früherkennung. Denn dann steigt die Wahrscheinlichkeit, daß insbesondere Angehörige der unteren sozialen Schichten notwendige Arztbesuche hinausschieben oder ganz unterlassen. „Unterbleiben also ärztliche Untersuchungen aufgrund der Selbstbeteiligung, so können Verschleppungen eintreten, die später zusätzlich zu den medizinischen Folgen in der Regel eine kostenaufwendigere Behandlung erfordern.“¹⁵

Schließlich trägt die Selbstbeteiligung dazu bei, die professionelle ärztliche Kompetenz in der Krankheitsbehandlung zu untergraben. Schiebt sich zwischen Arzt und Patient (wieder) die „gefährlosebare Zahlung“, so werden zumindest einkommensschwache Patienten auf billige Behandlungsmethoden und frühzeitige Krankenhausentlassung drängen, sofern sie sich überhaupt in ärztliche Behandlung begeben. Wenn heutzutage insbesondere die ärztlichen Standesvertreter vollmundig die vermeintlichen Vorteile der Selbstbeteiligung in der Öffentlichkeit anpreisen, so scheinen sie dabei den drohenden Kompetenz- und Autoritätsverlust der ärztlichen Profession zu übersehen, der sich notwendig aus der Aufwertung von ökonomisch zu treffenden Laien-Entscheidungen über die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ergibt.

Private Krankenversicherung und Kostendämpfung

Nimmt man die marktwirtschaftlichen Gesundheitsökonomen, die sich von der privaten Versicherung

gegen Krankheit mit ihren Selbstbehalt-Tarifen eine kostenbewußtere Inanspruchnahme und eine Zurückdrängung der Umlage-Mentalität versprechen, beim Wort, so müßten die Krankheitskosten je Versicherten in der PKV niedriger als in der GKV liegen. Eine solche Vermutung ist auch aus dem Grund plausibel, daß in der PKV sog. „gute Risiken“ verschieren sind. Eine Autorengruppe unter der Leitung von M. Pfaff hat diese Hypothese einer empirischen Prüfung unterzogen, wobei sie sich auf die Kostenentwicklung für ambulante ärztliche Leistungen pro Versicherten in GKV und PKV konzentriert, also auf den Bereich, auf den die Versicherten noch den größten Einfluß haben.¹⁶ Sie konnte zunächst zeigen, daß die Ausgaben der PKV für ambulante ärztliche Leistungen je Versicherten unter den entsprechenden Ausgaben der GKV lagen (221,— DM gegenüber 238,— DM im Jahre 1978).¹⁷ Damit sind jedoch noch keineswegs die von den PKV-Versicherten in der ambulanten Behandlung verursachten Kosten erfaßt: denn erstens erhalten die privaten Versicherten Beamten von ihrem Dienstherrn eine Beihilfe in Höhe von 50 bis 70 Prozent der Krankheitskosten und zweitens müssen die übrigen PKV-Versicherten infolge der verbreiteten Selbstbehalt-Tarife einen Teil der Krankheitskosten selbst übernehmen. Die Kosten der ambulanten ärztlichen Behandlung der PKV-Versicherten decken sich also nicht mit den Leistungsausgaben der PKV für diesen Bereich.

Addiert man die Beihilfe und die Selbstbehalte zu den PKV-Ausgaben für die ambulante Behandlung hinzu und vergleicht den ermittelten Wert mit den entsprechenden GKV-Ausgaben, so hat sich das ursprüngliche Verhältnis in sein Gegenteil verkehrt: Während ein PKV-Versicherter 1978 im Durchschnitt 415,— DM an ambulanten Behandlungskosten verursachte, lag der durchschnittliche Pro-Kopf-Wert der GKV-Versicherten bei 241,— DM.¹⁸ Zudem war die Kostendynamik der PKV-Versicherten ausgeprägter als die der GKV-Versicherten. Der größte Teil der ermittelten Kostendifferenz läßt sich durch die unterschiedliche ärztliche Honorarhöhe bei Privat- bzw. GKV-Patienten erklären: Das durchschnittliche GOÄ-Vielfache betrug 1978 in der GKV 1,7, in der PKV aber 3,0. Wenn damit die private Krankenversicherung mit ihren Selbstbehalt-Tarifen nachweislich keinen Beitrag zur Kostendämpfung leistet, so ist sie andererseits ein ideales Mittel zur Aufbesserung der ärztlichen Einkommen.

Anmerkungen

- 1 Vgl. Gesundheitspolitische Strukturkommission beim DBB-Bundesvorstand, Der sozialärztlichen Gesundheitsversicherung die Zukunft, Bd. 1, Grundmängel – Grundforderungen – Reformperspektiven, WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr. 60, Köln 1987, S. 12.
- 2 Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 1985/86, Tz. 358 ff.
- 3 Vgl. B. Scherf, Mehr Markt – mehr Wirtschaftlichkeit? Marktkonzeptionen konservativer Gesundheitspolitik, in: WSI-Mitteilungen 10/1985, S. 570–583, hier: S. 578; ferner: Wissenschaftszentrum Berlin, USA: Nachteile einer Entwicklung, in: Das Krankenhaus 5/1990, S. 212–214, hier: S. 212.
- 4 Vgl. A. Oppolzer, Soziale Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit: Arbeits- und Lebensbedingungen als Risikofaktoren, in: Soziale Sicherheit 3/1986, S. 94–99.
- 5 Entfällt.
- 6 R. Rosenbrück, Die Kolonialisierung des Sozialstaats, in: Soziale Sicherheit 11/1985, S. 324–330, hier: S. 326.
- 7 H.-U. Deppe, Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Zur Kritik der Gesundheitspolitik, Frankfurt/M. 1987, S. 88.
- 8 Wie der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, a.a.O., Tz. 280 feststellt, wird diese Aufgabenteilung nicht immer eingehalten. So führt er Beispiele dafür an, daß in einigen Kur- bzw. Rehabilitationskrankenhäusern auch akutmedizinische Leistungen erbracht werden, bzw. daß Akut-Kranke häufig frühzeitig bis zu ihrer Entlassungsfähigkeit in solche Einrichtungen verlegt werden, wenn die Bettensituation des Akutkrankenhauses angespannt ist.
- 9 H. Kühn, Privatisierungstendenzen im Krankenhaus, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 6, Argument-Sonderband AS 53, Berlin/W. 1980, S. 33–43, hier: S. 42.
- 10 H. Berg, Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen seit 1977, in: Soziale Sicherheit 5/1986, S. 148–155, hier: S. 154; dabei zeichnen diese Daten „noch ein relativ positives Bild von der tatsächlichen Belastung der verschiedenen Einkommenschichten, denn die Rentner [mit ihren Einkommen im unteren Bereich der Einkommensskala und ihrer hohen Inanspruchnahme] und die Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln konnten mangels fehlender Datengrundlage nicht berücksichtigt werden.“ Ebd.
- 11 „Feste Selbstbeteiligungen in der heute üblichen Art für einzelne Verordnungen setzen falsche Akzente. Große Packungen werden dadurch aus der Sicht der Patienten mit einem ökonomischen Anreiz versehen. (...) Anreize zu kostengünstiger Inanspruchnahme fehlen; Kombinationspräparate werden tendenziell Einzelverordnungen vorgezogen.“ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, a.a.O., Tz. 288.
- 12 B. Scherf, Mehr Markt – mehr Wirtschaftlichkeit, a.a.O., S. 577.
- 13 Die einzigartigen Möglichkeiten, als Anbieter über Struktur und Umfang der Nachfrage bestimmen zu können, haben die niedergelassenen Ärzte in den letzten Jahren virtuos zur Verteidigung ihrer hohen Einkommen genutzt: „So blieb trotz sinkender Mitgliederzahlen (der GKV) im Zeitraum 1980 bis 1985 (– 1,9 v. H.) und sinkender Primärbeanspruchung (– 4,2 v. H.) von Ärzten durch Versicherte (Erstkontakteaufnahme) die Zahl der bei den Ärzten insgesamt behandelten Fälle nahezu konstant (– 0,4 v. H.). Zurückzuführen ist dies auf den starken Anstieg der Überweisungen (+ 13,8 v. H.), der mit einer enormen Zunahme der pro Fall erbrachten Leistungen (Punktzahlanstieg pro Behandlungsfall + 15,1 v. H.) einhergeht.“ K. Hofmann, E. Riedegeld, Ambulante und medizinische Versorgung an den Grenzen von Finanzierbarkeit, Effizienz und Effektivität, in: WSI-Mitteilungen 11/1986, S. 737–745, hier: S. 740.
- 14 H. Berg, Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen seit 1977, a.a.O., S. 154.
- 15 H.-U. Deppe, Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, a.a.O., S. 112.
- 16 M. Pfaff, M. Schneider, M. Kerschreiter, M. Stumpf, Wahltarife in der Krankenversicherung. Die Auswirkungen alternativer Formen des Selbstbehalts auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der privaten Krankenversicherung und die Bedeutung derartiger Tarifmodelle für die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Forschungsbericht Nr. 42 Gesundheitsforschung, hg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1980.
- 17 Ebd., S. 48f.
- 18 Ebd., S. 54.

Inhaltsverzeichnis der gesamten Untersuchung

1. Zusammenfassung	1
2. Einleitung	3
2.1. Hintergründe und Ziele der Privatisierung	3
2.2. Privatisierung und Durchstaatlichung	9
2.3. Anlage und Aufbau der Untersuchung	10
3. Stand und Entwicklungstendenzen der Privatisierung im westdeutschen Gesundheitswesen	11
3.1. Privatisierung auf der Anbieterseite des Gesundheitswesens	11
3.1.1. Privatkrankenhäuser	11
3.1.2. Belegarztsystem	20
3.1.3. Wirtschaftsabteilungen im Krankenhaus	22
3.2. Privatisierung auf der Nachfrage- und Finanzierungssseite des Gesundheitswesens	26
3.2.1. Ausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit	26
3.2.2. Selbstbeteiligung	30
3.2.3. Private Krankenversicherung	33
4. Auswirkungen der Privatisierungstendenzen	37
4.1. Privatisierungstendenzen im stationären Sektor	37
4.2. Auswirkungen der Selbstbeteiligung	38
4.2.1. Finanzielle und verteilungspolitische Auswirkungen	38
4.2.2. Sozialmedizinische Auswirkungen	40
4.3. Private Krankenversicherung und Kostendämpfung	41
Anmerkungen	43

Handtuchabstand vorgeschrieben

Vom Mythos der Selbsthilfe

Behindertenhilfe gedeiht vorwiegend auf privatem Boden. Doch die Eigenleistung ist bedroht, wie eine Untersuchung ergeben hat. Experten verdrängen Laien, Bürokraten gestalten den Rahmen, und die Industrie streckt ihre Finger aus.

Selbsthilfe ist Hilfe, die man sich selbst leistet – ähnlich wie die Brüder Grimm hatte sich das auch Erika Manz (Name geändert, d. Red.) gedacht, als sie mit Freundeshilfe die Deutsche Parkinson-Vereinigung aus der Taufe hob. Doch dann kam der rauhe Alltag: Vereinsregulieren, Mitgliederwerbung, Öffentlichkeitsarbeit, Behördenkontakte und jede Menge Schreibkram. Selbsthilfe ist, so schien es nun, Hilfe, die man anderen lässt. Denn – obgleich das Interesse Mitbetroffener groß war, in praktische Mitarbeit ließ es sich nicht ummünzen. Dagegen standen technische Probleme, wie die Verteilung der Mitglieder über das ganze Bundesgebiet, (behinderungsbedingte) gesundheitliche Einschränkungen bei den Arbeitswilligen und nicht zuletzt jene Zurückhaltung, die sich gerne einstellt, wenn Mitmachen angesagt ist. Das Leid von Erika Manz ist nicht gerade sensationell. Jeder kennt den Reibungsverlust, der entsteht, wenn verbale Solidarität in praktisches Handeln überführt werden soll. Was den Fall Manz aber pikanter macht, ist, daß es sich bei der Parkinson-Vereinigung um eine jener modernen Organisationen der Gesundheitselfhilfe handelt.

Die Gesundheitselfhilfegruppen sind, wie die Selbsthilfe insgesamt, in den letzten Jahren zu Hoffnungsträgern des mit Kultprojekten wahrlich nicht überschütteten linken Spektrums geworden. Doch die Wirklichkeit ist mit den oft romantisierenden Anschauungen kaum in Deckung zu bringen. Dies ist die Quintessenz einer Untersuchung, die 1984 in Kassel bei über 50 Behindertenorganisationen durchgeführt und in einer Dissertation ausgewertet wurde.

Im Spiegel vor allem der Selbsthilfeforschung hält sich hartnäckig das Klischee einer überschaubaren und

ehler informellen Vereinigung, deren Tätigkeit durch gegenseitige Hilfe Betroffener bei tendenziell abnehmender Haltung gegenüber professionellem System und Staat gekennzeichnet werden kann.

Keines dieser Merkmale korrespondierte jedoch mit den in Kassel erhobenen Daten. Nun könnte dies der Tatsache zuzuschreiben sein, daß die untersuchten Organisationen eben nicht typische Vertreter der Selbsthilfe seien. Erfasst wurden bei der Kasseler Totalerhebung „alle nicht-kirchlichen und nicht-staatlichen Organisierungen, die zudem (...) hauptsächlich im – weitgefaßten – Sektor der Behindertenhilfe tätig sind“, wie es im Untersuchungsbericht heißt. Einbezogen wurden der Ortsverband des „Allergiker- und Astmatikerbundes“ ebenso wie die traditionelle „Behindertensportgemeinschaft“, der „Club Behindter und ihrer Freunde“ und die „Lebenshilfe“.

Für Vielschichtigkeit war damit gesorgt, und dennoch: Die organisationssoziologischen Übereinstimmungen waren größer als erwartet. Allein – sie bestätigten keine der Klischeevorstellungen von Selbsthilfe, sondern wiesen die formalisierte Organisation als den Regelfall aus. Es ist die Organisation mit Ämtern und Funktionären, mit einer in Lethargie verharrenden Basis, die gleichwohl das von einer Handvoll Aktiver präsentierte Serviceangebot mit regem Interesse wahrnimmt.

Grenzen zwischen dieser Art von Selbsthilfe und dem professionellen Dienstleistungssektor sind oft nur formal zu ziehen. Faktisch präsentiert sich ein Elternverein wie die „Lebenshilfe“ nicht anders als eine kommerzielle Klinik-GmbH. Profis übernahmen die Geschäftsführung in den mehr als 340 Le-

benshilfe-Werkstätten für Behinderte (WfB) mit ihren rund 70 000 Beschäftigten, und Profis formulierte das für diese Selbsthilfeinrichtungen verbindliche Werkstättenrecht. So wurden aus den Werkstätten der späten fünfziger Jahre GmbHs in den Sechzigern. Die Initiatoren jedoch, die Eltern, spuckte das System als überflüssig wieder aus. Sie disqualifizierten sich schon durch den fragenden Blick, wenn von SchwbG (sprich: Schwebeges), und AReha, von WfB-Verbund oder Gesellschaftsvertrag die Rede war.

Wohlmeinende Experten empfahlen zwar die elterliche Weiterbildung in Volkshochschulen, doch die Entwicklung hatte die Eltern bereits an den Rand gedrängt – mehr als die Mitsprache im Elternbeirat war nicht mehr drin. Was die Lebenshilfe vormachte und seit einigen Jahren kritisch reflektiert, ist kein seltsamer Ausrutscher im Entwicklungsprozess der Selbsthilfe, sondern Mahn- und Normfall gleichermaßen. Professionalisierung, wie sie hier durch die Gründung eigener Einrichtungen eingeleitet wurde, ist das Vordringen von Fachlichkeit in die vermeintliche Laiendomäne Selbsthilfe. Sie beginnt, so zeigt die Kasseler Studie, beim Expertenvortrag vor Mitgliedern der Rheuma-Liga, die sich hierdurch nicht nur die Informationen, sondern zugleich noch Sicht- und Sprechweise der Fachleute zu eigen machen. Das schafft im Krisenfall jene Loyalität, die jede Kritik aus den Reihen der Betroffenen etwa an pharmazeutischen „Kunstfehlern“ im Keim erstickt.

Professionalisierung macht aus Selbsthilfe-Funktionären Semi-Experten, die mit den höheren Weihen ihre Kritikfähigkeit zu verlieren scheinen. Gerade bei einem Teil der Kasseler Selbsthilfevereinigungen, den Chronisch-Kranken-Organisationen, erstaunt die vorbehaltlose Annahme schulmedizinischer Lehrmeinungen, für deren Versagen doch gerade die Chronisch-Kranken ein leuchtendes Beispiel sind.

Neben der Professionalisierung erwähnt die Selbsthilfestudie zwei weitere Entwicklungstrends, die in der Fachliteratur bisher kaum Beachtung fanden: Verrechtlichung und Vereinnahmung. Wenn Vereine das öffentliche Dienstleistungsangebot mit eigenen Einrichtungen ergänzen wollen, sind sie auf staatliche Mittel angewiesen. Die Anstellung einer Fachkraft allein würde in der Regel bereits den aus Mitgliedsbeiträgen genährten Haushalt sprengen. Doch die staatliche Mildtätigkeit erweist sich als Danaergeschenk – sie ist verknüpft mit Normvorgaben, die unter dem Vorwand der Gütestandardsierung schlichte Vereinheitlichung bezeichnen. Extravaganzien werden zunächst beargwöhnt und über kurz oder lang beigeschliffen.

Am Ende ähnelt eine Behindertenswerkstatt der anderen – und zwar in

Ausstattung und Produktion ebenso wie in der Lohn- und Gehaltsstruktur. Wer sich über die scheinbar blühenden, weil expandierenden WfB-Ghettos wundert, findet die Erklärung in der Werkstattverordnung: 120 Plätze sind nämlich inzwischen Pflicht, mindestens. Wer als Werkstattleiter noch höher hinaus will, dem dankt's die „Lebenshilfe“ ab 240 Plätzen mit einer Gehaltsverbesserung von BAT III auf BAT II a. So entstehen durch Verrechtlichung Therapiekonzerne, die aufgrund ihrer Inflexibilität auf Gedeih und Verderb dem wirtschaftlichen Wohlergehen ausgeliefert sind. Die Folge: Gehen bei einer Industrielaute die Aufträge zurück, dann sind plötzlich bis zu 240 Behinderte ohne Arbeit.

Ihre erstaunlichsten Blüten treibt die staatliche Reglementierung zweifellos bei den Wohnheimen für Behinderte. Ob es um Höhe und Abstand der Handtuchhalter, um Handläufe oder Glastüren geht, kein Einrichtungsbestandteil ist so unwesentlich, daß bürokratische Gestaltungsfreude ihn nicht durch Paragraphen bändigen wollte. Doch täuscht der Begriff Verrechtlichung eine Entwicklung vor, die in Wahrheit bereits abgeschlossen ist. „Rechtsfreie Räume“, heißt es dazu in der Kasseler Arbeit, „dürfte es hier nicht mehr geben.“ Ein Wiederaufleben dieser Tradition sei jedoch dann zu erwarten, wenn neue Einrichtungsformen entstünden.

Eng mit der Verrechtlichung scheint die Vereinnahmung der Selbsthilfe durch Staat, professionellen und sogar wirtschaftlichen Sektor verknüpft zu sein. Ohne Kontrolle keine Förderung, nach dieser Devise werden besonders die Einrichtungsträger an die Leine der Sozialverwaltung gelegt. Künftig haben sie ihr Angebot auch Nicht-Mitgliedern bereitzustellen, die Normierung ihrer Leistung vorzunehmen und sich administrativer Planung zu unterwerfen. Behinderten-Selbsthilfe ist plötzlich zum Bestandteil der Verwaltung geworden.

Vereinnahmung von Seiten des professionellen Sektors kommt auf leisen Sohlen. Sie beginnt mit dem Beistand von Experten bei der Vereinsführung und kann bei der Verdrängung der „Laien“ durch die „Profis“ enden, wie weiter oben am Beispiel der Werkstätten beschrieben. 44 Prozent der Kasseler Organisationen wurden übrigens von Experten, vornehmlich Ärzten, Sozialarbeitern und Seelsorgern, initiiert.

Eine letzte Variante der Vereinnahmung, die wirtschaftliche, konnte, obwohl sie spannende Ergebnisse versprach, aus Gründen der Forschungsökonomie nicht weiter verfolgt werden. Zudem wurden einschlägige Aussagen vorzugsweise hinter vorgehaltener Hand gemacht. Die Analyse mußte sich dann mit Andeutungen begnügen, ohne Roß und Reiter nennen zu können. Da ist etwa von einem Facharzt

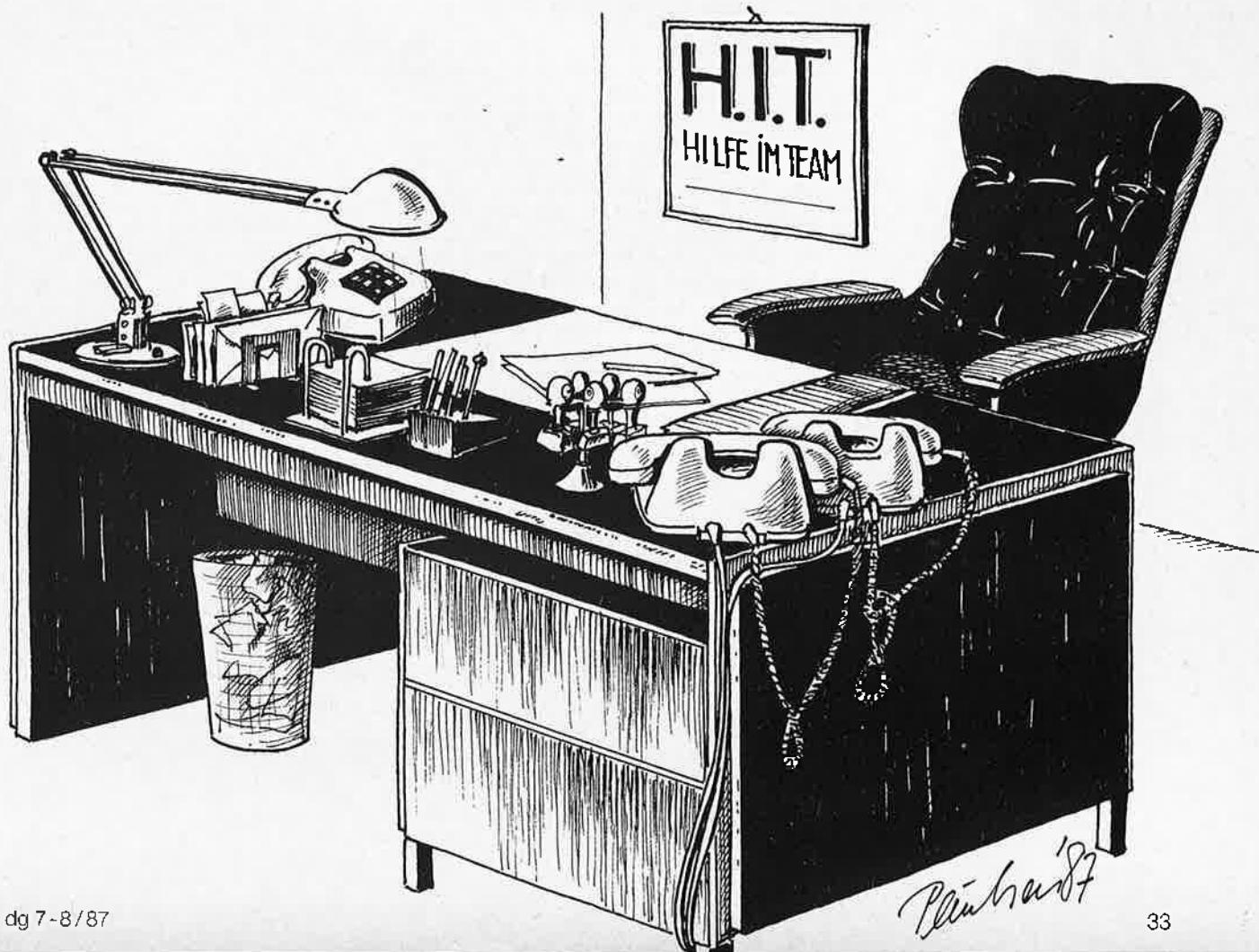
die Rede, der im Auftrag eines Hilfsmittel-Unternehmens auf Mitgliederfang geht und für jede Neuerwerbung einen Obolus (für die Vereinskasse) erhält. Da gibt ein Pharma-Unternehmen eine staatliche Starthilfe und schafft sich hierdurch nicht nur kostenlose Werbemöglichkeiten, sondern auch einen deutlichen Sympathiebonus gegenüber der Konkurrenz. Da werden ganze Dienstleistungen wie der vereinseigene Krankheitsratgeber von Hilfsmittel-Produzenten gedruckt, Eigenwerbung inklusive, verstecht sich. Insbesondere die Selbsthilfe Chronisch-Kranker scheint den Versuch wirtschaftlicher Vereinnahmung ausgesetzt, was nicht verwundern kann, da diese als Zwangskunden eine überaus attraktive Zielgruppe sind.

Was bedeuten diese Ergebnisse? Die Kasseler Erhebung ergänzt die Selbsthilfe-Forschung um einige kritische Aspekte. Das mag zwar für Mißklangen sorgen, doch schadet die gerne praktizierte Harmoniedusselei letztlich den Organisationen selbst am meisten, weil sie den Blick auf die Gefahren der Entwicklung verstellt.

Christian Wahl

Christian Wahl, Entwicklungstendenzen der Organisierung Behindter – Empirische Untersuchung und Literaturanalyse von Fremd- und Selbsthilfe zugunsten Behindter mit spezieller Berücksichtigung des Kasseler Raumes, Erlangen 1985 (Eigenverl.: C. Wahl, Burgbergstr. 41, 8520 Erlangen)

Christian Wahl
arbeitet bei der
Deutschen
Hauptstelle
gegen die
Suchtgefahren



Teufel im Detail

Studentenprotest in Frankreich

Französische Medizinstudentinnen und -studenten haben gestreikt. Ihr Protest richtete sich gegen die Wiedereinführung einer Zwei-Klassen-Ausbildung durch die Regierung Chirac.

Mittwoch, 12. Mai 1987: Am Quai d'Orléans riecht es nach Weihrauch. Tausende in weißen Kitteln haben sich gegenüber von Notre Dame versammelt und lassen Trauergesänge erklingen. „Laisser passer l'enterrement de la réforme“ tönt es von Ufer zu Ufer. „Platz für das Begräbnis der Reform.“ Langsam und feierlich werden Särge ins Wasser gelassen. Das symbolische Ende einer Reform?

6000 Medizinstudenten aus ganz Frankreich hatten sich zu diesem Ereignis in Paris eingefunden. Schon seit fast zwei Monaten sind sie im Streik, demonstrieren, blockieren Straßen, gipsern Statuen und Parkuhren ein, messen öffentlich Blutdruck, kleben überall Plakate. Was ist los mit der Medizin in Frankreich?

Anlaß der Auseinandersetzung ist der gemeinsame Gesetzentwurf des Ministers für höhere Bildung und Forschung, Jacques Valade und der Gesundheitsministerin Michèle Barzach. Er betrifft die Weiterbildung frischgebackener Ärztinnen und Ärzte im dritten Abschnitt des Studiums. Was sich ändern soll, wurde deutlich bisher nicht gesagt. Angeblich handelt es sich nur um geringfügige organisatorische Neuerungen und eine Umbenennung: Die bisherigen „internes de médecine générale“, angehende Allgemeinmediziner, sollen künftig „résidents“ heißen. Wenn das alles ist, warum dann soviel Empörung?

Es ist in der Tat nicht leicht, hinter die Kulissen dieses Konflikts zu schauen. Ein wenig Geschichte ist dazu not-

wendig. Das französische Bildungssystem ist ein gnadenloses Elite-Wesen. Besonders die Anwärter auf akademische Laufbahnen sind einem beispiellosen Konkurrenzkampf ausgesetzt. Augenfällige Verkörperung all dessen sind die berühmt-berüchtigten „grandes écoles“. Wer diesen engen Trichter passiert, dem stehen auch heute noch alle Karrieren offen, vor allem in Politik und Verwaltung. Ein Universitätsstudium, selbst bei renommierten Professoren, ist dagegen schon zweite Wahl.

Auch das Medizinstudium war schon auf Selektion und Elitebildung fixiert, als der Medizinerberuf in anderen Ländern noch nicht die Traumkarriere war. An seinem Beginn stehen, wie auch anderswo, zwei vorklinische Studienjahre mit naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern. Seit 1973 gibt es nach dem ersten Jahr einen „concours“, eine Prüfung, an der etwa 80 Prozent der Studienanfänger scheitern. Der zweite, klinische Abschnitt, der „deuxième cycle des études médicales“ hatte bis 1968 einen großen Stolperstein, den „concours d'externat“. Von 100 Kandidaten bestanden ihn etwa drei pro Jahr. Sie bekamen daraufhin den Titel „externe“, der einem auch heute noch auf Briefköpfen begegnet. „Ancien externe des hôpitaux de Paris“ heißt es da. Die „externes“ hatten das Privileg, neben den Vorlesungen im Krankenhaus mitarbeiten zu dürfen –



gegen Bezahlung. Die anderen Studenten durften nur zuschauen.

Im Zuge der Studentenbewegung 1968 wurde der „concours d'externat“ abgeschafft. Seitdem nehmen alle Studenten fest umrissene Aufgaben auf Station wahr, werden ab dem fünften Jahr dafür bezahlt und heißen von Anfang an „externes“. Nach sechs Jahren Studium gab es bis 1982 drei Möglichkeiten der Weiterbildung: Ein Jahr Praktika und Vorlesungen am Krankenhaus. Eine Doktorarbeit, eine theoretische und eine praktische Prüfung ermöglichen dann die Niederlassung als praktischer Arzt. Die Mehrheit absolvierte zusätzlich eine Facharztausbildung. Wer jedoch an einer Uni-Klinik wollte, mußte sich dem „concours d'internat“ stellen. Nur fünf bis zehn Prozent der Kandidaten bestanden die Prüfung, die von jedem Krankenhaus selbst erstellt und abgehalten wurde.

Um genau dieses Internat dreht sich auch heute wieder alles. Es symbolisiert die Medizin erster Klasse, die „grande école“ der Heilkunst. Denn wer den ehrwürdigen Titel „interne“ nicht erwerben konnte oder wollte, wurde als Arzt nicht für voll genommen.

Ausgerechnet ein kommunistischer Gesundheitsminister, Jack Ralite, schaffte das „internat“ ab. Die Weiterbildung im dritten Ausbildungsab-

schnitt wurde neu geregelt. Jeder, der Facharzt werden wollte, mußte nun ein „concours“ ablegen, deren Bedingungen, so wie die Fragen, zentral erstellt werden. Die Reform hatte jedoch einige Schönheitsfehler. Der erste war, die neugeschaffenen Ausbildungsweg mit alten Namen zu bezeichnen. Die Absolventen des neuen „concours“ hießen nämlich weiterhin „internes de spécialité“, obwohl es das „internat“ im alten Sinne nicht mehr gab. War es früher ein Titel, einer Elite von werdenden Fachärzten an akademischen Stellen vorbehalten, so bezeichnet es jetzt alle zukünftigen Spezialisten. Obendrein läßt der neue „concours“ etwa 30 Prozent passieren, im Gegensatz zu den vorherigen fünf bis zehn Prozent.

Noch viel schlimmer für die „anciens internes“ ist jedoch, daß sich auch der Rest „internes“, wenn auch „de médecine générale“, nennen darf. Das Bestehen des „concours“ ist also nicht mehr Voraussetzung für den Titel. „Interne“ bezeichnet eine Funktion, nämlich die Tätigkeit im dritten Abschnitt der Ausbildung. Die „alte Garde“ ist tief gekränkt, daß die immer schon verachtete Spezies all derer, die keinen „concours“ bestanden haben, ihren ehrwürdigen Titel in Besitz nehmen, an dem so viel Stolz, Sozialprestige und traditionelle Werte hängen. Ralite ist jedoch auf halber Strecke stehengeblieben. Tatsächlich schaffte er das „internat“ ab, aber er wagte nicht, es auch deutlich zu sagen.

Genau hier setzt jetzt der Gesetzentwurf von Valade und Barzach an, der wohl eine Wiederauferstehung des alten „internat“ zum Ziel hat. Das Terrain ist jedoch gefährlich. Nach den millionenfachen Protesten, nicht nur der Studenten, gegen die Universitätsreform im letzten Herbst ist die Regierung vorsichtig geworden. Ein ähnliches Debakel kann sich Chirac mit seiner hauchdünnen Mehrheit kurz vor den Präsidentschaftswahlen nicht noch einmal leisten.

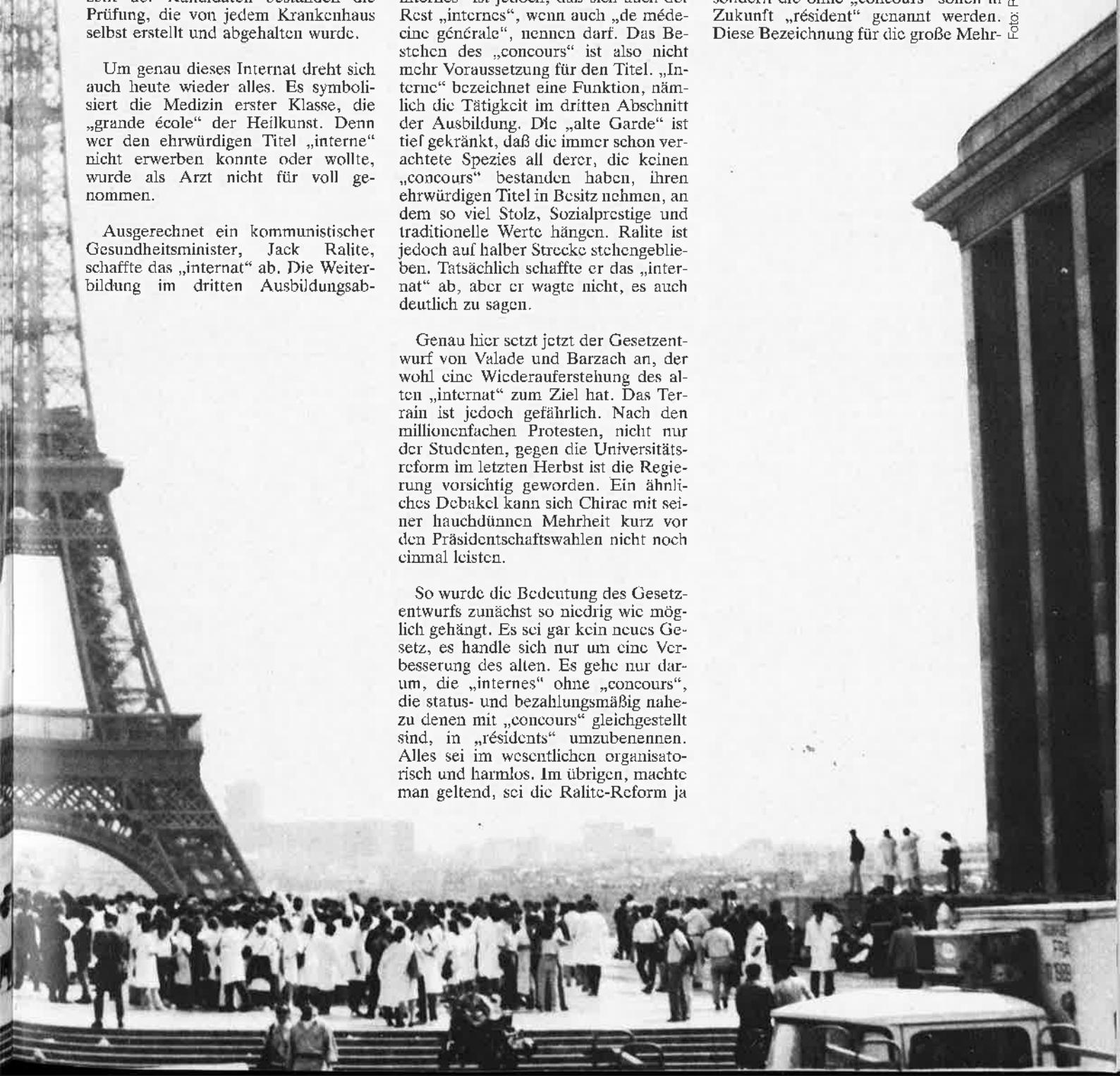
So wurde die Bedeutung des Gesetzentwurfs zunächst so niedrig wie möglich gehängt. Es sei gar kein neues Gesetz, es handle sich nur um eine Verbesserung des alten. Es gehe nur darum, die „internes“ ohne „concours“, die status- und bezahlungsmäßig nahezu denen mit „concours“ gleichgestellt sind, in „résidents“ umzubenennen. Alles sei im wesentlichen organisatorisch und harmlos. Im übrigen, macht man geltend, sei die Ralite-Reform ja

nur als Übergangslösung beschlossen worden und müsse jetzt ersetzt werden.

Beinahe wäre die Rechnung aufgegangen, doch einige Studenten wurden hellhörig, als Chirac im März vor einer Versammlung medizinischer Honoratioren in Lyon stolz verkündete, man plane die Wiedereinrichtung des alten „internat“. Die Katze war aus dem Sack. Bald fiel auch auf, daß die offiziell geäußerten Motive für die Reform windig und obendrein widersprüchlich waren. Da die alte Regelung als Gesetz fortgeschrieben oder durch ein neues ersetzt werden müßte, würden „Verbesserungen“ gar nichts nützen.

Was hat es also mit dem ominösen Namenwechsel auf sich? Zunächst sollen nicht mehr alle „internes“ heißen, sondern die ohne „concours“ sollen in Zukunft „résident“ genannt werden. Diese Bezeichnung für die große Mehr-

Foto: Repubblica



heit der Ärzte in der Weiterbildung ist kein unbeschriebenes Blatt. Er stammt von Simone Weil, Gesundheitsministerin unter Giscard d'Estaing. Der Begriff sollte damals den Status all derjenigen fixieren, die ohne „concours“ in die Weiterbildung gingen: als schlecht bezahlte Zuschauer ohne praktische Tätigkeit und Verantwortung.

„L'internat pour tous!“ – „Das „internat“ für alle!“ lautet die Devise der protestierenden Studenten. Ihre Kritik richtet sich dagegen, daß die Ausbildungsordnung nun zum dritten Mal seit 1979 – ohne Einbeziehung der Betroffenen – verändert werden soll; gegen die gewollte Verschleierung dessen, was die Regierung nun tatsächlich ändern will; gegen die Tatsache, daß Valade und Barzach es in gesetzwidriger Weise unterließen, über die Ergebnisse der Reform Ralitc einen Untersuchungsbericht erstellen zu lassen; gegen die Einführung unterschiedlicher Termini zur Bezeichnung der Fachärzte und Allgemeinärzte. Letztlich garantieren nur eine einheitliche Bezeichnung gleichen Status, gleiche Bezahlung und eine qualitativ hinreichende Weiterbildung der Nicht-Fachärztinnen und -ärzte.

Daß die Befürchtungen der Studentinnen und Studenten zutreffen, bestätigten die Minister selbst. So ließ Valade vor studentischen Delegierten verlauten, man plane die Abkehr von den zentral organisierten Prüfungen und wolle zurück zur alten Prüfungsordnung, bei der die jeweilige Fakultäts-Elite das Sagen hatte. Da es vor allem in kleineren Städten und Fakultäten oft nur einen Professor pro Fachgebiet gibt, würde sein zurückgeworbener Einfluß auf den „concours“ eine früher vielbeklagte Praxis wiederbeleben: Selektion nach persönlichem Geschmack durch Zuschnitt der Prüfung auf die favorisierten Wunschabsolventen der eigenen Abteilung.

Ein vertrauliches Papier aus dem Bildungsministerium bestätigte dies und zeigte darüber hinaus, daß geplant ist, vor den Eintritt in den dritten Ausbildungsabschnitt eine generelle Prüfung für alle, und zwar eine dezentrale, zu setzen.

Die Studenten gehen auch davon aus, daß Valade und Barzach die Reform nutzen wollen, um Personalausgaben einzusparen. Bisher werden angehende Allgemeinärzte und Fachärzte im Krankenhaus annähernd gleich bezahlt. Bei gesetzlich fixiertem Statusunterschied wäre es doch ein Leichtes, auch wieder Unterschiede in der Bezahlung einzuführen. Das jedenfalls fordern nicht wenige von der „alten Garde“, denn Leistung soll sich wieder lohnen. Außerdem beklagen schon seit längerem einflußreiche Arztregruppen, so die Chirurgen, sich den Gehaltskuchen mit immer mehr jungen Facharztenwärtern teilen zu müssen. Sie fordern sogar, daß weniger von ihnen ein-

gestellt werden, was angesichts der anstehenden Arbeit der blanken Zynismus ist. Doch auch da kann die geplante Reform helfen. Mit den Verschärfungen des „concours“ wird es tatsächlich weniger Personen im dritten Ausbildungsabschnitt geben. Dennoch müssen die Stellen besetzt, muß die Arbeit getan werden. Wie wäre es da mit „résidents“, die dieselbe Arbeit freilich für weniger Geld leisten? Kein schlechter Trick, politisch kaum durchsetzbare Gehaltskürzungen einzuführen, abgesichert dadurch, daß ein „résident“ – sonst ohne verantwortliche Tätigkeit – froh sein muß, überhaupt auf so einer Stelle zu sitzen.

Der Teufel steckt bei dieser Gesetzesnovelle im Detail. Die Betroffenen hatten daher auch erhebliche Schwierigkeiten, der Öffentlichkeit ihr Anliegen deutlich zu machen. Dennoch ist einiges geschehen. 19 von insgesamt 42 medizinischen Fakultäten befanden sich Ende Mai im Streik. Am 8. April versammelten sich erstmals 500 Leute in weißen Kitteln vor dem Gesundheitsministerium in der Avenue Duquesne und blockierten eine Stunde lang die Straße. Eine Woche später demonstrierten Tausende in den verschiedenen Universitätsstädten – 2500 allein in Paris. Am 29. April versammelten sich 5000 zu einer Demonstration in der Hauptstadt, etwa ein Fünftel aller französischen Medizinstudentinnen und -studenten. In einem landesweit durchgeführten Referendum sprachen sich an den 32 teilnehmenden Fakultäten bei einer Wahlbeteiligung von 60 Prozent 80 Prozent gegen das Projekt von Valade aus und sogar 86 Prozent für die Beibehaltung der gegenwärtigen Regelung bis zur Vorlage eines Untersuchungsberichts. Daß nicht alle Fakultäten zählten, lag zum Teil an Zwischenfällen wie in Besançon, wo die Wahlurnen von Rechtsextremisten zerstört wurden. Seit Ende Mai ist nun die Medizinische Akademie in Paris besetzt, und von dort aus sollen die Aktionen bis zum 5. Juni nicht mehr abreißen, dem Tag, an dem die Nationalversammlung über den Gesetzentwurf abgestimmt haben wird.

Die Regierung ist entschlossen, den Entwurf durchzuboxen. Für sie steht mehr auf dem Spiel, als es zunächst scheinen mag. Ein Erfolg oder Mißerfolg hätte auf alle Fälle symbolische Bedeutung für die Durchsetzbarkeit der Wende, nachdem die weitreichenderen Projekte im letzten Herbst fast eine Regierungskrise ausgelöst hatten. Gelingt Valade die Verabschiedung seines Gesetzentwurfs, so hieße das „grünes Licht“ auch für diese gescheiterten Pläne. Das Pilotprojekt zur konservativen Wende an den Universitäten wäre geglückt.

PS: Beim Umbruch erreichte uns die Nachricht, daß die Nationalversammlung den Entwurf Barzach gegen die Stimmen der Sozialisten und der Kommunisten verabschiedet hat.

Hemds-ärmelig

Den Datenschutz im Krankenhaus gesetzlich regeln zu wollen, ist zwar lobenswert, doch guter Wille allein reicht dafür nicht aus. Klaus Stahl hat den nordrhein-westfälischen Gesetzentwurf genauer unter die Lupe genommen.

Den Datenschutz im Krankenhaus zu regeln ist zugegebenermaßen eine schwierige gesundheitspolitische und juristische Aufgabe, weil von Seiten des Patienten, der Medizin, des Krankenhauses, der Kostenträger und vieler anderer Stellen verschiedene Interessenslagen bezüglich der Patientendaten aufeinander stoßen. Die zunehmende elektronische Speicherung solcher persönlichen, sozialen, medizinischen und abrechnungstechnischen Daten eröffnet eine völlig neue Qualität von Zugriffs- und Auswertungsmöglichkeiten beziehungsweise -gefährten. Insofern ist eine besondere gesetzliche Regelung zum Schutz von Patientendaten im Krankenhaus aktuell und dringlich.

Die nordrhein-westfälische Landesregierung hat nun im April einen im Grunde zu begrüßenden Gesetzentwurf vorgelegt, der sich stark an entsprechende Vorlagen aus Hessen und dem Saarland anlehnt. Politisch ist man in Nordrhein-Westfalen (NRW) anscheinend durchaus auf dem richtigen Pfad. Juristisch möchte die Sache dann allerdings nur recht unvollkommen gelingen. Einige Regelungen, wenn man sie rechtssystematisch betrachtet, sind in der Eile geradezu kühn oder hemdsärmelig formuliert worden.

Für konfessionelle Krankenhäuser – in NRW weit über die Hälfte des Krankenhausangebots – soll der vorliegende

Thomas Ruprecht hat sein Praktisches Jahr an einem Pariser Krankenhaus absolviert.

Gesetzentwurf keine Gültigkeit haben. Die Religionsgemeinschaften sollen eigene Datenschutzüberlegungen anstellen. Doch es werden weder Organisations- noch Mitbestimmungs- oder Entscheidungsstrukturen geregelt, die entsprechend einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts von 1980 in das kirchliche Selbstbestimmungsrecht eingreifen könnten. Warum die Landesregierung sich so ängstlich gebärdet und damit zweierlei Patientenrecht schafft, ist nicht einzusehen.

Der Gesetzentwurf legt fest, daß Daten, die nicht der Erfüllung rechtlicher Vorschriften oder Behandlungszwecken dienen, nur mit schriftlicher Einwilligung des Patienten erhoben, gespeichert oder verarbeitet werden dürfen. Ein Unterschied zwischen manueller Dokumentation und elektronischer Datenspeicherung beziehungsweise automatischer Datenverarbeitung wird dabei nicht gemacht. Dadurch wird der Computerisierung der Patientendaten in allen Bereichen des Krankenhauses rechtlich die Tür geöffnet. Zwar müssen personenbezogene Daten zur Durchführung der Behandlung und zur Erfüllung der ärztlichen Dokumentationspflicht oder von Rechtsvorschriften auch ohne ausdrückliche Einwilligung festgehalten werden. Allerdings ist keine Dokumentation auf EDV-Träger vorgeschrieben, mit der sich jetzt der Patient unter der Hand einverstanden erklären muß. Damit ist die besondere Datenschutzproblematik bei der automatischen Datenverarbeitung per Gleichsetzung mit der manuellen Form galant umschifft worden.

Im Unterschied zum hessischen Gesetzentwurf erlaubt der nordrhein-westfälische die Erhebung und Nutzung personenbezogener Daten ohne Einwilligung des Patienten auch dann, wenn es „für einen mit der Behandlung zusammenhängenden Rechtsstreit erforderlich“ ist. Wenn nun aber der Krankenhausträger kein Prophet ist, dann müßte und dürfte er nach der vorgeschlagenen Regelung prophylaktisch alles ohne Wissen des Patienten festhalten lassen, was ihm bei einer eventuellen späteren Rechtsstreitigkeit nützlich werden könnte. Dieser Entwurfsteil dient kaum dem Datenschutz, sondern legitimiert die Sammlung beliebiger Daten zu dem Zweck, sie gegebenenfalls gegen den Patienten zu verwenden.

Innerhalb des Krankenhauses sollen die Daten weitergegeben werden können, „soweit dies zur jeweiligen Aufga-

benerfüllung erforderlich ist“. Danach könnte beispielsweise die Verwaltung alle möglichen personenbezogenen Patienten- und Leistungsdaten verlangen, denn deren Analyse kann immer irgend etwas mit der Verfolgung von wirtschaftlichen Zielen zu tun haben. Wenn die Bestimmung einen einschränkenden Charakter haben soll, müßte schon genauer festgelegt werden, welche Daten in welcher Form in welchen Krankenhausbereich gelangen dürfen. Das gleiche gilt für die Übermittlung von Daten an Dritte (andere Behandlungsstellen, Kostenträger oder Prüfungsinstanzen). Die Zwecksetzung, unter der sie Daten erhalten dürfen, sind so allgemeiner Art, daß immer eine Begründung für die Kenntnisnahme von Patientendaten gefunden werden kann.

Bei der Datenverarbeitung zu Forschungszwecken gibt sich der Gesetzentwurf besonders großzügig. Innerhalb einer Abteilung, die ja aus mehreren Stationen bestehen kann, können Ärzte und Pflegekräfte ohne Wissen der Patienten kreuz und quer forschen. Ob die Offenbarung von Patientendaten gegenüber Beschäftigten anderer, nicht behandelnder Stationen zu Forschungszwecken nicht eine Schweigepflichtverletzung (Paragraph 203 StGB) darstellt, müßte noch geklärt werden. Die Gesetzentwerfer nehmen es auch hier nicht so genau.

Doch dies ist nicht die einzige Stelle, die auf eine recht bruchstückhafte Berücksichtigung der einschlägigen Gesetzes- und Entscheidungslage hindeutet. So hatte das Bundesverfassungsgericht 1983 in seinem Volkszählungsurteil festgestellt, daß das Recht auf informationelle Selbstbestimmung nur im überwiegenden Allgemeininteresse eingeschränkt werden kann. Diese Einschränkungen bedürfen aber einer gesetzlichen Grundlage, die den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit berücksichtigen muß. Wie wird nun im Gesetzentwurf dieses Urteil im Hinblick auf Forschungsvorhaben im Krankenhaus gedeutet? Das Urteil wird einfach abgeschrieben, und die abteilungsübergreifende Datennutzung für Forschungsvorhaben ohne Einwilligung des Patienten wird erlaubt, wenn der Forschungszweck sonst nicht erreicht werden kann und ein „berechtigtes Interesse der Allgemeinheit“ gegenüber dem Geheimhaltungsinteresse des Patienten überwiegt. Aber diese Allgemeininteressen zu definieren, sollte gerade Aufgabe des Gesetzgebers sein und nicht dem Gutdünken und dem

Privatinteresse des forschenden Arztes überantwortet werden. Man stelle sich Ärzte mit bayerischer AIDS-Orientierung vor. Ein Gesetz zum Datenschutz sollte jedenfalls generell festlegen, daß kein Patient ohne sein Wissen oder gegen seinen Willen Gegenstand von Forschung werden darf.

Manche Patientendaten werden außerhalb des Krankenhauses im Auftrag verarbeitet. Dabei erhalten natürlich auch die dortigen Mitarbeiter Informationen über einzelne Patienten. Für diese Mitarbeiter gilt allerdings nicht der schon erwähnte Schweigepflichtsparagraph, weil sie weder den dort aufgeführten Berufsgruppen angehören noch etwas mit der Behandlung der Patienten zu tun haben. Deshalb verpflichtet der Gesetzentwurf diese Personengruppe zur Verschwiegenheit und droht bei Zu widerhandlung eine Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr an, immerhin ein Jahr weniger, als der Paragraph 203 des Strafgesetzbuches vorsieht. Der Pfeilfuß ist, daß die Mitarbeiter der Auftragsstellen vor Gericht kein Zeugnisverweigerungsrecht nach Paragraph 53 der Strafprozeßordnung haben, wie dies eben für Ärzte der Fall ist. Als Zeuge vor Gericht wäre der Mitarbeiter verpflichtet auszusagen und würde damit zugleich gegen die Verschwiegenheitspflicht des Datenschutzgesetzes verstoßen. Hoffen wir also, daß kein Gericht jemals auf diesem Wege zur Wahrheitsfindung kommen möchte.

Zum Schluß verlangt der Entwurf die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten für jedes Krankenhaus. Der Beauftragte wird vom Krankenhaus ernannt und kann dort auch in einem Arbeitsverhältnis stehen. Er darf allerdings „keinen Interessenkonflikt mit sonstigen dienstlichen Aufgaben ausgesetzt“ sein. Man braucht nicht einmal Gewerkschafter zu sein, um den Widerspruch zu erkennen. In der Praxis wird sich ein beschäftigter Beauftragter sicherlich dreimal überlegen, ob ihm der Datenschutz oder ein „ungespanntes“ Verhältnis zum Arbeitgeber lieber ist.

Insgesamt müssen offensichtlich noch einige Konkretisierungen und juristisch haltbare Formulierungen gefunden werden, damit aus dem Tageswerk ein Jahrhundertwerk wird, denn für die Patienten wird dieses Gesetz zukünftig die maßgebliche Anspruchsgrundlage für den Schutz ihrer medizinischen Daten im Krankenhaus darstellen. □

660013247

Kein Schlußstrich

Zum vorläufigen Ende des Frankfurter NS-Ärzte-Prozesses

Den letzten Monaten des Frankfurter „Euthanasie“-Prozesses mangelte es nicht an Dramatik und Intensität: Nach einem dreiviertel Jahr Krieg um das Ende der Beweisaufnahme, in dem die Verteidiger des Dr. Aquilin Ullrich aus Stuttgart eine Handvoll Beweisanträge in hundertfacher semantischer Variation immer wieder aufs neue aus der Tasche zogen, schaffte das Gericht Ende März in einer hochdramatischen Schlacht den psychologischen Sieg.

Es galt, den geschwätzigen Hauptverteidiger Meub sprachlos zu machen, ihm das Eingeständnis abzuringen, mit seinem Latein am Ende zu sein, und das gelang in einer Art Doppelpaßspiel zwischen hellwacher Nebenklägervertretung, die die Beratung des Gerichts übernahm und den äußerst konzentrierten Richtern: Beide sprachen nur noch im Telegrammstil, der Schreiber wollte die Arbeit niedrlegen, denn er kam mit dem Stenografieren nicht mehr mit. Die Vorsitzende Richterin beschwore das Publikum: „Bitte setzen Sie sich ganz schnell!“: Antrag, Stellungnahme des Nebenklägervertreters, Beratungspause, Ablehnung, Antrag . . . Je mehr die Verteidigung ihr Heil in abstruser Weitschweifigkeit suchte (so sollten zum Beispiel amerikanische Minister geladen werden, um das Vorhandensein eugenischer Konzepte in ihrem Land zu bezeugen), desto knapper, präziser und schneller wurde das Gericht, bis schließlich – wider Erwarten – die Aktentasche von Wolfgang Meub, deren Inhalt für mindestens zwei Sitzungstage reichen sollte, leer war.

Als seien jetzt endlich die Nazis ein für allemal geschlagen worden, so fühlten wir uns anschließend im ersten Moment. Von 60 Verhandlungstagen war das der einzige, den man zunächst frei von Beklemmungen, ohne die lämmende Müdigkeit, die großer psychischer Anstrengung folgt, hinter sich lassen konnte, bis die Schäbigkeit derartiger Gefühle langsam in einem hochkroch.

Auch bei den sich anschließenden Plädoyers konnte man die vergangenen 15 Monate Prozeß wie in einem Brennglas rekapitulieren: Die Oberstaatsanwälte argumentierten einerseits moralisch eindrucksvoll, andererseits ge-

standen antisemitisch mit ökonomistischen Erklärungsmodellen, juristisch aber so schwach, daß Prozeßbeobachter meinten, einer von ihnen hätte unbewußt die Rolle der Verteidigung übernommen. So mußte Johannes Riemann, der Nebenklägervertreter, reaktionsschnell wieder in die Beraterrolle eintauchen: Eindringlich bat er das Gericht, der Staatsanwaltschaft in ihren Begründungen doch bitte nicht zu folgen, seine Argumente den Laienrichtern später zu erläutern, und dann (die Angeklagten hatten an diesem Tag die letzte große Chance, den Prozeß zum Platzen zu bringen) flogen nur noch juristische Kürzel nach vorne, und das Gericht schrieb, beslossen wie Studenten im ersten Semester, alles mit.

Drei der vier Verteidiger sagten das, was man von ihnen erwartet hatte: Die Angeklagten seien die eigentlichen Opfer. „Geben Sie diesen Mann frei! Geben Sie ihn seiner Frau zurück, seinen Kindern, seinen Enkeln!“ rief zuletzt Herr Meub aus, so als wäre sein Mandant je von seiner Familie getrennt gewesen, die immer im Gerichtssaal saß und jeder, der versuchte, das Wort an sie zu richten, aggressiv abwehrte oder zynisch auflaufen ließ.

Nur Thomas Wollny, der Pflichtverteidiger von Dr. Heinrich Bunke, fiel aus dem Rahmen, auch generell aus dem sonstigen Verteidiger in NS-Prozessen. Er analysierte die Komplizenschaft der Nachkriegsjustiz mit dem Nationalsozialismus: Da der Staat es jahrzehntelang verabsäumt habe, derartige Prozesse zu führen, müsse er dafür haften. Jede justiziell verursachte Strafverfolgungsverschleppung müsse sich zugunsten von Angeklagten und Beschuldigten auswirken. So lange die braune Vergangenheit der Nachkriegsjustiz nicht erkannt werde, könne von einem freiheitlichen Rechtsstaat nicht die Rede sein. Im Eingeständnis des eigenen Versagens liege jetzt die einzige Chance zu einem Neubeginn . . .

In seinem letzten Wort betonte Bunke, er wolle endlich einen Schlußstrich unter die Vergangenheit ziehen. Ullrich verwandte die nicht zuletzt durch Karl-Heinz Kurras – der Polizeibeamte, der am 6. Juni 1967 den Studenten Benno Ohnesorg erschossen hatte – bekannt gewordene Worte: „Heute bedaure

ich meine damaligen Verstrickungen zu tiefst“. „Res sacra miser“ antwortete Johanna Dierks, die Vorsitzende Richterin, und verhängte eine Freiheitsstrafe von vier Jahren (die Richter konnten wählen zwischen drei Jahren Mindest- und 15 Jahren Höchststrafe), die noch nicht rechtskräftig ist. Die meisten Prozeßbeobachter halten das Strafmaß für eine Verhöhnung der Opfer und auch die Nebenkläger sind mit ihm nicht zufrieden. Was wäre aber eine angemessene Strafe staatlicherseits?

Ich erkläre mir das unerwartet niedrige Strafmaß, vor allem die merkwürdige Teilebegründung, strafmildernd sei gewertet worden, daß die Ärzte nicht auch noch in Konzentrationslagern getötet hätten, so: Das Gericht hat sich mit großer Entschlossenheit, mit Mut und ohne Abwehr im Geist an die Orte begeben, an denen Menschen erhöht „wie ein Gericht“ in weißen Kitteln saßen und Nackte auf Stempel und Operationsnarben hin ansahen, Orte, an denen – laut Anweisung – die Knochen auf Haferflockengröße gebracht wurden.

Die naiven Fragen, die es an den psychiatrischen Gutachter stellte, ließen aber schon erkennen, daß Verrücktheiten wie Schizophrenien, daß seelisches Leid, chronische körperliche Schwäche, das, was als „lebensunwertes Leben“ zusammengefaßt und damit entindividualisiert wurde, den sonst aufgeklärten Richtern noch heute als tendenziell kollektiv Fremdes, Getrenntes, Abgespaltenes, Anderes gegenüber tritt. Der arme Irre und der Krüppel sind nicht seine Welt.

Zur eigenen Welt des Gerichts zählt hingegen die Auseinandersetzung mit den Tätern, die Kenntnis der Fallstricke, die ausgelegt sind, wenn eine Generation die ihrer Eltern verurteilt. Die Fallstricke hießen hier: Ausagieren der eigenen Schuldgefühle durch Empörung, zynische Distanzierung von den Verbrechern, Selbstdimmunisierung gegenüber Gefühlen bedrohlicher Verwandtschaft mit Hilfe eines autoritären, rigiden Antifaschismus.

Diese ausgetretenen Straßen hat das Gericht – seiner beanspruchten Unabhängigkeit folgend – gemieden. Beim Versuch, gegenüber mindestens neun im Gerichtssaal vertretenen konträren Positionen, frei einen eigenen Weg zu finden, ist es – notwendigerweise – teilweise gescheitert. Und hat so den nicht nur von Heinrich Bunke erschienen „Schlußstrich“ nicht zu ziehen vermocht. Das ist eins seiner großen Verdienste.

Ute Daub

Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung – das heißt ISB. Oft hängt alles an Eltern und Zivildienstleistenden.

„Ich habe meinen Zivildienst im wahrsten Sinne des Wortes abgeleistet“, sagt der 24 Jahre alte Student in spe Peter F. (der Name wurde von der Redaktion geändert), der vor kurzem bei einem ISB-Fall die Segel gestrichen hat. „Leute, die denken, Zivildienstleistende seien Faulpelze, haben meine Kollegen und mich sicher nie bei der Arbeit beobachtet.“

Das Kürzel „ISB“ steht für „Individuelle Schwerstbehinderten-Betreuung“, ein Tätigkeitsfeld für die rund 2000 „Zivis“ (nach Angaben der Deutschen Friedensgesellschaft/Vereinigte Kriegsdienstgegner, Stand vom September 1985). Peter F.s Fall war der des siebenjährigen Thomas Schröder, wohnhaft in der ostfriesischen Provinz.

„Man kann die Acht-Stunden-Schicht bei dem Kind nicht so einfach abschütteln“, erklärt Peter F. und blickt nachdenklich aus dem Fenster. Der Pflegeplan lässt erahnen, mit welchen enormen körperlichen und seelischen Belastungen die Betreuer von Thomas, der seit einem Verkehrsunfall 1983 vom Halswirbel abwärts gelähmt ist, fertig werden müssen. Wäscheln, Füttern, Klopfen der Blase, Absaugen des Schleimes – das sind nur einige Stichworte. Doch die verblassen angesichts täglicher Herausforderungen wie der, mit dem Jungen auf seine Art zu spielen, mit ihm trotz seiner schmalspurigen beruflichen Perspektiven zu lernen, ihn aus tiefer Verzweiflung zu bergen. Das Nachempfinden fiel mir leicht, als ich erfuhr, daß die ZDL-Plätze beim „schwersten Pflegefall in ganz Niedersachsen“ (so die Auskunft der AOK Hannover) fast alle unbesetzt sind, obwohl bei Thomas die Tage der kindlichen Ausgelassenheit und ansteckenden Fröhlichkeit die Stunden der Hoffnungslosigkeit bei weitem in den Schatten stellen.

Mit Bangen sieht die Mutter des Schwerstbehinderten der Urlaubszeit im Hochsommer entgegen. Noch weiß Irene Schröder nicht, wie sie die pausenlose Beaufsichtigung ihres Sohnes garantieren soll, wenn die drei Krankenschwestern, die neben dem „Zivi“ Rolf für das Wohlbefinden von Thomas ackern, verreisen werden.

Allerdings hat Frau Schröder nur wenig Muße für Gedanken an die Zukunft. Zu sehr wird sie von den Sorgen



Foto: Kamps

„Wir müssen uns alles erkämpfen“

Thomas – ein ISB-Fall

der Gegenwart in Anspruch genommen. „Wir müssen uns alles erkämpfen.“ Irene Schröders Stimme bebt vor Zorn, als sie berichtet, über den 1984 gestellten Antrag auf ein behindertengerechtes Auto sei immer noch nicht entschieden. Thomas sehne sich danach, ab und zu sein winziges Heimatdorf Berumerfehn verlassen zu können. Jedoch scheiterte der Wunsch des Kindes bislang an den Schwierigkeiten beim Transport der unhandlichen, lebensnotwendigen Beatmungsapparaturen. Inzwischen ist es für Frau Schröder ein schwieriges Unterfangen, in die zuständigen Behörden unverdrossen Vertrauen zu investieren. Neuerdings baut sie lieber auf eine große Boulevard-Zeitung mit Sitz in Hamburg, die schon die Finanzierung eines Rollstuhls bewerkstelligt hatte.

Oft, so schildert die Mutter von Thomas, fühle sie sich von Staat und Gesellschaft im Stich gelassen. In Gedanken an den Unfallverursacher, dessen Haftpflichtversicherung mit – nach Irene Schröders Meinung – „fadenscheiniger Begründung“ die Zahlung auch nur einer einzigen Mark verweigert und der noch nie in Berumerfehn vorbeischautte, wird sie erneut lauter und gereizter. „Ich würde nicht, ob ich mich beherrschen könnte, wenn der Kerl mir mal auf der Straße begegnen würde!“ Gerüchteweise will Frau Schröder erfahren haben, daß der betreffende Autofahrer nicht das erste Mal durch Rücksichtslo-

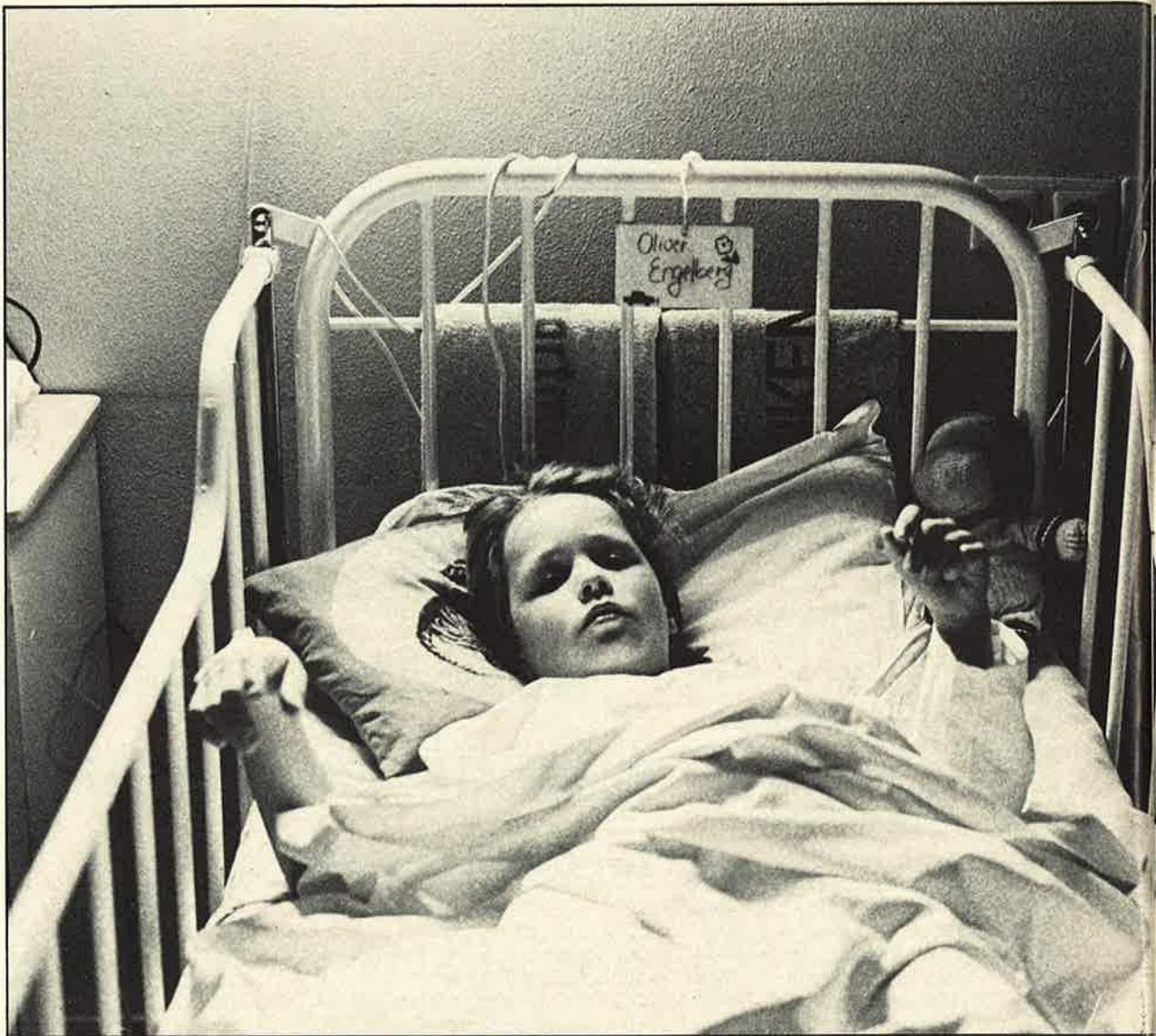
sigkeit im Straßenverkehr glänzte. „So was gehört viel schärfer bestraft“, macht sie ihrer Empörung Luft.

Irene Schröder regt sich auch über die spärliche Anzahl behindertenkonformer Einrichtungen beispielsweise in den Geschäften und Behörden auf. Dort, wo es sie gäbe, versagten sie häufig. Exemplarisch führt Frau Schröder die Rollstuhlrampe an einem Rathaus in der näheren Umgebung ins Feld, die dermaßen hoch angebracht sei, daß es beinahe an ein Wunder grenze, mit dem Gefährt von Thomas auf sie zu gelangen.

Auch die Intoleranz vieler Mitmenschen kommentiert sie. Manchmal werde Thomas unverblümt der Tod gewünscht. „Das ist entsetzlich, denn von Thomas kann man erfahren, daß das Leben auch in relativ aussichtsloser Lage Sinn haben und Spaß bringen kann.“

An dem Tag meiner Visite bei Schröders ging der Brief einer Familie aus Süddeutschland bei ihnen ein, deren Kind 1986 ein ähnliches Schicksal wie Thomas erlitten hat. „Ich habe das schon angerufen, werde da auch hinschreiben“, erzählt Frau Schröder, „allen ISB-Fällen werde ich nach besten Kräften zu helfen versuchen.“ Und dann schüttet sie einen Satz nach, der mich betroffen stimmt: „Einer muß das ja tun.“

Thomas Klaus



Kinder brauchen

24 Stunden verbrachte die Studentin der Photographie Franziska Heigl auf einer kinderchirurgischen Station in Dortmund. Die Photos, die sie schoß, zeigen bewußt den alltäglichen Ablauf, nicht die „dramatische Situation“.



„Die Aufnahme des Kindes ins Krankenhaus, vor allem beim Kleinkind, wird zu einem tiefgreifenden Erlebnis. Viel hängt von der ersten Begegnung der Schwester mit dem Kind und der Mutter ab.“

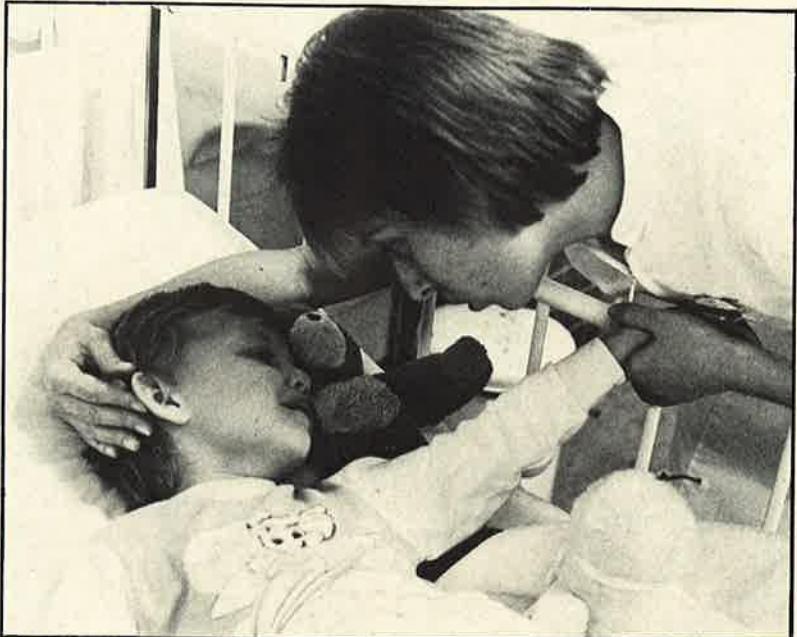
Die den Bildern unterlegten Texte entstammen dem viel benutzten und viel kritisierten Krankenpflegelehrbuch von Liliane Juchli. Kritisiert vor allem deshalb, weil sie von der Krankenpflege die Kompen-sation der Unmenschlichkeit im Krankenhaus verlangt und



Zeit

den alten Aufopferungsmythos wieder auflegt. Einwände lässt Juchli nicht gelten. Wenn Krankenschwestern ihr entgegenhalten, sie hätten keine Zeit, zu wenig Stellen, antwortet Juchli mystisch: „Du bist die Zeit.“

Doch Freundlichkeit hat Bedingungen. Das Krankenpflegepersonal braucht Bedingungen, unter denen es freundlich sein kann. Die Kinder bedürfen dessen am meisten. Bilder und Texte dokumentieren dies eindringlich.



„Am stärksten leidet das Kleinkind bis zum 4. Altersjahr unter der Trennung von der Mutter. Der Trennungsschmerz kann sich vor allem zu Beginn in schranken- und pausenlosem Weinen ausdrücken.“



„Bei größeren Kindern, vor allem bei Schulkindern, ist nicht mehr der Trennungsschmerz im Vordergrund... Das Hauptproblem bei diesen Kindern kann die Angst sein, die sie vor den therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen empfinden.“



„Der Faktor „Zeit haben“ bedeutet in der Pflege des kranken Kindes sehr viel: Zeit haben, um mit dem Kind über seine großen und kleinen Probleme zu sprechen, ihm zu erzählen, mit ihm zu basteln oder einfach da zu sein.“



Der Hexenhammer

Vernichtung volkskundlicher Heilkunst

Es ist genau 500 Jahre her, daß der Hexenhammer, das theoretische Grundlagenwerk der Hexenverfolgung, erschienen ist. Mit ihm wurde die neben der Judenverfolgung größte nicht kriegsbedingte Massenvernichtung in der deutschen Geschichte begründet und vorbereitet. Mit den Hexen wurde auch die Vorherrschaft der mittelalterlichen Volkskultur beseitigt.

Weil es (das Weib) fleischlicher gesinnt ist als der Mann, wie es aus vielen fleischlichen Unflaterein ersichtlich ist“, scien Frauen den Dämonen in besonderer Weise zugänglich. Da sie von Natur aus boshart und schlecht, schwach und lasterhaft seien, würden sie zur sexuellen Vereinigung mit den Dämonen neigen. Durchgängig wird im Hexenhammer von der Verderbtheit der Frauen ausgegan gen – die Grundlage für ihre Teilnahme an der Hexerei. „Alles geschieht aus fleischlicher Begierde, die bei ihnen unersättlich ist . . . Dreierlei ist unersättlich und das vierte, das niemals spricht: es ist genug, nämlich die Öffnung der Gebärmutter. Darum haben sie auch mit den Dämonen zu schaffen, um ihre Begierden zu stillen“ (Hexenhammer I,106). Diese Charakterisierung der Frau als ein dem Teufel huldigendes Dämonenweib läßt jede Frau – als Nachfolgerin Evas – zur Hexe werden. Nur Maria, als von der Erbsünde unbefleckte und von der „Begierlichkeit“ freie Frau ist davon ausgenommen.

Die Verfasser des Hexenhammers, die Dominikaner Insitoris und Sprenger, führen auch zunächst schädliche Potenzen der Hexen an, die die Fruchtbarkeit und die „fleischlichen Gelüste“ von Mann und Frau betreffen. „Erstens, daß sie die Herzen der Menschen zu außergewöhnlicher Liebe etc. verändern; zweitens, daß sie die Zeugungskraft hemmen; drittens, die zu diesem Akte gehörigen Glieder entfernen . . .; fünftens, die Zeugungskraft seitens des weiblichen Geschlechts vernichten; sechstens, Frühgeburten bewirken; siebtens, die Kinder den Dämonen opfern . . .“ (I,106)

Entsprechend galten die Hebam men, die sowohl empfängnisverhüten de, abtreibende, aber auch empfäng nisfördernde und luststimulierende Kräuter kannten und den Frauen insfern Selbstbestimmung ermöglichen, als die bösartigsten der Hexen: „Niemand schadet dem katholischen Glauben mehr als die Hebam men. Denn, wenn sie die Kinder nicht töten, dann tragen sie gleich als wollten sie etwas besorgen, die Kinder aus der Kammer hinaus, und sie in die Luft hebend opfern sie dieselben den Dämonen.“ (I,156)

Insitoris und Sprenger lassen es da bei aber nicht bewenden, sondern wer fen den Hexen letztlich alle Schädigun gen von Menschen, Tieren und Pflanzen vor, denn sie wußten angeblich, „Unfruchtbarkeit der Menschen und Vieh zu bewirken; Verborgenes andern zu offenbaren; an Sachen und Kör pern auf alle möglichen Weisen zu ver letzen; mit dem Blitzstrahle immer wen sie wollten zu treffen und vieles anderes, Pest bringendes zu besorgen, wo und wann es die göttliche Gerechtigkeit geschehen ließ“ (II,157). Diese Be hauptungen – scheinbar unlogisch und

realitätsfern – hatten jedoch einen ganz handfesten Hintergrund: Der Hexenhammer war das machtpolitische Instrument gegen die Dominanz der mittelalterlichen Volkskultur.

Entgegen der Auffassung, die Christianisierung habe sich innerhalb der Landbevölkerung im Mittelalter durchgesetzt, blühte nach wie vor eine Volkskultur mit vorchristlichen Wurzeln. Alle christlichen Feste, auch Weihnachten und Ostern, mußten an vorchristlichen Bräuchen anknüpfen. Christliche Feiertage wurden zwar wahrgenommen, jedoch wurde in erster Linie in vorchristlicher Tradition ausgiebig und ausschweifend gefeiert.

Welche Inhalte hatte nun diese Volkskultur? In der Vorstellung der Bäuerinnen und Bauern des Mittelalters bis in das 15. und 16. Jahrhundert hinein war die Natur ein ständiges Zusammenspiel sich in Bewegung befindlicher Kräfte. Jede Naturerscheinung galt als bedeutsam, denn in dieser rein mündlich überlieferten und tradierten Kultur diente die Natur als Anleitung zum Überleben. Sie gab den Menschen Signale für die verschiedenen Gefahren, die durch bestimzte Verhaltensweisen abgewendet werden konnten. Eine Erklärung für die Naturerscheinung im heutigen wissenschaftlichen Sinne gab es nicht, wohl aber ein zusammenhängendes Auslegungssystem für die Welt und die Physis.

Der Körper des Menschen wurde als eine Art Mikrokosmos gesehen, aus-

schließlich Handlungsort guter Kräfte – entgegen der christlichen Vorstellung. Die Außenwelt wurde dagegen als eine Art Makrokosmos betrachtet, der a priori bedrohlich sei. Die Dämonen, die nur in der Außenwelt vorkämen, könnten nämlich in den an sich guten Menschen durch die Körperöffnungen eindringen. Hier würden sie dann schließlich Krankheiten, Hunger, schlechten Charakter und schlechtes Ausschen, überhaupt alles Böse verursachen.

Mit dieser Vorstellung war verbunden, daß jedes Teilchen des Körpers, des Mikrokosmos, in unsichtbarer Verbindung mit den einzelnen Bestandteilen der Außenwelt, des Makrokosmos, stehe. Zunächst gebe es ein Gleichgewicht zwischen Körper und Außenwelt. Durch die Einwirkung der Dämonenseen der Außenwelt aber sollte das Gleichgewicht gestört werden können. Nur wenn man ständig magisch auf Außenwelt und Körper einwirke, könne eine Störung des labilen Gleichgewichts verhindert werden.

An dieser Stelle kam der Frau eine besondere Bedeutung zu. Denn sie hatte in ihrer Doppelfunktion als Mutter und Landarbeiterin ein besonderes Verhältnis zur Natur, d. h. zur Außenwelt: Sie kannte den menschlichen Körper, da sie ihn kleidete, ernährte. Sie war faktisch Trägerin der Kultur, indem sie Rohes in Gekochtes verwandelte, pflegte, gebar, ihre Kinder nährte und erzog. Kurz: Sie war das eigentliche Bindeglied zwischen dem menschlichen Körper und der Welt. Diese Vor-

aussetzungen ermöglichten der Frau, die Natur genauer zu beobachten als der Mann. Aufgrund dieser Erfahrungen genoß die Frau vor allem im Alter ein hohes Ansehen, auch wenn sie keine Hexe oder Weise Frau war.

Die volkskundliche Hexenkunst war die praktische Umsetzung dieser Volkskultur und damit eine Art ganzheitliche Medizin für Lebewesen und Dinge. Die Hexe hatte im Bewußtsein des Volkes einen ambivalenten Charakter, da ihr sowohl die Fähigkeit zu helfen als auch zu zerstören zugeschrieben wurde. Man war ihr nicht grundsätzlich feindlich gesonnen, mißtraute ihr aber wegen ihres mysteriösen und übernatürlichen Status'. Deshalb lebte sie meistens am Rande der Gesellschaft.

Krankenpflege und Krankenbehandlung bildeten während des gesamten Mittelalters eine Einheit. Nach altgermanischer Vorstellung wurden Krankheiten auf die Einwirkung von unsichtbaren Kräften wie Dämonen, Zauber und erzürnte Götter zurückgeführt. Entsprechend glaubte man, einer Krankheit nur mit Gegenzauber und Beschwörung begegnen zu können. Der Frau wurde aufgrund ihrer engen Verknüpfung mit den Naturgewalten seherische Gabe und Zauberkräfte zugeschrieben. Die Frauen reinigten und heilten Wunden, behandelten Stauchungen und Quetschungen. Sie stellten Diagnosen bei inneren Krankheiten. Ihnen unterlag der gesamte Bereich der Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderheilkunde. Um heilende, ▶



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERHALTENSTHERAPIE E.V.

AUS DEM DGVT-PROGRAMM

Hans Zygnowski (Hrsg.)

ERZIEHUNGSBERATUNG IN DER KRISE

Analysen und Erfahrungen
FORUM 6

Die Krise der Erziehungsberatung ist nicht allein das Resultat knapp gehaltener Sozialbudgets. Das innere System von Erziehungsberatung, ihre gesellschaftliche Bedeutung und ihre Konzepte sind ebenfalls in eine Krise geraten. Der Sammelband unterzieht die Logik erziehungsberaterischen Handelns, berufsständische Professionalisierungsstrategien und die Praxis institutioneller Versorgung einer kritischen Analyse.

Tübingen 1984, 250 Seiten, br., DM 25,-
ISBN 3-922686-85-6

Robert Anneken, Thomas Heyden (Hrsg.)

WEGE ZUR VERÄNDERUNG: BERATUNG UND SELBSTHILFE

FORUM 9

Die Beiträge des Bandes versuchen neue Konzepte und Denksätze für den Bereich der Beratungsstellen in der ambulanten psychosozialen Versorgung zu entwickeln, die den gravierend veränderten wirtschafts- und sozialpolitischen Bedingungen der 80er Jahre Rechnung tragen. Welche Formen der Beratung sind noch sinnvoll?

In diesem Rahmen wird auch das Selbsthilfekonzept einer kritischen Prüfung unterzogen, seine Möglichkeiten und Grenzen erörtert.

Tübingen 1985, 130 Seiten, br., DM 16,00
ISBN 3-922686-72-9

J. Bargold, E. Jaeggi, D. Kleiber, W. Kraus, T. Faltermayer, D. Herrich & W. Stark (Hrsg.)

VERÄNDERTER ALLTAG UND KLINISCHE PSYCHOLOGIE

FORUM 12

Der Alltag ist als Thema immer aktueller geworden. Wie kann er erforscht werden? Was hat ihn verändert bzw. behindert seine Veränderung? Sind die erfahrbaren Widersprüche überhaupt noch auflösbar? 15 Beiträge geben aus unterschiedlichsten Blickwinkeln Antworten, werfen Fragen auf, wollen zu nicht-alltäglichen Gedanken anregen.

Tübingen 1987, 180 Seiten, br., DM 29,-
ISBN 3-922686-80-X

Bitte fordern Sie unseren Gesamtprospekt an.

schmerzlindernde und antikonzeptionelle Mittel – es sollen über 100 Mittel bekannt gewesen sein – herzustellen, sammelten sie Heilkräuter und -wurzeln oder bauten sie im Kräutergarten an. Die Kranken wurden in ihrem eigenen Haushalt gepflegt.

Die Heiltätigkeit der Frauen hatte durch die Verbindung von Heilkunst und Magic ebenfalls einen ambivalenten Charakter, denn ihre therapeutischen Erfolge wurden weniger ihrer Kräuterkenntnis zugeschrieben als ihrer heilenden Zauberkraft. Ihre Heilkunst war auf die Wirkungsweise der natürlichen Heilkräfte und die ma-

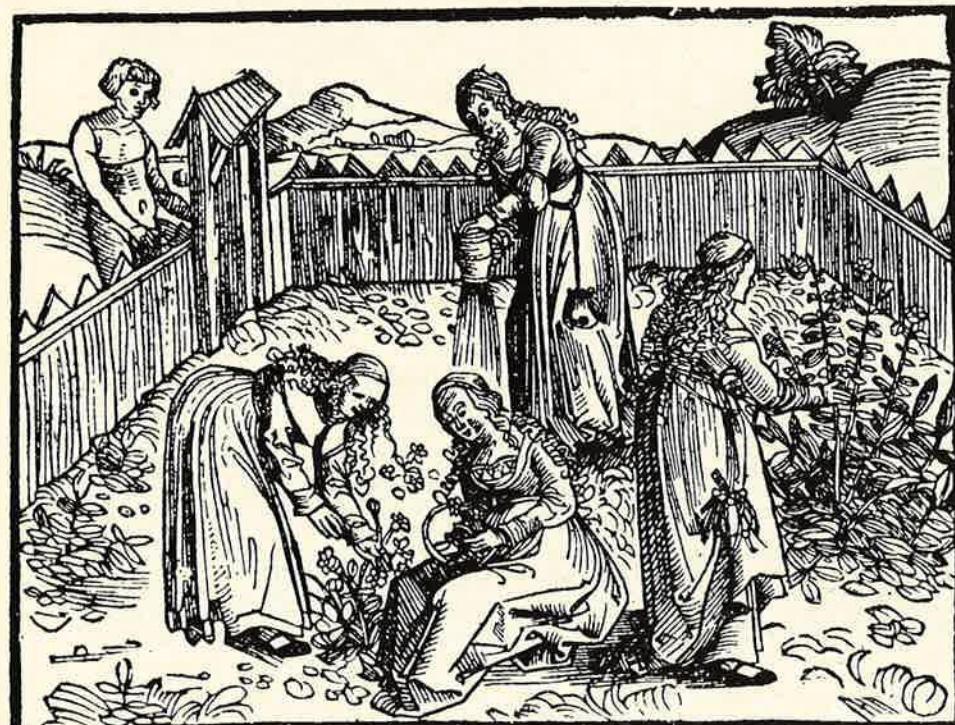
Auch als die Christianisierung weitgehend vollzogen war und heidnische Rituale in die christlichen integriert worden waren, änderte sich nichts an der Bedeutung der Volksmedizin. Eine besonders große Rolle spielten die Fähigkeiten der Weisen Frauen, den Geburtsschmerz zu lindern, die Empfängnis zu verhüten, abzutreiben. Selbst in den Klöstern gewann die Volksmedizin mit ihren magischen Rituale Einfluß. Die führende Rolle, die Frauen in der Klostermedizin einnehmen konnten, belegt das umfangreiche Werk von Hildegard von Bingen (1098 bis 1179), eines der besten Zeugnisse der Medizin des 12. Jahrhunderts.

und Zauberinnen als real existierend zu betrachten und sie als Teufelswerk auszurotten.

Erst die Etablierung der Buchmedizin wie auch die damit verbundene Herausdrängung der Frau aus dem ärztlichen Betätigungsfeld und schließlich die grausame Verfolgung der Weisen Frauen als Hexen konnte die Stellung der Frauen im Gesundheitswesen grundlegend zerstören. Die Herausbildung der Buchmedizin (15. Jahrhundert) steht in engem Zusammenhang mit dem Eindringen der antiken medizinischen Tradition, die weniger auf praktischen Erfahrungen als auf wissenschaftlich-theoretischen Erkenntnissen beruhte. Mit der Durchsetzung der Medizin als sogenannter Wissenschaft und der grundlegenden Neuordnung der medizinischen Versorgung durch männliche Ärzte, die an den neu gegründeten medizinischen Schulen und Hochschulen ausgebildet waren, wurde die weiblich dominante Volksmedizin abgelöst.

Die an den Universitäten ausgebildeten Ärzte nahmen für sich in Anspruch, als einzige zur Ausübung des ärztlichen Berufes legitimiert zu sein. Die empirische Volksmedizin wurde verächtlich gemacht und als Scharlatanerie abgetan. Da Frauen grundsätzlich zu einem Studium an der Universität nicht zugelassen waren, waren sie von dieser wissenschaftlichen Entwicklung der Medizin ausgeschlossen.

In der Praxis jedoch durften die heilkundigen Frauen aufgrund ihrer Erfahrung den Schulmedizinern überlegen gewesen sein, da diese in ihrer Ausbildung nur Buchwissen vermittelten bekommen. Jeder, der Medizin studieren wollte, mußte auch Theologie studieren. Auch die Schulmediziner beschränkten sich auf natürliche Heilmittel, so daß sie kaum erfolgreicher als die heilkundigen Frauen gewesen sein konnten. Zudem wurde ihre Heilpraxis zu einem nicht geringen Teil durch recht zweifelhafte Dinge wie Urinschau, Astrologie, Alchimie und Aderlaß bestimmt. In der Bevölkerung bestand wegen der häufigen Fehlgriffe der Schulmediziner noch lange ein größeres Vertrauen zu den Weisen Frauen als zu den eigentlichen Ärzten.



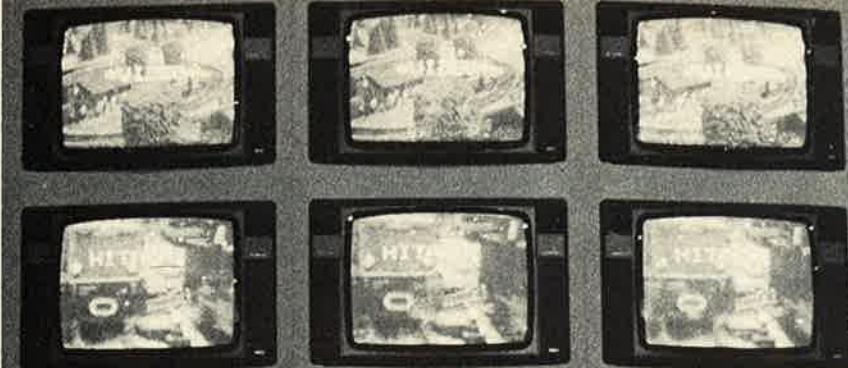
Die Heiltätigkeit der Frauen hatte einen ambivalenten Charakter – ihre therapeutischen Erfolge wurden weniger ihrer Kräuterkenntnis als ihrer Zauberkraft zugeschrieben

gisch-suggestive Einflußnahme auf die Psyche des Kranken ausgerichtet. Mißerfolge wurden auf den Einfluß bösen Zaubers zurückgeführt. Ihre Heilkunst war im Gegensatz zu der des Klerus und der später entstehenden Ärzteschaft nicht mit dem Herrschaftssystem des Feudalismus verbunden. Die herrschenden Schichten wurden von jüdischen und arabischen Ärztinnen und Ärzten versorgt, jedoch griff man auch hier gerne auf die heilkundigen Frauen zurück, da sie oftmals erfolgreicher waren. Frauen, die viel Erfahrung hatten (alte Frauen) und die in besonders erfolgreicherer Weise ihre Heilkenntnisse anwenden konnten, wurden als „Weise Frauen“ bezeichnet. Eine Hexe hingegen war eine Frau, die in „übernatürlicher Weise“ zum Beispiel bei hoffnungslosen Fällen heilen konnte, aber auch Gesunden eine unheilbare Krankheit anzaubern konnten.

Die Kirche verurteilte natürlich vor allem die antikonzeptionellen und geburtsverhindernden Maßnahmen der Weisen Frauen und Hebammen. Doch die christliche Religion konnte sich erst mühselig und nur gewaltsam mit Unterstützung der weltlichen Macht in der frühen Neuzeit gegen diese „heidnischen Bräuche“ des Volkes durchsetzen. Denn die Heilkundige oder Hebamme hatte im gesellschaftlichen Leben und Denken des mittelalterlichen Menschen einen festen Platz: Sie wurde gebraucht, respektiert und als Hexe gefürchtet.

Für die Kirche waren diese Frauen eine erbitterte Konkurrenz. Erst spotte man über sie, stellte verschiedene Verbote zur Abschaffung des „heidnischen Unfugs“ auf, erklärte den Gläubigen an Zauber und Dämonen für irrig und ging erst dann dazu über, Hexen

Erst die stärkere Ordnung des Medizingewesens durch die Städte, wo seit dem 13. Jahrhundert zunehmend Stadtärzte eingestellt wurden, sowie das zahlreiche Auftreten akademischer Ärzte seit dem 16. Jahrhundert führte in engem Zusammenhang mit der Hexenverfolgung des 16. und 17. Jahrhunderts nicht nur zur Ausschaltung, sondern vielmehr zur Ausrottung der Frauen als selbständige Medizinerinnen und deren Abdängung in den untergeordneten Krankenpflegebereich als „Dienerinnen und Gehilfinnen“ der vorwiegend männlichen Ärzte.



Am „Puls“ der Zeit

Foto: Döhre

Fortbildung per Video verspricht der Berufsverband Deutscher Internisten. Walter Popp hat sich so ein Filmchen angesehen.

Ich bin jetzt in die neuen Medien eingestiegen. Fortbildung per Video hat mir jüngst mein Berufsverband, der Berufsverband Deutscher Internisten, angeboten. Da konnte ich freilich nicht anders, ich mußte zugreifen. Vor einigen Tagen hat mir der United Parcel Service die erste Videokassette gebracht. Jeden Monat erhalte ich nun eine gut 60 Minuten lange Videokassette vom perimed-Verlag aus Erlangen – selbstverständlich kostenlos, denn die Pharma-Industrie zahlt alles. Behalten kann ich die Kassette auch. Sie nennt sich übrigens „PULS – Video-Forum für den fortschrittlichen Arzt“.

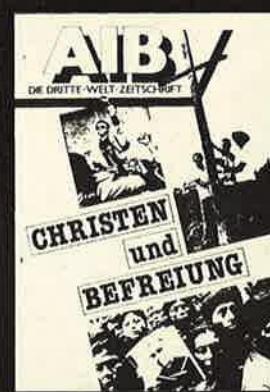
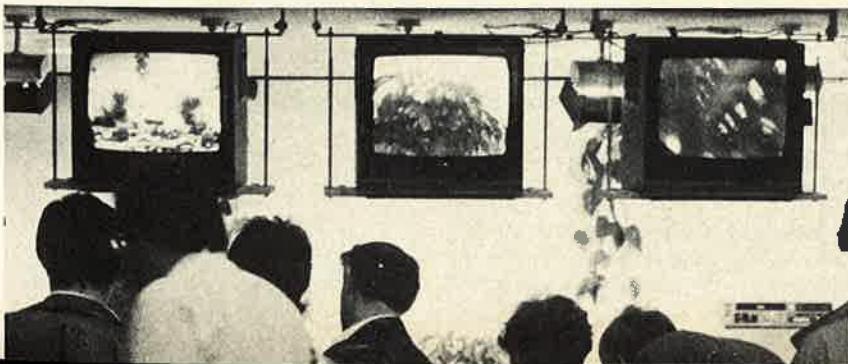
Auf der für mich ersten Kassette führt eine nette, adrette Moderatorin durch das Programm – sie steht jedesmal an einem anderen Stand einer Pharmafirma auf dem Internistenkongreß in Wiesbaden. An welchem Stand sie steht, sagt sie vorsichtshalber auch noch einmal. Dabei wäre das nicht nötig, denn häufig interviewt sie auch Vertreter der Firmen, freilich unter einem „wissenschaftlichen“ Gesichtspunkt: wie sicher zum Beispiel die Behring-Produkte gegen eine Aids-Infektion sind. (Absolut sicher natürlich – als ob man nicht von selbst darauf gekommen wäre!)

Doch auch bundesdeutsche Medizinkapitäten mischen mit in den Kurznachrichten und wenige Minuten langen Beiträgen. Zur Einführung läßt sich gleich der Präsident des Internenkongresses, Professor Pfeiffer, interviewen. Er vergießt bittere Tränen, weil die Pharma-Industrie nicht mehr genug Muster verteilen darf und deshalb die Stände der Firmen in Wiesbaden

den lerr bleiben. Aber auch Sefrin, Domschke und andere machen mit. Manche Beiträge sind gar nicht schlecht – so zur Intubation, zur Stoma-versorgung. Doch insgesamt kommt wenig „Fortbildung“ rüber, zumal immer noch „Pharma-Informationen“ eingestreut sind; das sind dann Kurz-filmchen der Firmen zu ihren Produkten, gemacht wie im Werbefernsehen vor der Tagesschau.

Erstaunlich ist der Einsatz auch renommierter Kliniker und ihr teilweise offenes Eintreten für bestimmte Firmenprodukte. Ich glaube inzwischen, daß so viele nicht einfach von der Industrie gekauft sein können. So mancher fährt wohl einfach auf die Kamera ab. (Oder verkaufen die sich wirklich für einige 100 Mark? Mehr sind ihre Sätze für die Firmen wohl nicht wert.)

Wenn ich die Kassette angesehen habe, solle ich noch den Bogen für den Verlag ausfüllen, bitten die Hersteller. Das sei notwendig, weil die finanzielle Industrie Rückmeldung haben wolle, ob man die Kassette überhaupt angesehen habe. Doch Fragen nach dem Inhalt finden sich nicht. Die Qualität der Beiträge kann man – mittels Ankreuzen – von GUT oder SCHLECHT – auch wenn man nichts gesehen hat – beurteilen. Weil ich nur ein kleiner Assistenzarzt bin, lasse ich die Zusatzfragen nach Gebietsanerkennung, Patientenzahl und Schinczahl und auch nach meinem Alter frei. Was ich mit der Kassette machen werde? Zur „Befunddokumentation“ kann ich sie nicht nutzen; weil Miami Vice nicht mehr läuft, muß ich nun wohl die Schwarzwaldklinik archivieren. □



AIB
Nr. 6
Juni 1987
56 Seiten
3 DM

CHRISTEN UND BEFREIUNG

- Befreiungstheologie unter Beschuß
- Gespräch Frei Betto/Fidel Castro
- Der Papst in Chile
- Christen und Sandinisten
- Südafrikanische Kirchen gegen Apartheid
- US-Kirchen gegen Reagan-Doktrin
- Entwicklungspolitik der EKD

Weitere Themen:

- AIDS in Afrika
- Wiedervereinigung der PLO
- Interview mit J. M. Sison
- Namibia
- Argentinien
- Asiatische Sowjetrepubliken
- Vietnamfilm „Platoon“



AIB
Sonderheft
2/1987
32 Seiten
2,50 DM

Das WETTER ist nicht an allem schuld

HUNGER: Die Krise im Überblick
HUNGER: Nahrungsmittel als Waffe
HUNGER: Agrobusiness in Afrika
HUNGER: Alternativen der FAO
HUNGER: Beispiele Kenia, Äthiopien
HUNGER: Beispiel Burkina Faso
HUNGER: Beispiel Mosambik/Simbabwe

Bezugsbedingungen: Erhältlich im alternativen und linken Buchhandel oder gegen Vorauszahlung in Briefmarken bzw. Verrechnungsscheck (zzgl. 0,80 DM Porto für 1 Heft und 1,90 DM für 10 Hefte) bei:

AIB-Leser/innen-Service
Gottesweg 54, 5000 Köln 51
Jahresabonnement (12 Nummern): 33 DM

33% Rabatt ab 10 Exemplaren

Ein kostenloses AIB-Heft erhalten Sie bei Einsendung dieser Anzeige

Schreckensmeldungen

Aids in Afrika



Von den fünf bis zehn Millionen HIV-Virusträgern leben nach vorsichtigen Schätzungen mindestens zwei Millionen auf dem Schwarzen Kontinent. Das Londoner Panos-Institut legt jetzt aktuelle Ergebnisse der Aids-Forschung vor, auch über Aids in Afrika.

Ich kann mir kein schlimmeres Gesundheitsproblem in diesem Jahrhundert vorstellen – wir alle, insbesondere ich selbst, haben es völlig unterschätzt . . .“ Diese Einschätzung traf der Vorsitzende der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Halfdan Mahler, im Dezember 1986 auf einer Sonderpresskonferenz in New York zum Thema Aids. Aber auch aus weniger berufenem Munde wird eifrig verlautbart, hochgerechnet und enthüllt. Wer sich ernsthaft mit Aids auseinandersetzen will, muß sich durch eine Flut von Veröffentlichungen hindurcharbeiten, deren Wissenschaftlichkeit und Objektivität oft mehr als fraglich ist. Mit der Aids-Studie des Londoner Panos-Instituts (eine im Mai 1986 gegründete nichtkommerzielle Organisation) legten internationale Experten nun in einem umfassenden Bericht die wesentlichsten und aktuellsten Ergebnisse der

Aids-Forschung vor. Was dort über Afrika ausgesagt wird, soll hier genauer vorgestellt werden.

Bis Februar dieses Jahres waren aus 127 der 159 Staaten dieser Erde Aids-Erkrankungen gemeldet. Von weltweit circa fünf bis zehn Millionen HIV-Virusträgern entfallen nach vorsichtigen Schätzungen mindestens zwei Millionen auf den Schwarzen Kontinent. (Hier leben etwa elf Prozent der Weltbevölkerung.) Am schwersten betroffen sind Zentral-, Ost- und Teile Südafrikas. Westafrika galt bislang als weitgehend von der Seuche verschont. Aber auch hier entdeckten Forscher im vergangenen Jahr neue, HTV-ähnliche Retroviren.

Panos-Angaben von derzeit 2561 an Aids erkrankten Afrikanern nehmen sich neben den schätzungsweise 30 000

Aids-kranken US-Amerikanern auf den ersten Blick gering aus. Ein zahlenmäßiger Vergleich der Morbiditätsraten ist jedoch aus zwei Gründen problematisch. Zum einen dürfte die Dunkelziffer der bislang nicht erfaßten Opfer in Afrika um ein Vielfaches über der in den Vereinigten Staaten liegen. Zum anderen – und das ist entscheidend – ist, gesamtgesellschaftlich betrachtet, der prozentuale Durchschnittsgrad der Bevölkerung der eigentliche Richtwert für das Ausmaß des Problems. Unter diesem Gesichtspunkt aber sind die neuesten Erkenntnisse über die Zahl der infizierten Afrikaner in der Tat alarmierend.

In Zaires Hauptstadt Kinshasa ist jede fünfte Frau seropositiv, ebenso jede zwölfte Frau, die im Rahmen der Schwangerenversorgung untersucht wird. In Ruanda tragen 12,5 Prozent der städtischen Bevölkerung die Antikörper als Zeichen der durchgemachten Infektion in ihrem Blut. Von 370 Blutspendern in Kampala (Uganda) waren elf Prozent positiv. Am schlimmsten scheint der Rakai-Distrikt im Grenzgebiet Uganda/Tansania befallen zu sein. Hier starb in den letzten Jahren etwa ein Prozent der Bevölkerung an Aids. Diese Auflistung ließe sich weiter fortsetzen.

Die ungefähre Ausbreitungs geschwindigkeit der Infektion kann einer kenianischen Studie entnommen werden. Zu Beginn der Untersuchung, 1981, war ein Prozent der männlichen Patienten einer großen Klinik in Nairobi HIV-positiv. 1986 waren es bereits 18 Prozent. Unter weiblichen Prostituierten kletterten die Werte im selben Zeitraum von vier auf 59 Prozent.

Wie ist ein derart rasanter Anstieg möglich? Um diese Frage beantworten zu können, müssen die Wege genauer betrachtet werden, auf denen das Virus sich in Afrika verbreitet. In Afrika, wo kulturell bedingt Homosexualität sehr viel weniger üblich ist (Ausnahme: weiße Südafrikaner), werden die Krankheitserreger durch heterosexuelle Kontakte weitergereicht. Sie sind für 75 Prozent der Infektionen erwachsener Afrikaner verantwortlich.

Am schlimmsten sind die Prostituierten in den Großstädten betroffen. Diese Frauen, meist durch bitterste Ar-

mit ihrer Familien zum „Gewerbe“ gezwungen, haben oft weit mehr als 1000 Sexualpartner im Jahr. Kehren sie nach einiger Zeit in ihre Heimatdörfer zurück, so geben sie der tödlichen Krankheit das Geleit. Für die sprunghafte Ausbreitung von Aids spielt auch die höhere Mobilität der afrikanischen Bevölkerung, etwa durch Wanderarbeiter und Flüchtlingsströme, eine Rolle.

Eine angeblich besonders hohe Prognosität der Afrikaner als Grund für die gegenwärtige Betroffenheit des Kontinents ist durch keinerlei ernstzunehmende Untersuchungen wissenschaftlich belegt. Die in diesem Zusammenhang gerne bemühten Vielehnen sind in anderen Regionen – zum Beispiel im arabischen Raum – ebenfalls häufig anzutreffen. Trotzdem tritt die Krankheit hier viel seltener auf.

Allerdings wird die Ansteckungsgefahr für viele Afrikaner erhöht durch die weite Verbreitung von Geschlechtskrankheiten. Diese verursachen oft zahlreiche kleine Entzündungsherde und Läsionen auf den Schleimhäuten der Geschlechtsorgane. Dem Aids-Virus wird dadurch im wahrsten Sinne des Wortes Tür und Tor in das Blutgefäßsystem des betroffenen Menschen geöffnet. Auch wer bereits von einer anderen Infektionskrankheit befallen und geschwächt ist, stellt ein leichtes Opfer für die HIV-Viren dar. Gleicher gilt für Zustände von Unter- und Mangelernährung.

Umgekehrt führt eine Aids-Infektion durch massenhafte Vernichtung von Immunabwehrzellen dazu, daß viele Krankheitserreger sich ungehemmt im Organismus vermehren können. Der Mensch stirbt ja bekanntlich nicht an der HIV-Infektion, sondern an den vielen und schweren Infekten in deren Gefolge. Die WHO verzeichnet bereits einen drastischen Anstieg von Malaria- und Tuberkulosefällen in den HIV-Schwerpunktgebieten. Einen weiteren

beden viele Entwicklungsländer unter großen finanziellen Mühen Impfkampagnen durchgeführt. Millionen von Menschenleben wurden dadurch gerettet. Inzwischen aber mehren sich die Stimmen, die davor warnen, daß nach einem Kontakt mit dem Aids-Virus durch den Impfstoff gerade die Krankheit ausgelöst werden kann, gegen die geimpft wurde.

Doch noch auf eine ganz andere Art und Weise raubt Aids den Afrikanern ihre Lebenskraft. Die sexuell aktivsten Bevölkerungsschichten sind gleichzeitig auch die ökonomisch aktivsten – die Träger von Wirtschaft und Verwaltung. Während andere Krankheiten vornehmlich die Alten und die ganz Jungen betreffen, ist die Mehrzahl der HIV-Infizierten zwischen 20 und 40 Jahren alt. Eine große Bank in Kinshasa fand bei einer Reihenuntersuchung im vorletzten Jahr die Hälfte der Belegschaft seropositiv. Im sambischen Kupfergürtel sind 68 Prozent der Infizierten qualifizierte Arbeitskräfte, von denen die Existenz des gesamten Wirtschaftszweiges abhängt. Manche Unternehmen befürchten bei Fortzahlung der Krankengelder an alle Aids-kranken Betriebsangestörten den baldigen Ruin. In Uganda wird seitens der Regierung erwogen, die Teilnahme an den traditionell mehrtagigen Toteneiern auf die nächsten Angehörigen zu beschränken, um den Arbeitsausfall halbwegs in Grenzen zu halten.

Je größer die weltweite Betroffenheit über Aids, desto stärker ist in manchen Kreisen die Versuchung, einen Sündenbock zu präsentieren, den die Hauptschuld an der Misere trifft. Diese Versuchung ist immer dann besonders groß, wenn reale Ängste, wie die an Aids zu erkraut, mit irrationalen Ängsten, zum Beispiel Schulgefühlen und Abwehrreaktionen im Zusammenhang mit der eigenen verdrängten Sexualität, verquickt werden. Und was Schwulen und Nutten im eigenen Lan-

Mit derlei Maßnahmen wird der Eindruck erweckt, die Afrikaner wären der eigentliche Quell des Aids-Übels, den es – bei allem Mitleid mit den armen Negerkindern – mit Entschlossenheit zu verstopfen gelte. Die eigentlichen Motive sind andere. Zu Recht fragt der belgische Aids-Experte Dr. Peter Piot: „Warum nur Afrikaner? Warum nicht alleinstehende amerikanische Studenten?“ Die Antwort von Jean-Paul Guetny, Medizin-Redakteur der Zeitschrift „Jeune Afrique“, ist so knapp wie zutreffend: „Rassismus – noch nichtmals verbrämt.“

Nach Meinung vieler schräger Wissenschaftler schneidet sich der Westen mit dieser Haltung auf längere Sicht ins eigene Fleisch. Denn ein Großteil der Bevölkerung wird durch die Stigmatisierung und Isolierung von Minderheiten in dem trügerischen Gefühl gewiegt, das für die eigene Sicherheit Notwendige wäre getan.

Die WHO hat inzwischen Vorschläge zur Aids-Bekämpfung in Afrika entwickelt. In jedem Land sollen Aids-Präventions- und Kontroll-Programme erarbeitet werden. Dabei sollen Angehörige aus den Bereichen Gesundheit, Soziales, Bildung und Frauenfragen nationale Komitees bilden. Sie sollen zunächst eine aktuelle Bestandsaufnahme durchführen und feststellen, inwieweit einheimische Mittel zur Aids-Bekämpfung verfügbar sind.

Da weder eine HIV-Schutzimpfung noch eine lebenserhaltende Therapie der bereits Erkrankten in Sicht sind, muß das Hauptaugenmerk momentan der Aufklärung breiter Bevölkerungskreise gelten. In Ländern, wo zumeist die Mehrzahl der Einwohner des Lese- und Schreibens unkundig ist, wo während der Regenzeit oft ganze Regionen schwer oder gar nicht zu erreichen sind, ist die flächendeckende Verbreitung von Informationen unvorstellbar schwierig. Zumal außer schwer passierbaren Zufahrtswegen zuweilen noch tiefverwurzelte Vorurteile überwunden werden müssen. Vorurteile gegen das, was die Experten aus der Stadt, die „Fremden“, den Dorfbewohnern in bezug auf deren Zusammenleben – gerade auch im sexuellen Bereich – vorschreiben wollen. Viele vertrauen da eher ihrem „witchdoctor“, lassen Aids als bösen Fluch auf, gegen den nicht Kondome helfen, sondern die alten Bräuche.

Die Meinungen darüber, wie die Aids-Epidemie am schnellsten zum Stillstand gebracht werden könnte, sind auch in Afrika geteilt. Auch hier werden Stimmen laut, die Zwangstestung, Meldepflicht, Tätowierung und Isolierung von HIV-Positiven fordern. Die Auswirkungen solcher Maßnahmen können verheerend sein in Staaten, die mit noch weniger demokratischen Kontrollmöglichkeiten ausgestattet sind als die meisten europäischen.

Fiaza Makumbi-Kidza

Fiaza Makumbi-Kidza ist Ärztin und ständige Mitarbeiterin des AIB

Aufklärung ist nicht einfach: Viele Afrikaner sind Analphabeten, viele leben in schwer zugänglichen Regionen. Viele vertrauen den „Experten“ nicht. Wen sollte das wundern?

todsicheren Infektionsweg stellt der Empfang einer kontaminierten Blutkonserven dar. Kaum ein afrikanischer Staat ist in der Lage, eine umfassende Untersuchung der Blutspender auf HIV-Antikörper durchzuführen. So verwundert es nicht, daß in Uganda oder Zaire die Ansteckungswahrscheinlichkeit nach einer Bluttransfusion acht bis zehn Prozent beträgt (i. Vgl. dazu 0,001 Prozent in westlichen Industrieländern).

Aber damit der Schreckenvisionen nicht genug. In der Vergangenheit ha-

te recht ist, das ist den Schwarzen aus dem Busch noch allemal billig. Oder?

Oftmals verschaffen Regierungen und offizielle Gesundheitsbehörden bodenständigen rassistischen Vorurteilen erst das rechte Klima zu ihrer Verbreitung. Wenn sie, wie die Regierung Kohl erwägt, Stipendien an schwäbisch-afrikanische Studenten nurmehr nach negativem HIV-Antikörper-Suchtest vergeben wollen. Wenn sie, wie die Regierung Thatcher erwägt, für Einreisende aus Zentralafrika eine Art Reinheitsgebot einführen wollen.

Haltung überdenken

In vielen Ländern des westlichen Auslands gibt es seit Jahren Versuche, mit Methadon-Programmen Heroinabhängige aus ihrer Illegalität herauszulösen und sozial wieder zu integrieren. Man geht dabei davon aus, daß mit erfolgreicher Wiedereingliederung vielen Abhängigen schließlich der Verzicht auf die Droge möglich wird.

In der Bundesrepublik gab es von 1971 bis Ende 1975 nur einen einzigen Versuch, mit Methadongabe Heroinabhängigen zu helfen. Durchgeführt wurde er bei elf langjährigen Drogenabhängigen im Jugend- und Drogenberatungszentrum Hannover, die als nicht motivierbar für drogenfreie Programme galten. Die Gegner solcher Programme sahen sich damals von der selbstkritischen Einschätzung des Teams bestätigt, denn alle Klienten hatten zwar unter der Methadon-Gabe ihre soziale Situation wesentlich verbessern können, aber fast alle waren schon bald nach Ende des Programms mit sehr intensiver Betreuung rückfällig geworden. Weitere Versuche wurden deshalb auch in Hannover nicht durchgeführt.

Jetzt, zehn Jahre später, wurde eine Nachuntersuchung durchgeführt, die auch für das damalige Team die überraschende Erkenntnis brachte, daß alle elf Klienten drogenfrei leben. Alle hatten bürgerlich anerkannte Berufe, als Fahrer eines Geldtransports, stellvertretender Filialleiter im Einzelhandel, Erzieher, Sozialpädagoge usw.

Die Ablehnung von Methadon-Programmen erfolgt in der Bundesrepublik aus verschiedenen Gründen: Nach der Leidensdrucktheorie wird angenommen, ein Abhängiger verspüre nicht mehr den Wunsch nach Drogenfreiheit, wenn es ihm unter Drogeneinwirkung nicht mehr so schlecht gehe, daß er total am Boden sei, er sich also mit seinem Status als Drogenabhängiger einrichte, wenn er gleichzeitig einen Weg finde, sozial zurecht zu kommen. Auch wird vermutet, unter Drogeneinwirkung sei die Aufnahmefähigkeit oder auch Lernfähigkeit für neue soziale Kompetenzen so schlecht, daß erst Drogenfreiheit erzielt werden müsse, um Verhaltensänderungen zu bewirken. Von Ärzten wurde angeführt, die Methadongabe sei keine Therapie der Krankheit Drogenabhängigkeit, da sie ja nur aus der Abhängigkeit von illegalen Drogen eine von legalen Drogen und damit vom verabreichenden Arzt mache. Als ob Ärzte sich umsonst Gedanken darüber machten, daß zum Bei-

Methadon in der Drogentherapie

**ee - Die Nachunter-
suchung eines Modell-
programms mit
Methadon hat über-
raschende Ergebnisse
gebracht. Alle
Patienten sind heute,
zehn Jahre später,
drogenfrei.**

spiel die Verordnung von Psychopharmaka zumindest zuerst eine Abhängigkeit vom Arzt schafft und noch keine ursächliche Behandlung darstellt.

Die Hannoveraner Therapeuten haben aus der neuen Untersuchung die Erkenntnis gezogen, daß neben anderen Therapieformen für eine bestimmte Klientel Heroinabhängiger Methadon-Programme sinnvoll sind. Sie seien gerade nicht Resignation vor der Drogensucht, sondern eine Erweiterung der bisher unzureichenden Behandlungsaufgabe. Nach Überzeugung aller mit Abhängigen Arbeitenden erreichen bisherige Behandlungsprogramme kaum ein Drittel der Betroffenen, davon schaffen es dann höchstens die Hälfte, auf längere Sicht Erfolg zu haben. Dies zu wissen und keine Änderungen zu wollen, ist sicherlich mehr Resignation.

Zu neuen Überlegungen in der Drogentherapie sieht sich auch die offizielle Drogenpolitik in der Bundesrepublik gezwungen, da unter Heroinabhängigen die Gefährdung durch Aids ein zunehmendes Problem wird. So ist es inzwischen für Abhängige möglich geworden, an sterile Injektionsbestecke

zum Beispiel in vielen Apotheken zu kommen - bis vor kurzem noch undenkbar.

Seit mehr als einem Jahr schon laufen beim Gesundheitsministerium in Nordrhein-Westfalen Überlegungen zur Einrichtung eines Methadon-Programms für sonst nicht behandelbare Heroinabhängige. Schon früh wurde die Ärztekammer Nordrhein in die Vorbereitungen des Ministeriums mit einbezogen, wobei sie jedoch von vornherein ihre ablehnende Haltung verdeutlichte. Da sich alle Sachverständigen der Ärztekammer Nordrhein und der Bundesärztekammer praktisch einig seien in der Ablehnung solcher Modellprogramme, sei es der Ärztekammer „kaum zumutbar“, in die Verantwortung für etwaige Modellprogramme hincingezogen zu werden. Eine kleine Änderung der Haltung der Ärztekammer scheint insofern erkennbar, als man jetzt zum Ausdruck brachte, bei weiterer Präzisierung der Modelle wolle man unter bestimmten Umständen einem Versuch des Ministeriums „nicht im Wege“ stehen.

dg-Mitarbeiter hatten schon im letzten Jahr in einem Gespräch mit dem Drogenbeauftragten von Nordrhein-Westfalen den Eindruck gewonnen, daß man sich in Düsseldorf durchaus der Probleme von Methadon-Programmen bewußt ist und bereit ist, solche Programme gründlich vorzubereiten. Methadon-Programme sind nicht billiger Ersatz für Therapie, sondern erfordern aufwendige begleitende Betreuung der Klienten. Vor allem aber erfordern sie ein Umdenken auch von Politikern und Gesetzgebern. Denn in den letzten Jahren waren alle wesentlichen Änderungen in der Drogenpolitik mit einer verschärften Kriminalisierung der Drogenabhängigen verbunden. Der Weg „Therapie statt Strafe“ hat sich als Irrweg erwiesen, da eben nur ein Weg anerkannter Therapie (der drogenfrei) offen war. Wer dabei scheiterte, zum Beispiel rückfällig wurde, wurde gleichzeitig wieder straffällig, und alle begonnene Wege einer Resozialisierung endeten bei erneuter Haftstrafe.

Die ermutigenden Spätergebnisse der Hannoveraner Therapeuten sollten Anlaß für viele bisher entschiedene Gegner von Methadon-Programmen sein, ihre Haltung zu überdenken. Eine kritische Solidarität bei der Einführung gut vorbereiter Programms hat das Gesundheitsministerium in Nordrhein-Westfalen sicherlich verdient. □

Mit Speck fängt man Mäuse



Besonderen Suchtgefahren sind Ärzte beim Besuch von manchen Fortbildungsveranstaltungen ausgesetzt. Peter Schröder hat sich einem Selbstversuch unterzogen.

Im Herbst letzten Jahres fand in einem beliebigen norddeutschen Kurort eine zweitägige Fortbildungsveranstaltung für Ärzte statt. Ein Arzt (P. S., 37), dessen Fallgeschichte hier berichtet werden soll, nahm daran teil, zumal das wissenschaftliche Fortbildungsprogramm interessant schien. Da sich diese Fortbildung zum 30. Mal jährte, wurde sie eröffnet vom honorigen Kurdirektor, der allen anwesenden Ärztinnen und Ärzten (etwa 100) die Überweisung von Kurpatienten in eben diesen Kurort sehr nahelegte und sie auch zum Abendessen einlud. „Wir leben ja schließlich von Ihnen.“ – Von wem? Zahlen die Ärzte soviel Geld in die Ortskrankenkassen? – Das wissenschaftliche Programm, das übrigens wirklich gut und stark auf die Praxis des Niedergelassenen zugeschnitten war, nahm dann seinen Lauf. Samstag nachmittag und Sonntag morgen bis 12 Uhr, etwa acht Stunden ingesamt. Es gab manches Wissenswerte zu lernen dort.

Lassen wir nun aber den betroffenen Arzt selbst seine Krankengeschichte erzählen: „Im Vorraum zum großen Kurraum, dem Vortragssaal, hatten genau 29 Firmenstände aufgebaut mit „wissenschaftlicher“ Information. Große Stände waren das, mit Nonstop-Diaprojektionen, mit chic gekleideten Damen und Herren, die sehr eifrig um uns bemüht waren. Und an jedem Tisch gab es etwas umsonst.“

Natürlich bin ich an all dem erstmal mit erhobenem Kopf vorbeimarschiert. Wenn mich einer der Verkäufer – Verzeihung, wissenschaftlichen Berater – zu sehr belästigte, habe ich reagiert wie im Krankenhaus auch. Ich gab ihm oder ihr deutlich, aber unfreundlich zu verstehen, daß ich an Werbung nicht interessiert sei und mir ansonsten zum

Glück meine Kugelschreiber selbst kaufen könne. In der Klinik heißt mein Standardspruch dann: Für Firmen habe ich grundsätzlich keine Zeit. Eine Einstellung, die übrigens nach schon acht Monaten dazu geführt hat, daß mich fast nie ein Vertreter belästigt.

Bis Samstag abend hatten dann alle, aber wirklich alle Teilnehmer der Veranstaltung (außer mir) eine oder mehrere große Plastiktüten mit Werbegeschenken bei sich. Durch das laufende Knistern und Rascheln dieser Tüten der laufend ein- und ausgehenden Doctores war sogar die wissenschaftliche Fortbildung etwas beeinträchtigt. Es sprach sich nämlich blitzschnell herum, daß die Firma X noch zwei Ledcretuis habe oder die Firma Y wirklich tolle Faserschreiber oder die Firma Z ein ganz wertvolles Buch verschenke. Und dann mußte man doch schnell raus in den Vorraum und noch eine Plastiktüte füllen.

Bis Samstag abend fühlte ich mich noch gesund, zumal ich des Kurdirektors Einladung zu einem tollen Essen locker ausgeschlagen hatte. Erst am Sonntag morgen erwischte es mich. Am Eingang nahm ich einen Schreibblock mit Kugelschreiber (Parker, Großraummine) an, da ich im Auto den eigenen Schreibblock vergessen hatte. Und dann ging es blitzartig abwärts mit mir. Auf dem Treppenaufgang lag eine Packung Luftballons der Firma A (Kinder freuen sich über so etwas immer) und im Eingang erholt ich noch im Vorbeigehen ein kleines Lederetui (Firma B) für meinen neuen Kugelschreiber. Und ich nahm an.

Während des ersten Vortrags, der wirklich etwas langweilig war, fand ich mich plötzlich unter den etwa 50 auch

vortagsfaulen Ärzten und Ärztinnen meist reiferen Alters, die die Stände entlang schlenderten. Nachdem ich ein kleines Büchlein über Lungenfunktionsprüfungen (Firma C) entdeckt hatte, ging es Schlag auf Schlag. Ich erlag dieser Sucht einlich völlig.

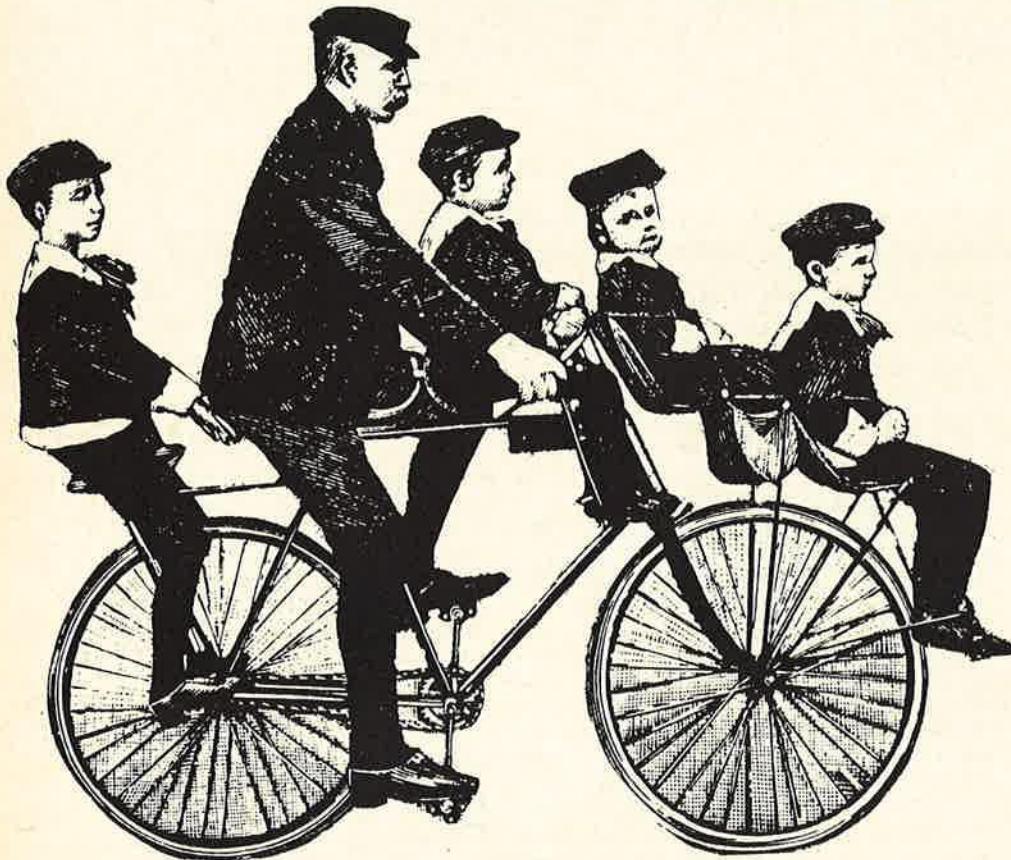
Ich überschlage die mehrfachen Rundgänge durch die Ausstellung, das mehrfache Zum-Auto-Laufen, um die neuen zu schwer gewordenen Plastiktüten zu verstauen und das hektische Gefühl, während der Vorträge drinnen eine neue Werbeüberraschung draußen zu verpassen. Mein Bewußtsein wurde zwischendurch noch mal ganz klar, als ich nämlich an der Saaltür einen Zettel abriß mit der Aufschrift: „Die Initiatoren des 30. Fortbildungskurses für Ärzte danken Ihnen DONATOREN für die freundliche Unterstützung.“ Als Schenker firmierten da 19 Unternehmen, die auf dem Pharmamarkt Rang und Namen haben. Genau in dem Moment beschloß ich nämlich, diesen Artikel zu schreiben. Dann sammelte ich weiter. Solange bis der Kofferraum voll war.

Erst zu Hause wachte ich dann auf, verschenkte den ganzen Unsinn und beschloß, diese Veranstaltung unter der Rubrik Werbungskosten von der Steuer abzusetzen.“

Der weitere Krankheitsverlauf war unauffällig. Der Patient kehrte zu seiner normalen Abwehrhaltung gegen Pharmawerbung zurück und wird durch die laufend steigenden Profite der Pharmafirmen und die laufend steigenden Preise derer Produkte in seiner gesunden Meinung bestärkt, daß dieser Produktionszweig nun aber wirklich sozialisiert und kontrolliert werden muß.

Peter Schröder

„Zerflattern wie Blüten im Winde“



Radfahren und Geburtenrückgang

Die Bevölkerungspolitiker können aufatmen. Die drängenden Fragen nach den Ursachen für den Geburtenrückgang sind ihrer Beantwortung ein großes Stück näher gerückt. In einer zu Unrecht vergessenen Schrift aus dem Jahre 1924 hat J. Winkelhagen sich mit ungewöhnlichem Blickwinkel diesem Problem genähert.

Als Erklärungsmuster für den seit der Jahrhundertwende einsetzenden Geburtenrückgang kamen für den Autor die gängigen Begründungen nicht in Frage. So widerlegt er Begründungen wirtschaftlicher Art in seiner Schrift durch verblüffend einfache Beobachtung der historischen Gegebenheiten. „Bis gegen 1900 hatte uns die Entwicklung der Geburten unter den Arbeitern geradezu die Anschauung aufgezwungen, daß eine gewisse wirtschaftliche Beengtheit kindersegensfördernd wirken müsse, denn die Arbeiter bildeten einen der fruchtbarsten Teile unserer Bevölkerung und sie lieferten damit den besten Beweis dafür, daß gesunde Eltern in einer gewissen Beschränkung, die sie zu tätigen und nüchternen Leben mit ruhiger, ehrgeizloser Weltanschauung zwingt, gar nicht auf den Gedanken kommen, sich des schönsten Lebensgenusses, der natürlichen Expansion, selber zu beraubten.“

Auch die vermehrte Anwendung von Präventivmitteln lässt er als erschöpfende Begründung nicht gelten. „Der Geschlechtstrick vollgesunder Menschen lässt sich aber gar nicht so einfach verfälschen, daß in der Ehe eine regelmäßige Anwendung der Verhütungsmittel . . . so allgemein möglich wäre. Wenn es so einfach wäre, sich eine solche Selbstbeschränkung aufzuerlegen, dann hätte man durch das in Betracht kommende Mittel schon längst die Geschlechtskrankheiten zum Aussterben gebracht. Glaubt man wirklich, daß es den Ehemännern, die aus Neigung heiraten – und das ist doch wohl auf dem Lande und unter den Arbeitern, wo es keinen sozialen Auftrieb gibt, in der Mehrzahl der Fall – leichter wird, sich im ehelichen Verkehr unnatürliche Beschränkungen aufzuerlegen, als den Männern, die sich mit bezahlten, verseuchten weiblichen Wesen der Gefahr aussetzen, sich für ihr Leben zu schädigen?“

Für Winkelhagen gibt es keine Zweifel. Alle Voraussetzungen, die erfüllt sein müssten, um das Phänomen des plötzlich einsetzenden Geburtenrückganges zu erklären, . . . treffen mit mathematischer Genauigkeit auf eine Erfindung zu, die eine weitgehende Umstellung lebenswichtiger Funktionen und eine unverkennbar starke Wirkung auf das Nervensystem einer festumschriebenen Altersgrenze aller Volkskreise und -schichten mit sich brachte . . . „In ganz auffallender Weise trifft die Ausbreitung dieser neuen Erfindung (. . .) zusammen mit dem erschreckenden Absturz der Geburten um 1900 . . .“

Die Rede ist von der Erfindung des Fahrrads. „Heute gibt es keinen Gebirgsfleckens und kein Fischerdorf mehr, in dem nicht fast allgemein geredet würde, und das vorzugsweise von den Teilen der Bevölkerung, die für die gesunde Weitergabe der Erbmasse in Frage kommen. Bauern, Arbeiter, Studenten, Schüler, Lehrer, Kaufleute,

Angestellte, ja selbst die Seeleute, sobald sie festen Boden unter den Füßen haben, Männlein und Weiblein, Jung und Alt, Reich und Arm, alles radelt regelmäßig oder doch täglich.“

Und nachfolgend listet der Autor unerbittlich alle Symptome der Veränderung auf, die der eine oder die andere auch an sich selbst feststellen kann, ohne allerdings von den schwerwiegenden Hintergründen etwas zu ahnen.

„Die erste Wahrnehmung, die der Radler, der sich selbst beobachtet, machen kann, ist die eines starken Blutandrangs ins Gehirn und eines schwer benommenen Kopfes, Anzeichen, die sich mit der Zeit, auch bei mäßigem Fahren, verstärken und chronisch werden . . . Das Nachlassen seiner geistigen Leistungen hängt mit dem Blutandrang ins Gehirn zusammen, der sich besonders auf die Assoziationszentren erstreckt. Es wird ihm trotz größter Willensanspannung immer schwerer, sich in eine geistige Arbeit zu vertiefen. Der Radler versimpelt zusehends, sein Gehirn arbeitet wie das eines starken Arteriosklerotikers.“

Die von Winkelhagen beobachteten, am Radler vor sich gehenden Veränderungen müssen uns so unglaublich erscheinen, daß sie im folgenden wörtlich zitiert werden. „Der starke Blutandrang im Gehirn, der aller Wahrscheinlichkeit nach in besonderer Weise auf die Hypophyse wirkt, bringt bei Individuen, die noch im Entwicklungsalter sind, eine deutlich wahrnehmbare Veränderung der Kopfform hervor. Der Vorderkopf wird größer, die Stirn breiter, . . . der Hinterkopf erscheint wie quer auseinandergetrieben, die Zone hinter den Ohren, in der Gegend des Warzenfortsatzes, wird wulstig . . . Es sieht so aus, als übte das Großhirn einen ungewöhnlichen Druck nach vorn und seitwärts in der Richtung der Stirn- und Hinterhauptshöcker auf sein Gehäuse aus. Das Größerwerden des Kopfes ist jedoch nicht etwa nur ein scheinbares, man kann einwandfrei feststellen, daß selbst erwachsenen Radfahrern ihre Kopfbedeckung auffallend schnell zu klein wird. Das Gesicht bekommt durch eine Einschnürung um die Nasenwurzel einen scharfen, überanstrengten Zug. Die Ohren erscheinen etwas heruntergerutscht, mit dem Bestreben, abstehend und kleiner zu werden. Auch die Augen werden kleiner und bekommen einen leeren, fiebhaften Ausdruck. Auffallend ist die zeitlich zuerst auftretende Veränderung des Haares; es wird ganz matt, glanzlos trocken und meist abstehend. Das Frauenhaar wird krank, dünn und brüchig und fällt durch das Herausstehen vieler ungleich langer Stoppeln auf. Die inneren Störungen, die sich durch so schwere Merkmale ankündigen, müssen sehr ernster Natur sein, und es läßt sich denken, daß sie auf die heranwachsende Jugend geradezu verheerend wirken.“

Welcher Art diese Störungen sind,

davon können wir uns dank der aufmerksamen Beobachtung des Autors ein Bild machen. „Es tritt ein Stillstand und bald ein Rückschritt in der differenzierenden Entwicklung ein. Nach guten Anfangsleistungen läßt die Jugend plötzlich nach und versagt immer mehr . . . Dazu kommt dann noch als sehr bedenkliche Erscheinung eine geschlechtliche Frühreife mit einer neuen Störung in der harmonischen Entwicklung der jungen Menschen . . . Das frühzeitige Schärferwerden der Ge-

schaftlichen Erklärung zu berühren. Winkelhagen ist bei der vorurteilslosen Prüfung des Nachwuchses von Radfahrern, und zwar sowohl von langjährigen Radlerinnen wie auch von Füßen, wo nur der Vater längere Zeit geradelt hat, auf eine Reihe ganz eigenartiger Merkmale gestoßen. „Die Körpermaße der Radfahrerkindern sind schon in der Anlage zurückgeblieben. Das Muskelsystem ist schwach entwickelt, die mangelhafte Wadenbildung fällt besonders auf . . . Das auffallendste Merkmal bei

„Durch das Auf und Ab der Oberschenkel wird ein starker Blutandrang im Kopf erzeugt, und zugleich findet eine Druck- und Reibungswirkung auf die nächste Umgebung der Geschlechtsorgane statt. Sie stört den normalen Kreislauf der Säfte.“



sichtszüge ist besonders bei jungen Mädchen auffallend, deren Anmut und Liebreiz mit dem Heranreifen zunehmen sollte; doch mit dem kurzen Rausch, den ihnen das Dahinfliegen auf dem Rade verschafft, zerflattern die Blüten gar bald im Winde. . . Durch das Auf und Ab der Oberschenkel, das wie Pumpbewegungen auf die Bauchgegend wirkt, wird ein starker Blutandrang in den Kopf erzeugt und zugleich findet bei der ganz eigenartigen Gesäßstütze eine ununterbrochene Druck- und Reibungswirkung auf die nächste Umgebung der Geschlechtsorgane statt. Sie stört den normalen Kreislauf der Säfte. Die Augen nehmen einen bleibenden, flackernd unruhigen Ausdruck an.“

Und Winkelhagen schließt folgerichtig: „Es braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden, daß die geschilderten Folgeerscheinungen des Radfahrens in Verbindung mit der außergewöhnlichen Breitung dieses Verkehrsmittels unzweifelhaft einen großen Einfluß auf das Nervensystem und Gemütsleben vieler Millionen Menschen ausüben müssen, der nicht ohne Rückwirkung auf die Geburten sein kann.“

Zum wichtigsten Punkt seiner Ausführungen kommt der Autor aber erst jetzt. Es geht um Schäden, die Anlaß zu allergrößter Besorgnis geben müssen und die jeder durch einfachste Beobachtung bestätigt finden kann, ohne vorerst die Frage nach der wissen-

Radfahrerkindern ist die Kopfform, und es ist in der Tat gar nicht zu verstehen, daß auf das erschreckende Zunehmen dieser sonderbar verbildeten Köpfe unter unseren Kindern noch von keiner Seite hingewiesen worden ist . . . Bei der Kopfveränderung sowie bei dem angeführten Zurückbleiben der körperlichen Veranlagung sind alle Abstufungen vertreten, je nachdem, wie stark der Einfluß des Radfahrens auf den Elternkörper selbst war, oder, mit anderen Worten, wie lange und stark die Eltern radelten.“

Winkelhagen weist in seiner Schrift selbst darauf hin, wie schwer es werden wird, eine erschöpfende wissenschaftliche Erklärung für das Zustandekommen und Zusammenhängen der verschiedenen Erscheinungen zu finden. Es scheint, so schreibt der Autor, „daß hier ein Gebiet im menschlichen Körper betroffen wird, das sonst vor den Einflüssen der Außenwelt geschützt liegt und das wäre nur mit einer Störung im innersten Kreislauf der Säfte und in der Funktion gewisser Drüsen zu erklären.“

Es scheint uns geraten, daß die, denen die Bevölkerungsentwicklung am Herzen liegt, an die langjährige Beobachtungen dieses Autors anknüpfen sollten, um so möglicherweise zu einer unerwartet schnellen Lösung der bisher ungeklärten Probleme des Geburtenrückgangs zu gelangen.

Verena Steinecke-Fittkau

Verena Steinecke-Fittkau ist Sozialwissenschaftlerin und promoviert zur Zeit an der Uni Bremen

buchkritik

Sektion Bundesrepublik Deutschland der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges (Hrsg.), Gemeinsam leben – nicht gemeinsam sterben! Dokumentation des 6. Weltkongresses der IPPNW in Köln, Jungjohann Verlagsgesellschaft, Neckarsulm 1987, 24,80 Mark.

Gut ein Jahr hat es gedauert, bis nun endlich die deutschsprachige Dokumentation des 6. IPPNW-Weltkongresses in Köln erschienen ist. Doch handelt es sich auch heute noch um ein aktuelles und lesenswertes Dokument, in dem die wichtigsten Vorträge des internationalen wie nationalen Teils des Kongresses abgedruckt sind.

In mehreren Beiträgen internationaler Fachleute wird der Zusammenhang zwischen Überrüstung und Gesundheitsversorgung in der Dritten Welt dramatisch aufgezeigt. Ebenfalls in mehreren Beiträgen findet sich kompetente und auch heute nicht überholte Kritik an SDI, so unter anderem von dem Chefwissenschaftler bei IBM, Garwin.

Sehr lesenswert ist der Beitrag des Radiologen Abrams, der die medizinischen Probleme nach

durch letztere verbessert sich mehr und mehr die Chance, militärisch wichtige Standorte gezielt ausschalten zu können; daraus folgt jedoch international eine Destabilisierung der Politik der gesicherten Abschreckung, die Gefahr eines Präventivschlags erhöht sich so. Nach Barnabys Ansicht würden 400 Sprengköpfe auf jeder Seite völlig ausreichen, um die gegenseitige gesicherte Zerstörungsfähigkeit zu erhalten. Ein interessanter Aspekt angesichts der weinerlichen Haltung der Bundesregierung, wenn es nur um die Vernichtung einiger 100 Raketen geht.

Natürlich fehlt auch nicht der Vortrag „Medizin unter dem Nationalsozialismus“ von Hanuske-Abel, dessen nachträgliche Veröffentlichung in der Zeitschrift „Lancet“ den Präsidenten der Bundesärztekammer, Karsten Vilmars, zu heftigen Ausfällen geführt hat (W. Wuttke kommentierte in dg 6/87). Hanuske-Abel schlägt den Bogen vom nationalsozialistischen zum nuklearen Holocaust. Mit den Geschwistern Scholl fordert er: „Wir müssen das Böse dort angreifen, wo es am mächtigsten ist.“

Es bleibt anzumerken, daß noch viele andere Themenkomplexe durch eine Fülle von Vorträgen

**Wulf Bertram
Angehörigenarbeit**

Familientherapie für die psychiatrische Alltagspraxis

Mit einem Geleitwort von Klaus Dörner
2. Auflage

Edition Psychiatrie
Psychologie Verlags-Union

Bertram, Wulf, Angehörigenarbeit. Familienarbeit für die psychiatrische Alltagspraxis. Mit einem Geleitwort von Klaus Dörner. 2. Auflage, Edition Psychiatrie, Psychologie-Verlags-Union, München-Weinheim 1986. 212 Seiten, 36,— Mark.

Wulf Bertram legt in der neu gegründeten Edition Psychiatrie der Psychologie-Verlags-Union die zweite Auflage seines Buches vor, welches 1982 zuerst im Psychiatrieverlag Wunstorf erschienen ist. In der zweiten Auflage werden neue Entwicklungen in der Psychiatrie, wie die Entstehung einer Angehörigenbewegung oder ein sich abzeichnender Paradigmenwechsel in Richtung auf eine ökologische Medizin aufgegriffen. Das Buch wird zudem um Erfahrungen angereichert, die der Autor inzwischen mit unterschiedlichen Formen der Angehörigenarbeit in Italien sowie in einem süddeutschen psychiatrischen Landeskrankenhaus gemacht hat.

Bevor die Leser einen Einblick in die Angehörigenarbeit der verschiedenen klinischen Situationen erhalten, wird ihnen ein Überblick über die Geschichte der Familientherapie geboten. Für die mit der Familientherapie Vertrauten mag dieser Überblick zu kurz geraten sein und wenige neue Aspekte bieten, doch für jemanden, der sich mit dieser Therapieform bisher noch nicht befaßt hat, ist es ein guter Einstieg.

Sodann werden zwei verschiedene Formen der Familientherapie dargestellt, in der mit Patienten und Angehörigen in getrennten Gruppen gearbeitet wird. Die Patienten befinden sich dabei in halb- oder stationärer Behandlung. Auf ihre Behandlung wird

nicht explizit eingegangen, sondern das Schwergewicht liegt auf der Arbeit mit den Angehörigen dieser Patienten. Bei den zur Diskussion gestellten Formen handelt es sich zum einen um die bifokale Familientherapie nach Schindler, in deren Mittelpunkt die Entlastung sowohl des Patienten als auch der Angehörigen steht, zum anderen um das Expressed-Emotion-Konzept, welches in den siebziger Jahren an der von Wing geleiteten Forschungsstelle für Soziopsychiatrie am Institute of Psychiatry in London entwickelt wurde.

Das Londoner Konzept konfrontiert die Angehörigen an Schizophrenie Erkrankter im Rahmen eines eigens entwickelten Trainingsprogramms mit Fragen, die im Zusammenhang mit dem Thema Schizophrenie stehen. Mit der Zeit entwickelte sich diese Angehörigen-Arbeit zu einer problemorientierten Gruppenarbeit, in der verschiedene Therapieansätze (zum Beispiel Gesprächs- und Verhaltenstherapie) zur Anwendung kamen. Das Londoner Konzept verstand sich als strenges soziales Erziehungsprogramm („social-skills-training“) für Angehörige. Ein Hamburger Forschungsteam der Psychiatrie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf, das die Arbeit der Expressed-Emotion-Forscher aufgriff, stieß sich an diesem als rigide empfundenen Ansatz und entwickelte einen Arbeitsstil, der sich mehr an den situativen Bedingungen der Angehörigen orientierte. Im Vordergrund stand dabei die Förderung eines „kontinuierlichen, problemorientierten Gruppengesprächs, in dem sich die Gruppenmitglieder angstfrei artikulieren, gegenseitig unterstützen und von Schuldgefühlen entlasten könnten“.

In Kapitel vier berichtet Bertram über seine Erfahrungen, die er bei einem einjährigen Studienaufenthalt mit dem „Servizio Igienico Mentale“ in Bibbiena-Arezzo gemacht hat. Hier existieren seit der von Basaglia und Mitarbeitern durchgesetzten Psychiatriereform im Jahr 1978 im Vergleich zur Bundesrepublik sehr viel umfassendere und langfristigere Erfahrungen mit ambulanten Versorgungsmodellen, die zwangsläufig zu einer stärkeren Konfrontation von Patienten und Angehörigen führen mußte. Deshalb interessierte Bertram, „wie Familien, Patienten und Mitarbeiter psychiatrischer Dienste mit der Situation nach der Psychiatriere-



Foto: Monzen

dem Unfall in Tschernobyl aufliest und diese zu den Folgen eines Atomkrieges in Beziehung setzt. Der ehemalige Leiter des Instituts für Friedensforschung SIPRI, Barnaby, referiert die aktuellen Atomwaffenbestände. Für die momentane Diskussion über die Nulllösung sehr wichtig sind seine Hinweise auf die Bedeutung der Sprengkraft und der Zielgenauigkeit der neuen Waffengenerationen. Insbesondere

vertreten sind, so die Fragen der psychologischen Verarbeitung der Bedrohung, der Ruf nach einer ökumenischen Weltfriedenskonferenz, die Probleme der kommunalen Friedensarbeit und natürlich das immerwährende Thema Zivilschutz. Auch die Referate vom nationalen Symposium zu Tschernobyl fehlen nicht. Insgesamt ein wichtiges Buch mit Nachschlagecharakter.

wp

form fertig werden, welches 'Coping'-Repertoire den Familien zur Verfügung steht, um im Alltag mit der psychiatrischen Erkrankung eines Mitglieds zu leben, und welche Hilfsangebote von Seiten der professionellen Helfer gegeben wurden".

Der Autor skizziert den psychiatriepolitischen Kontext, in dem seine Forschung stattgefunden hat und auf den die Forschungsergebnisse sich beziehen. Er beleuchtet die oben formulierte Forschungsfrage aus verschiedenen Perspektiven. So werden etwa ein Fallbeispiel gegeben, die Ergebnisse einer Angehörigen-Befragung angeführt, aber auch ein Interview mit einer Vertreterin einer Angehörigeninitiative wiedergegeben, die zwar mit dem Grundgedanken der Psychiatriereform einverstanden ist, die Überbelastung der Angehörigen in solchen Versorgungsgebieten aber heftig kritisiert, in denen die Reform nur halbherzig durchgeführt wurde.

Sodann wird die Arbeit in der Psychiatrischen Tagesklinik des Hamburger Universitätskrankenhauses beschrieben. Die Leser erfahren, wie sich die Angehörigenarbeit in dieser Tagesklinik entwickelt hat und wie sie im einzelnen aussah. Interessant dabei ist, daß die Gruppenarbeit von jeweils zwei Mitarbeitern des therapeutischen Teams durchgeführt und über einen längeren Zeitraum geleitet wurde, die Angehörige verschiedener Berufsgruppen waren. Die jeweiligen Therapeutenpaare setzten sich zum Beispiel aus Arzt/Sozialarbeiterin, Arzt/Krankenschwester, Krankenschwester/Psychologe etc. zusammen.

Das Konzept der „Angehörigenarbeit“ zeigt nach Bertram Parallelen mit dem ökologischen Denkansatz der Umweltbewegung auf. Worin diese Parallelen bestehen, bleibt allerdings mehr oder weniger im Verborgenen. Es sei denn, sie bestehen lediglich in dem gemeinsamen Respekt vor gewachsenen Systemen, vor Bio- oder „Psychotopen“, die nach bestimmten ihnen eigenen Gesetzmäßigkeiten funktionieren, und die es durch „therapeutische Bescheidenheit“ zu schützen und nicht durch ein gewaltloses und einseitiges Eingreifen in ihre inneren Abläufe zu zerstören gilt. An dieser Stelle zeigt das Buch gewisse Schwächen, und es bleibt zu hoffen, daß Bertram seinen vagen öko-

logischen Ansatz an anderer Stelle präzisiert und konkretisiert.

Es folgt weiter die Beschreibung unterschiedlicher Formen der Angehörigenarbeit in seinem süddeutschen Landeskrankenhaus. Bertram diskutiert das Pro und Kontra konventioneller Familientherapie und einer Angehörigenarbeit in getrennten Gruppen. Er macht anhand eines Fallbeispiels deutlich, daß beide Formen der Familientherapie einander nicht unbedingt ausschließen, sondern daß sie sich durchaus ergänzen können, wenn zum Beispiel die Gruppenarbeit mit Angehörigen Hinweise darauf liefert, daß in bestimmten Fällen eine Familientherapie konventioneller Art angezeigt ist.

Angehörigenarbeit beschränkt sich nach Bertram nicht auf akut psychiatrisch Erkrankte, sie ist auch in Fällen chronisch-psychiatrisch Erkrankter sinnvoll. Freilich sind organisatorische Form und inhaltliche Gestaltung aufgrund der unterschiedlichen Situationen andere.

Bertrams Buch hat mich ange regt, darüber nachzudenken, inwieweit Angehörigenarbeit nicht auch Eingang in den sogenannten somatischen Bereich finden könnte. Gerade die Zunahme chronischer Erkrankungen, die neben den organischen auch psychosoziale Komponenten haben, erfordert langfristig die Einbeziehung neuer therapeutischer Ansätze. Angehörigenarbeit in der beschriebenen Form macht es möglich, neben dem Patienten auch sein psychosoziales Umfeld in die Betrachtung der Krankheitsentstehung und -bewältigung einzubeziehen. Diese Form der Arbeit ermöglicht den professionellen Helfern, Copingstrategien und Formen gegenseitiger sozialer Unterstützung im Familienverbund kennenzulernen, für den therapeutischen Prozeß nutzbar zu machen und sie entweder zu korrigieren oder zu fördern.

Das Buch ist in einer verständlichen und nicht zuletzt wegen der Fallbeispiele anregenden Sprache geschrieben und richtet sich durchaus nicht nur an die medizinisch gebildeten Leser und Leserinnen. Der hier vertretene therapeutische Ansatz kann durchaus als Schritt hin zu einer berufsgruppenübergreifenden interdisziplinären Arbeit betrachtet werden.

Maria Mischo-Kelling

Alfons Labisch, Florian Tennstedt, Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934, 2 Bände, Düsseldorf 1987. Erschienen in der Schriftenreihe der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf.

Am 3. Juli 1934 wurde das „Gesetz über die Vereinheitlichung

rium Arthur Gütt. Er beabsichtigte, das öffentliche Gesundheitswesen vor allem als organisatorischen Transmissionsriemen für die rassenhygienischen Vorstellungen der Nazis nutzbar zu machen.

So erfüllte denn auch das GVG seine Funktion; zusammen mit den einschlägigen Erb- und Rassegesetzen wurde dem öffentlichen Gesundheitsdienst die na



Foto: Linie 4

des Gesundheitswesens“ (GVG) verabschiedet, am 1. April 1935 trat es in Kraft. Da die Siegermächte das Gesetz nicht aufgehoben haben, bildet es auch heute noch, wenngleich nicht unumstritten, in den meisten Bundesländern die Grundlage des öffentlichen Gesundheitswesens. Labisch und Tennstedt zeichnen ausführlich und intensiv belegt die Entstehung des Gesetzes nach, das die klassischen staatlichen Gesundheitsleistungen der Medizinal- und Sanitätsaufsicht, die Bestandteile der kommunalen Gesundheitsfürsorge und die nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege zu einer Aufgabentrias vereinte. Damit machte das Gesetz den öffentlichen Gesundheitsdienst, die Gesundheitsämter und den staatlichen Einheitsmedizinalbeamten als Amtsarzt zur reichsübergreifenden Institution.

Die Autoren sehen das Gesetz als „Zufallsprodukt der politischen Konstellation der Jahre 1933/34“. Daß es trotz vieler widerstrebender Interessen überhaupt zustande kam, liegt nach ihrer Meinung, die sie auch ausführlich belegen, am Einsatz des Ministerialrates im Innenministe

tionalsozialistische Erb- und Rassenpflege entweder ganz übertragen, oder er wurde zumindest maßgeblich beteiligt. Für die kommunale Gesundheitspflege war dies freilich fatal: die kommunalen Eigenheiten orteten in dem durch das GVG ausgelösten Formalisierungs- und Bürokratisierungsschub. Nach dem Krieg gelang es so nicht einmal, auch nur in geringem Umfang an die teilweise sehr erfolgreiche Gesundheitsfür- und -vorsorge in der Weimarer Republik anzuknüpfen.

Labisch und Tennstedt haben für die Geschichte des Öffentlichen Gesundheitswesens ein wichtiges Buch vorgelegt. Für in diesem Bereich Tätige kann das Werk nur empfohlen werden, zumal die Gründlichkeit der Untermauerung immer wieder begeistert. Etwas Konzentration freilich wird man schon mitbringen müssen, denn die Lesbarkeit steht hinter der eines Romanes notgedrungen zurück. Ganz besonders seien abschließend die Biographien der hauptbeteiligten historischen Personen erwähnt, die, immer mit Bildern unterlegt, einen halben Band ausmachen.

wp

Maria Mischo-Kelling arbeitete als Krankenschwester und Soziologin in Hamburg

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Kölstr. 198, 5300 Bonn 1, Tel. 0228/69 33 89 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

Anzeigenleitung: Pahl-Rugenstein Verlag, Kristina Steenbok, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 36 00 235.

Redaktion:

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

Aktuelle Gesundheitspolitik: Walter Popp (wp); Gesundheitsversorgung: Gregor Weinrich (gw), Uli Menges (um); Joachim Gill-Rode (jg); Arbeits- und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch (na); Pharma- und Geräteindustrie: Ulli Fliepp (urp); Umwelt: Peter Walger (pw); Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Matthias Albrecht (maj); Edi Erken (ee); Ausbildung: Eckard Müller (em); Internationales: Gunar Stempel (gst); Stephan Schözel (ets); Frauenprobleme: Brigitte Mews (bm); Karin Kieseler (kk); Pflegeberufe: Kirsten Jung (kj); Historisches: Helmut Koch (hk); Peter Liebermann (pl); Kultur und Subkultur: Helmut Copak (hc). Der für das jeweilige Ressort zuständig oder allein genannte Redakteur ist verantwortlicher Redakteur im Sinne des Pressegesetzes.

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GE- SUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:
Pahl-Rugenstein-Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/36 0020, Konter: 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 Nachterschein durch höhere Gewalt kein Entschädigungsanspruch.

Redaktions- und Anzeigenabschluß für das Septemberheft: 10. August 1987

Graphik: Christian Paulsen, Walter Popp

Titelblatt: ud/yn · Fotos: dpa, laif

Layout: Ursula Daalmann, Joachim Neuschäfer

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

ISSN: 0932-5425



wir über uns

Sommerpause

Regen, Regen, Regen – hoffentlich hat es wenigstens aufgehört, wenn Sie das Heft, das wir gerade layouten, in der Hand halten. Hier unten, vor unserem neuen Büro, ziehen gerade die Friedensfreunde zur Demonstration auf den Bonner Hofgarten. Vielleicht schaffen wir es ja noch, wenigstens zur Kundgebung zu huschen. Das Doppelheft macht doch eine Menge mehr Arbeit als gewöhnlich. Bis Anfang September werden Sie also kein dg mehr bekommen. Wir werden versuchen, alle liegengebliebenen Briefe zu beantworten, alle Umgangskartons auszuräumen, ein paar Werbemaßnahmen vorzubereiten und last not least Urlaub zu machen. Wir geben die Hoffnung auf schöneres Wetter noch nicht auf.

die Villa Schaaffhausen im Siebengebirge vorgesehen, ein Haus, in das Kinder mitgebracht werden können und das rauchfrei ist. Diesmal werden, so hoffen wir, auch unsere beiden neuen Herausgeber, Sabine Drube vom Verein „Krankenpflege gegen Krieg“ und Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin, teilnehmen.

Leserinnen und Leser, die Interesse an der Mitarbeit in der Redaktion haben, sind ganz herzlich eingeladen. Wir bitten nur, daß Sie uns kurz Bescheid sagen.



Redaktionsseminar

Der dg-Herausgeberkreis wird am 26. und 27. September dieses Jahres tagen. Parallel dazu findet das alljährliche Redaktionsseminar statt, auf dem wir die Arbeit der nächsten Monate planen. Als Tagungsort ist

Unsere neue Anschrift:

**dg-Redaktion
Kölnstr. 198
5300 Bonn 1
Tel.: (02 28) 69 33 89**

dg-Kontakte

Aachen: Erhard Knauer, Maria-Theresa-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 75459; **Ansbach:** Brigitte Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 14444; **Berlin:** Hermann Drittrich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8726328; **Bonn:** Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5202 St. Augustin 2 (Hangelar), Tel. (02241) 29176; Stefan Schözel, in der Astach 29, 5305 Alfter-Impekoren, Tel. (0228) 6420034; Kurt Straif, Reuterstr. 121, 5311, Tel. 212696; Gregor Weinrich, Schumannstr. 30, 5311 Tel. 219778; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausiusstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 234371; **Bremervorstadt:** Gunar Stempel, Virchowstr. 34, 2860 Bremervorstadt-Gestetnönde, Tel. (0471) 200211; **Darmstadt:** Jürgen Frohner, Neutreicher Weg 3, 6101 Modautal-Ernstthalen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kuhlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 753880; Detlev Uhlenbrock, Drostestraße 1, 4611, Tel. 421788; **Düsseldorf:** Joachim Gill-Rode, Fruchtstr. 21, 1000 Düsseldorf, Tel. (0211) 349204; **Duisburg:** Thomas Wettig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (0203) 342188; **Essen:** Christian Paulsen, Overbockstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 743731; Norbert Arndersch, Pollerbergstr. 22, Tel. 717131; Walter Popp, Sunderholz 32, 43/1, Tel. 441690; **Fensburg:** Rolf Cüppers, Aponiaader 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. (0511) 33710; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Faßweg 3, 2000 Hamburg 20, Tel. (010) 488927; **Hanau/Maintal:** Hans See, Südkirch 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47231; **Hannover:** Martin Walz, Tiegestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05132) 906557 p.; (0511) 818669; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02324) 67410; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 474101; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Parkstr. 19, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 849948; **Kassel:** Matthias Dippel, Waitzstr. 2 d, 3600 Kassel, Tel. (0561) 54925; Thomas Melchor, Tannengrund 33, 8950 Kaufbeuren 2, Tel. (08341) 2684; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 6121; **Köln:** Peter Liebermann, Garthestr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 763844; Helmut Schäaf, Berrenrathstr. 359, 5411, Tel. 443818; **Lübeck:** Angelika Schümann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 503355; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 855405; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Mönchengladbach:** Folkhard Kleinklützum, Wilhelm-Strauß-Str. 127, 4050 Mönchengladbach 2, Tel. (02166) 44157; **Mühlacker:** Helmut Jäger, Hermann-Hesse-Str. 43, 7103 Mühlacker, Tel. (07041) 15399; **München:** Mirgret Lembardt, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (099) 781504; **Münster:** Helmut Copak, Geleitstr. 67 a, 4400 Münster, Tel. (0251) 791688; Barbara Halbisen-Lehner, Hoyastr. 11, Tel. 287431; Uli Menges, Davensberger Str. 10 a, Tel. 788399; Ulli Raupp, Peter Walger, Willi-Hölscher Weg 7, Tel. 7801437; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 838560; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohör 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 15453; **Riedstadt:** Harald Skobles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6036 Riedstadt, Tel. (06158) 6161; **Siegburg:** Richard Beltzen, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 383590; **Siegen:** Michael Regius, Berleburger Str. 59, 5900 Siegen, Tel. (0271) 63847; **Solingen:** Heinrich Recken, Bassiliweg 15, 5850 Solingen 1, Tel. (02121) 47895; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 52798; **Ulm:** Wolf Schloßner, Heschweg 12, 7900 Ulm 1-4, Tel. (0731) 66098; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmstadt 1, Tel. (02163) 4191; **Wiesbaden:** Brigitte Ende-Scharf, Matthias-Claudius-Str. 11, 6200 Wiesbaden, Tel. (06121) 300214; **Wuppertal:** Michael Sünnör, Nomenstr. 20, 5600 Wuppertal 2, Tel. (0202) 503845.

PAHL-RUG. GOTTESW. 54 5000 KOELN
G 2961 E 394711 357

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

IDEEN sind
Scheiße
MACHEN SICH BEZAHLT!

*Formulare für
Verbesserungsvorschläge*

Wir finden nicht, daß Ideen Scheiße sind. Wenn Sie Ideen haben, lassen sie es uns wissen. Noch besser: Arbeiten sie mit in der dg-Redaktion. Auch für Verbesserungsvorschläge jeder Art sind wir Ihnen dankbar. Formulare gibt es hinter der Klappe allerdings nicht. Formlos geht auch.

**Ihre dg-Redaktion
Kölnstraße 198 · 5300 Bonn
Telefon 02 28 / 69 33 89**