

dg

Demokratisches
Gesundheitswesen
Nr. 9 · September 1987

G 2961 E

Einzelheft 5 Mark

Abonnement 3,70 Mark

marburger
bund

Verband der angestellten und beamteten
Ärzte Deutschlands e.V.

Bundesverband



40 Jahre –
und ein bißchen leise

Der Marburger Bund

Interview
mit Heike Wilms-Kegel

Der Neusser Ärzteprozeß

Struktur- mix



**Peter Kirch ist
Leiter der Ab-
teilung Sozial-
politik beim
Vorstand der
Industriege-
werkschaft
Metall**

Die von der Bundesregierung noch für diese Legislaturperiode des Deutschen Bundestages angekündigte Strukturreform im Gesundheitswesen hat eine hektische Betriebsamkeit ausgelöst. Es fehlt nicht an guten Ratschlägen der mehr oder weniger betroffenen Gruppierungen der Gesundheitswirtschaft, von den Apothekern bis zu den Zahnärzten. Dominant scheint mir in allen Stellungnahmen und Ratschlägen der Egoismus und das Sankt-Florians-Prinzip zu sein.

In der Diskussion ist natürlich auch die Versicherten- und Patientenrepräsentanz, ist die Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gefordert. Aus meinen Erfahrungen weiß ich, daß es die Selbstverwaltung, verbindlich und mit einer Zunge für die GKV redend, nicht gibt. Das liegt an der Zergliederung der Gesetzlichen Krankenversicherung, der unterschiedlichen Struktur, an den in wesentlichen Punkten kontroversen Auffassungen auch der die Selbstverwaltung tragenden Organisationen.

In der GKV, einmal zentralistisch (Ersatzkassen), aber

auch dezentral (Orts-, Betriebs- und Innungskassen) organisiert, findet ein mörderischer Wettbewerb um Mitglieder statt. Belleibet nicht um sogenannte schlechte Risiken. So sind nach einer letzten Auszählung 60,4 Prozent der Arbeitslosen, 70,1 Prozent der Behinderten und 69,4 Prozent aller Rehabilitanden in der AOK versichert. Von den Sozialhilfeempfängern ganz zu schweigen.

Wen wundert es da noch, daß dieses Ergebnis der Risikoselektion der Versicherten durch die anderen Kassenarten zu einer immer stärkeren Belastung der AOK-Versicherten führt? Ganz abgesehen von der Tatsache, daß der Löwenanteil der Arbeiter zwangsweise Mitglied der AOK ist. Im Ergebnis zahlen die in der AOK pflichtversicherten Arbeiter mit niedrigeren Löhnen die höchsten Beiträge und den Solidarausgleich für den Selektionsprozeß, wie er von den Ersatz-, aber auch den Betriebs- und Innungskassen wettbewerbsmäßig betrieben wird.

Wenn schon die Bonner Regierungsfaktionen, die Arbeitgeber- und Handwerksverbände und die sich in den Angestellten-Ersatzkassen tummelnden ständischen Organisationen und Inter-

essengemeinschaften einen Horror vor einer einheitlichen Krankenversicherung haben, dann muß der Gesetzgeber zumindest die sich im Organisations-, Mitgliedschafts-, Leistungs- und Beitragsrecht, aber auch in der Finanzierung zu Lasten der AOK auswirkenden Ungleichgewichte beseitigen. Dazu gehört der kassenartenübergreifende Strukturausgleich für die oben erwähnten sozialen Gruppen ebenso wie eine Garantierung des Bundes für die AOK.

Damit einhergehen muß allerdings die Beseitigung einer anderen Ungerechtigkeit. Konkret meine ich die durch und mit nichts mehr zu rechtfertigende Ungleichbehandlung der Arbeiter in der GKV. Während sich der Angestellte von der Pflichtmitgliedschaft in der AOK (BKK oder IKK) befreien lassen und sich „seine Ersatzkasse“ mit einem in der Regel günstigeren Beitrag suchen kann, bleibt dem Arbeiter diese Möglichkeit verschlossen.

Die Forderung der IG Metall nach Beseitigung der Ungleichbehandlung der Arbeitnehmer war und ist daher auch in diesem Bereich logisch und in sich schlüssig. Sie bedeutet im Umkehrschluß gleiches Recht für alle. Auch in der GKV. Sie bedeutet weiter, daß eine Wahlfreiheit tatsächlich nur funktionieren kann, wenn alle Kassenarten einem Kontrahierungszwang unterworfen werden. Selektionsmöglichkeiten müssen ausgeschlossen sein.

In der gedanklichen Fortentwicklung setzt das allerdings voraus, daß der Strukturmix innerhalb der GKV beseitigt wird. Dabei wird zu entscheiden sein, ob sich die mögliche/anzustrebende Regionalisierung der GKV auf die Trägerschaft der Krankenversicherung, also die Organisationsebene oder nur auf die Durchführung der Krankenversicherung und somit die Handlungsebene beziehen soll. Aus meiner Sicht soll sie sich in beiden Ebenen vollziehen.

Wenn nunmehr auf den jeweiligen Ebenen auch noch mit wirklichen Kompetenzen ausgestattete Selbstverwaltungsorgane die Vertragspolitik gemeinsam und über die jeweilige Kassenart hinweg gestalten könnten, dann wäre über diesen Weg der Marktmacht der Leistungserbringer eine Verhandlungsmacht der Beitragszahler gegenübergestellt. Genau die fehlt heute im zergliederten und auf Wettbewerb eingestellten System der GKV.

Die GKV sollte sich von den Egoismen der Gliederungen lösen und gemeinsam interessenorientierte Politik betreiben und gemeinsam handeln. Sonst – so finde ich – findet eine Strukturreform an der GKV vorbei statt.

dg 9/87

dg-Report

40 Jahre – und ein bißchen leise
Der Marburger Bund 10

Aktuelle Gesundheitspolitik

Dschungelkampf
dg-Interview mit Heike Wilms-Kegel,
Die Grünen 16

Fehlertgutachten
In Duisburg sollen Betten
abgebaut werden 23

Kein gutes Ende
Anhörung zur Wiedergutmachung 33

Patientenversorgung

Weiter durch Methadon?
Drogenhilfesymposium in NRW 18

Historisches

Reise wider das Vergessen
Eine Chronik von Friedrich Leidinger 24

Internationales

„Aber wir kommen vorwärts“
dg-Gespräch mit M. Jadallah,
Westbank 26

Krankheit als Botschaft
J. Carpentier und die École Dispersé
de Santé 34

Pharma

Zum Kotzen
Pharma-Konzern gewinnt Arbeits-
gerichtsprozeß 28

„... dann sind wir auf einem
unguten Wege“
Zur Bayer-Aktionärsversammlung
1987 30

Frieden

„Immer neue Aufgaben“
IPPNW-Kongreß in Essen 32

Dokumente

Sterbehilfe – Tötung auf
wessen Verlangen?
Von Michael Wunder 19

Verzahnung von ambulanter und
stationärer Versorgung
Aus dem Programm des Marburger
Bundes zur Gesundheitspolitik 22

Rubriken

Sie über uns 4
Aktuelles 6
Termine 8
Kleinanzeigen 9
Buchkritik 36
Comic 38
Wir über uns 39

m marburger
b bund IHR PARTNER
IM BERUF

Foto: Line 4

Verband der angestellten
Ärzte Deutschlands e.V.

Service und billige Versicherungen – darin ist der Marburger Bund allemal gut. Aber wie steht es um seinen Anspruch, als Gewerkschaft der angestellten Ärztinnen und Ärzte aufzutreten?

Der Report von Matthias Albrecht auf Seite 10



Foto: yn

Zum Leidwesen vieler Bundestagsabgeordneter übernahmen die Grünen im März dieses Jahres den Vorsitz im Gesundheitsausschuß. dg sprach mit der neuen Vorsitzenden Heike Wilms-Kegel. Das Interview auf Seite 16



Foto: Kleinlützum

Jahrzehntelang wurde die Geschichte der „Euthanasie“ nicht zur Kenntnis genommen. Gegen das Vergessen richtete sich eine Polenreise von 27 Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen aus der Bundesrepublik. Eine Chronik der Reise auf Seite 24

sie über uns



Nicht weit genug

dg 6/87: Krankenschwestern: Mädchen für alles?

Mit lechzender Zunge habe ich heute mein „dg“ gelesen, der Titel machte mich an, und voller Spannung las ich Euren Artikel: Krankenschwestern: Mädchen für alles?

Das Ergebnis war eher enttäuschend. Da in dem Bild der allzeit freundlichen, verständnisvollen, aufopferungsvollen Krankenschwester auch das klassische So-hat-Frau-zu-sein-Bild steckt, und daß Schwestern sich den Wasserträger-Helferschuh oft selber anziehen – soweit bin ich auch schon. Meiner Meinung nach geht die Problematik über die Männer-Frauen-/Arzt-Krankenschwester-Ebene hinaus. Und auch, wenn ich dem Arzt die Kaffeetasse nicht mehr spüle, bin ich zwar weiter, aber nicht weit genug.

Das Anbieten an den ärztlichen Bereich hat handfeste Ursachen. Da gibt es die Schmalspurausbildung von Krankenschwestern in den medizinischen Fächern, wo nur ein unsolides Viertelwissen vermittelt wird (hoher Blutzucker – böse, bösel).

Und da gibt es keine Auseinandersetzung um die gesellschaftliche Rolle und Funktion des Krankenschwesternberufs. Mir jedenfalls erschien zum Beispiel im Fach „Berufskunde“ irgendwelche Persönlichkeiten wie vom Himmel gefallen, denen es mal kurz in den Sinn gekommen ist, zum Beispiel einen Berufsverband zu gründen oder sonstwas zu machen. Diese auf Hanni und Nanni-Niveau gehaltene „Auseinandersetzung“ mit der eigenen Geschichte ist zu allem Unglück noch gepaart mit hohen moralischen Anforderungen, die verschärft im Fach „Berufsethik“ vermittelt werden. Man stelle sich mal die Unterbringung dieses Faches für einen Schlosser oder Elektriker vor, zum Schließen.

Zum Pflegen dumm genug?

Wenn die Verhältnisse so bleiben, sicherlich. Ein ausgeprägtes Selbstbewußtsein ist sicherlich eine feine Sache, kommt aber auch nicht von ungefähr. Wichtig erscheint mir, daß die Quantität und die Qualität der Krankenpflegeausbildung allen Arbeitgeberinteressen zum Trotz verbessert wird.

Ein verstärktes gewerkschaftliches Engagement, was die Frage der Arbeitsplatzbeschreibung und damit der Abgrenzung zum ärztlichen Tätigkeitsbereich betrifft, könnte eine nette Schneise in den Betriebsfrieden schlagen. Das straft und hebt das Selbstbewußtsein.

MARIA EICK
Bochum

Foto: Linie 4



Unerträglich

dg 6/87: Vilmar's Interview

Nach dem Vilmar-Interview zur „Vergangenheitsbewältigung“ vom April dieses Jahres schickten einige Mitarbeiter des Instituts für Theorie und Geschichte der Medizin der Universität Münster einen offenen Brief an das „Deutsche Ärzteblatt und Herrn Dr. Karsten Vilmar“, in dem wir sowohl den journalistischen Stil des „Ärzteblattes“ als auch einige Ansichten von Herrn Vilmar kritisierten. Die nun endlich (Saugurkenzeit!) erfolgte „Diskussion“ dieses Interviews im „Ärzteblatt“ 31/32 verdient unseres Erachtens diesen Namen nicht, sondern führt den journalistischen Stil fort, der auch das Interview kennzeichnete.

Vier kritische Stimmen werden in gleichem Umfang ausführlich den unerträglichen Ansichten eines Herrn Prof. Dr. Huwer gegenübergestellt. Wohlgermerkt, wir kritisieren nicht die Tatsache, daß Herrn Huwers Meinung, die wir nicht teilen, abgedruckt wurde; wir kritisieren das Verhältnis der Meinungen, die eine Ausgewogenheit vortäuscht, die weder notwendig, noch, nimmt man Vilmar's Schlußwort dazu, tatsächlich vorhanden ist. Unsere Stellungnahme wurde jedenfalls nicht abgedruckt, und das kann nicht an der Länge unseres Beitrags gelegen haben (siehe Prof. Huwer!).

Wir finden es weiterhin unerträglich, daß Herr Vilmar mit seinem Schlußwort eine Diskussion abbricht, die noch gar nicht begonnen hatte und indem er, nach dem kurzen Kniefall auf dem Ärztetag, der natürlich die entsprechende Medienresonanz fand, nun wieder Positionen bezieht, die wir an seinem Interview kritisiert hatten. Wir würden uns freuen, wenn Ihr eine Möglichkeit fändet, unseren offenen Brief zu veröffentlichen.

Dr. HANS-PETER KRÖNER
Münster
(für alle Unterzeichner)

Anmerkung d. Red.:
Leider können wir den Offenen Brief aus Platzgründen hier nicht veröffentlichen. Er kann von Interessierten gegen 1,30 Mark Rückporto von der Redaktion angefordert werden.



Impressionismus

dg 7-8/87: Mickey-Mouse-Krankenhause, Amerikanisierung des Gesundheitswesens

dg-Redakteur Norbert Andersch hat in diesem Artikel den Gewerkschaften ja ganz schön einen reingewürgt in Verbindung mit einem Rundumschlag, der den Redakteur eigentlich selbst getroffen haben müßte. Impressionismus bei Sachdarstellungen kann ja kurzweilig sein, allerdings sollte die Richtigkeit und Konsistenz der Argumente noch erkennbar sein. Dies ist leider in dem genannten Artikel nicht immer der Fall.

Einige Beispiele:

– Die „Vorstudie zu diagnoseabhängigen Fallpauschalen“ würde „vorerst unter Verschluss gehalten“ (S. 14). Diese Studie wurde in Wirklichkeit im April/Mai dieses Jahres veröffentlicht. Sie war bereits im Juni Gegenstand eines Symposiums.

– Fallpauschalen-Abrechnungen „werden in Modellversuchen intensiv genutzt“ (S. 16). Darüber würde ich vom Autor gerne näheres wissen. Nach meinen Kenntnissen gibt es derzeit lediglich einen Modellversuch an einer Augenklinik in Kiel. Eine intensive Nutzung steht schon die Tatsache entgegen, daß allein die Datenlage an unseren Krankenhäusern dies in absehbarer Zeit nicht zuläßt. Die oben erwähnte Vorstudie diente im wesentlichen dem Zweck, die Möglichkeiten und die Sinnhaftigkeit von Modellversuchen zu erörtern. Im übrigen mit einem Ergebnis, das die Anhänger von diagnosorientier-



ten Fallpauschalen nicht gerade erfreuen dürfte.

– Auf S. 18 und 19 werden schließlich Äpfel mit Birnen verglichen.

Immerhin ist der Verfasser noch in der Lage, die Statistik richtig abzulesen, nämlich, daß sich die privaten Anbieter im wesentlichen im Bereich der Sonderkrankenhäuser tummeln. Trotz dieser unterschiedlichen Strukturen zwischen Privat- und öffentlichen Krankenhäusern vergleicht er die Personalausstattung auf der globalen Ebene. Man kann es sich mit der Kritik also auch leicht machen und dabei den Kritisierten ins offene Messer laufen.

– Für eine Fachzeitschrift ärgerlich sind auch die äußerst schludrigen Ausführungen auf S. 15 und S. 16 zum Meinungsspektrum in der Gesundheitspolitik und zur Neuregelung der Krankenhausfinanzierung und der Bundespflegesatzverordnung. Hier vermittelt jede durchschnittliche Provinzzeitung eine qualifiziertere Information.

– Aus dem oben Gesagten ergibt sich, daß der Vorwurf an die ÖTV, sie habe in ihrer „Arbeitshilfe“ nichts zu diagnoseorientierten Fallpauschalen aufgenommen, an der Sache vorbei geht. Was schließlich die Gesundheitspolitische Strukturkommission des DGB angeht, so ist zu sagen, daß dort erfreulicherweise in vielen Fragen kontrovers diskutiert wird, auch über diagnoseabhängige Fallpauschalen, wobei diese Möglichkeit der Entgeltfestsetzung im Krankenhaus aufgrund der bisherigen Diskussion als Vorschlag nicht in Frage kommen wird. Was schließlich die Auseinandersetzung des Autors mit Prof. Jahn angeht, so kann ich nur raten: Bitte mehr Ernst-

haftigkeit anstelle von Schlagworten gegenüber der Position von jemandem, der mehr Wissen über das Gesundheitswesen im kleinen Finger haben dürfte als der Autor des Artikels im ganzen Kopf.

Vorgewarnt durch diesen Artikel möchte ich abschließend ausdrücklich betonen, daß ich ein Gegner jeglicher Privatisierung im Gesundheitswesen und speziell im Krankenhausbereich bin. Allerdings bin ich der Meinung, daß mit Stimmungsmache auf der Basis schlampiger Sachausagen die Position der Gegner einer Privatisierung nicht gerade gestärkt wird.

In der Hoffnung auf einen fundierteren Aufmacher im nächsten dg verbleibe ich mit freundlichen Grüßen

ERICH STANDFEST
DGB-Bundesvorstand,
Abteilung Sozialpolitik,
Referat Gesundheitspolitik

Daneben

dg 7-8/87: Guter Nachgeschmack, Gesundheitstag in Kassel

Wer immer bei Euch über den Abdruck von Artikeln entscheidet, bei o. g. Artikel habt Ihr voll daneben gegriffen. In der ganzen Vordiskussion des Gesundheitstages hat sich das dg – aus welchen Gründen auch immer –

vornehm bedeckt gehalten. Jetzt jubelt Ihr das Treffen nachträglich zum Erfolg hoch – um den Kritikern eins reinzuwürfen?

Zumindest Ulli Raupps Hauptproblem sind offenbar die „Kritiker aus den eigenen Reihen, die mit wahrhaft masochistischer Freude mit dem Daumnagel in den offenen Wunden herumrührten“ (welch merkwürdige Phantasie!), wobei er außer der TAZ niemanden benennt. Vage kann man erahnen, daß wohl das Konkurrenzblatt *Mabuse* gemeint ist. Der *Mabuse* hatte sich im Vorfeld als einzige Zeitschrift überhaupt mit der Konzeptionierung des Gesundheitstages auseinandergesetzt, allerdings kritisch. In Raupps Artikel gerät die lautgewordene Kritik am GT zur „Häme“, und die Kritiker zu Nestbeschmutzern. Der GT wäre ja so schön gewesen, hätte es nur diese unlauteren Kritikaster nicht gegeben.

Ansonsten hat der Artikel außer völlig unkritischer Lobhudelei nicht viel zu bieten. Raupp orte „ermutigende und richtungsweisende Statements und Diskussionen“. Als Beispiel hierfür wird die Zurückweisung der bayerischen Maßnahmen gegen Aids-Kranke genannt. Es muß schlecht um die „Bewegung“ stehen, wenn Selbstverständlichkeiten, die bereits von Geißler, Süßmuth und den Kirchen vertreten werden, als richtungsweisende Statements hervorgehoben werden.

Die Gesundheitsbewegung habe nicht nur im ärztlichen Bereich gerade einen ihrer spektakulären Erfolge gefeiert, meint Ulli Raupp. Welche bitte? Statt konkret zu werden, wird der Leser mit Andeutungen bedient. Dagegen wimmelt es im Artikel von schönfärbischen Beispielen, in welchen sich nicht zu knapp in die politische Tasche gelogen wird. So

wird allein die Teilnahme von Gewerkschaftlern schon als Erfolg gewertet. Der Leser erfährt nicht, was etwa von diesen mit welchen Argumenten vertreten wurde. Gewerkschaft gut – das reicht offenbar.

Übel wird Raupps Artikel, wo es um den Hackethal-Konflikt geht. Statt zu vermitteln, warum der Eklat um die Ein- und Ausladung Hackethals zum alles überschattenden Skandal werden könnte, werden Tiefschläge gegen den Korrespondenten der TAZ ausgeteilt. Die TAZ hatte zu diesem beherrschenden Thema entsprechend ausführlich Bericht erstattet und Partei ergriffen. Raupp bemängelt nun, daß „nicht die entschlossene Stärke gemeinsamen Handelns (der Hackethal-Gegner, S.K.) bejubelt“ wurde. Peinlich genug, aber es kommt noch schlimmer. Die TAZ hatte nach dem Gesundheitstag über die Hackethal'sche Privatveranstaltung in der Kasseler Stadthalle berichtet – was Hackethal dort von sich gab, sprach für sich. Raupp wirft nun dem Korrespondenten vor, er habe sich „in ekel-erregend sensationsgeiler Manier zum willfährigen Propagandisten Hackethals“ gemacht. – Das ist schon eine Diffamierung, und bezeichnend für den ganzen Artikel. Es läßt den Schluß zu, daß Raupp einfach nichts verstanden hat, und wirft ein trauriges Licht auf sein Verständnis von Journalismus.

Weil nicht sein kann, was nicht sein darf, denunziert er alle Kritiker in einer schlimmen Sprache, kämpft dabei tapfer für die gute Sache (die Bewegung/Gewerkschaft/gemeinsames Handeln) und kommt zu dem Schluß: „Kassel hat der veränderten politischen Landschaft Rechnung getragen.“ Dem ist nur hinzuzufügen: allerdings!

SABINE KELLER,
Redaktion *Mabuse*, Frankfurt



Studienreformkongreß: Medizin und Mensch

Vom 15. bis 17. Mai veranstaltete die Fachtagung Medizin in den Vereinigten Deutschen Studentenschaften ihren Studienreformkongreß. Ziel: Die Wiederaufnahme der Diskussion um die gesellschaftliche Verantwortung der Medizinstudentinnen und Studenten als künftige Mediziner im Gesundheitswesen.

Die Erfahrung mit ähnlichen Veranstaltungen der letzten Jahre veranlaßte die Vorbereitungsgruppe, den Kongreß möglichst offen zu gestalten, da dieser nur ein Anfang einer längeren Auseinandersetzung mit Fragen des Gesundheitssystems und der ärztlichen Rolle darin sein sollte. Die Vorbereitungsgruppe wollte lediglich Diskussionsgrundlagen erstellen, auf deren Grundlage dann die weitere Arbeit geleistet werden sollte. Einzige Vorgabe für die Arbeitsgruppen war, sich mit den Fragen medizinischen Handelns und der gesellschaftlichen Folgerung daraus zu befassen.

Für mich waren auf dem Kongreß besonders zwei Ergebnisse eindrucksvoll. Auffällig war für mich die fast völlig fehlende Tiefe in der Analyse der Grundlagen medizinischen Handelns, mit der diskutiert wurde. Begriffe wie „ganzheitlich, menschenzentriert, psychosomatische Betrachtungsweisen... als Bündnis zwischen Arzt und Patient“ wurden zwar oft benutzt, konnten jedoch nicht definiert oder mit erlebbaren Inhalten gefüllt werden. Da half auch kein Verweisen auf die Kürze der Zeit, denn oftmals wurden diese Themen, nach Verteilung jener

Schlagworte, einfach mit Schweigen überdeckt.

Anders das Sammeln von Alternativen in der Medizinerbildung. Da wurde nur so in Phantasiekisten gekramt und eine große Anzahl von Alternativvorschlägen aufgestellt. Dies spricht einerseits für die Kreativität der Studentinnen und Studenten, jedoch auf der anderen Seite gegen den Anspruch, den zumindest Teile der Vorbereitungsgruppe hatten, daß eine Ausbildung zum Arzt oder zur Ärztin sich nach den Anforderungen der Nutzer des Gesundheitssystems zu richten haben. Und da auf diesem Kongreß die Anforderungen auch unsere eigenen – an das Gesundheitssystem nicht über die Träumergrenzen hinaus diskutabel waren, ist wohl auch dieses Sammelsurium von Alternativideen nicht so viele besser zu bewerten. Den Abschluß bildete eine Diskussion über Macht im Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Die Schwierigkeiten mit diesem Thema: Auf der einen Seite ein Ringen um das Verhältnis zur strukturgegebenen Macht und auf der anderen Seite der Wunsch, diese Macht existenzlos zu machen.

Alles in allem zwar ein gelungener Versuch, an Defizite der letzten Jahre heranzukommen. Leider jedoch noch kein besonders großer Schritt in eine emanzipierte Diskussion um ein demokratisches Gesundheitswesen. Die Fachtagung Medizin wird voraussichtlich über das weitere Vorgehen der Fachschaften in Fragen der Diskussion über ein demokratisches Gesundheitswesen beraten und ein weiteres Vorgehen festlegen. Denn eines steht fest: Vertiefung und Weiterarbeit sind notwendig.

Wolfgang Bauer

EG: Neue Grenzwerte vorgeschlagen

Die EG-Kommission hat dem Ministerrat der Europäischen Gemeinschaft neue Höchstwerte für die radioaktive Belastung von Lebensmitteln zur Beschlußfassung empfohlen. Die zur Zeit gültigen Richtwerte gelten nur noch bis zum 31. Oktober. Sie waren Ende Februar bis zu diesem Termin verlängert worden. Die vorgelegten Grenzwerte der EG-Kommission unterscheiden sich kaum von denen, die bereits im Februar diskutiert worden waren. (dg berichtete 4/87).

Nach der jetzt vorliegenden Beschlußempfehlung sollen Milchprodukte bei Jod- und Strontiumisotopen Höchstwerte von 500 Becquerel pro Kilogramm (Bq/kg) aufweisen dürfen. Für Plutoniumisotope gelten 20 Bq/kg und für Cäsiumisotope 1000 Bq/kg als Höchstwert. Bei anderen Lebensmitteln wurden für Jod- und Strontiumisotope 3000 Bq/kg, für Plutoniumisotope 80 Bq/kg und für Cäsiumisotope 1250 Bq/kg vorgeschlagen. Bisher hatten für Milchprodukte 370 Bq/kg und für andere Lebensmittel 600 Bq/kg bei Cäsiumisotopen als höchst zulässiger Wert gegolten.

Aids-Test ohne Einwilligung

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessens sieht in Aids-Tests ohne Einwilligung des Patienten keinen Fall der Körperverletzung. Die Abgeordnetenversammlung der Hessischen KV widersprach in ihrer einstimmig gefaßten Erklärung dem hessischen Generalstaatsanwalt, Christoph Kulenkampf, der solche Tests als strafbar bezeichnet hatte.

Nach einem Beschluß des Britischen Ärztebundes (BMA) auf seiner Jahrestagung in Bristol sollen Patienten auch ohne Einwilligung auf HIV getestet werden können, berichtete die Neulsenburger Ärzte Zeitung. In dem mit 183 gegen 140 Stimmen angenommenen Beschluß, der gegen den Vorstand des BMA durchgesetzt wurde, heiße es:

Der HIV-Test „solle im Ermessen des Arztes liegen und nicht zwingend das Einverständnis des Patienten voraussetzen.“ Dies widerspricht den Richtlinien zur Behandlung HIV-Infizierter und Aids-Kranker, die vom britischen Gesundheitsministerium verabschiedet worden waren. Danach muß ein Arzt einen HIV-Test in jedem Fall vorher mit dem Patienten absprechen und ihn über die Auswirkungen eines möglicherweise positiven Ergebnisses auf die psychische Verfassung hinweisen.

Unabhängiger Gutachterdienst

Die Gründung eines „Unabhängigen medizinischen Gutachterdienstes“ plant der „Verein für soziale Medizin“ in Darmstadt. Viele Menschen seien zur Zeit nicht in der Lage, sich benötigte Gutachten ausstellen zu lassen, erklärte der Verein. Die Kosten solcher Gutachten, die Unsicherheit ob der Erstellung nach Aktenlage überhaupt sinnvoll sei sowie der fehlende Zugang zu Fachärzten, die vom Patienten als unabhängig gegenüber Behörden und anderen Ärzten angesehen würden, stellten häufig Barrieren gerade für Einkommensschwache dar, erlittene Gesundheitsschäden fachärztlich beurteilen zu lassen. Zur Zeit wird vom Verein für soziale Medizin eine fachärztliche Arbeitsgemeinschaft gebildet, für die noch weitere Fachärzte mit Gutachtererfahrung gesucht werden. Interessenten können näheres erfahren beim Verein für soziale Medizin e.V., Gruberstr. 2, 6100 Darmstadt.

Berliner Ärztekammer aus dem BFB ausgetreten

Die Ärztekammer Berlin ist aus dem Bundesverband der Freien Berufe e.V. (BFB) ausgetreten. Den gleichen Schritt machte auch der NAV-Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. Finanzielle Auswirkungen befürchtet der BFB jedoch nicht. Dem NAV sei der Beitrag ohnehin erlassen worden, erklärte BFB-Präsident Deneke, der Ausfall der Berliner Ärztekammer werde durch den Eintritt der Berliner Kassenärztlichen Vereinigung ausgeglichen.



Streß in der Altenpflege

Nach einer Untersuchung in einer Altenpflegeeinrichtung von Inge Zeller, Betriebsärztin beim berufsgenossenschaftlichen Dienst in Dortmund, leiden 84 Prozent der Altenpflegerinnen und -pfleger an Rückenschmerzen. Als Ursachen wurden von den Befragten Personalmangel, Wochenenddienst mit noch weniger Personal sowie Zeitdruck genannt. Als psycho-soziale Streßfaktoren führten sie unter anderem Schichtdienst, Wochenenddienst – zum Teil allein auf der Station – und Personalmangel vor allem in Urlaubs- und Krankheitszeiten an.

Zur Verringerung der Belastungen sei es erforderlich, daß auf jeder Station mechanische Hilfsmittel vorhanden sein müßten, erklärte Inge Zeller. Außerdem solle das Pflegepersonal orthopädische Schuhe während der Arbeitszeit tragen. Darüber hinaus müsse mehr Personal an Wochenenden eingesetzt und der Personalschlüssel für alle Pflegekategorien auf 1:2 angehoben werden.

Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung

Arbeitgeber müssen die Hälfte des Beitrags zur Pflichtversicherung – das sind die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen – zahlen. Dies gelte auch, wenn der Arbeitnehmer in einer Ersatzkasse versichert sei, deren Beitragssatz niedriger sei, als der der Pflichtversicherung. Dies hat jetzt das Bundessozialgericht in Kassel entschieden (Az.: 12 RK 31/86). Danach braucht ein Arbeitnehmer in solchen Fällen weniger als die Hälfte seines Ersatzkassenbeitrags zu bezahlen. Ob eine solche Regelung sozialpolitisch sinnvoll sei, so das Gericht, habe es nicht zu entscheiden gehabt.

1. Weltkonferenz der Strahlenopfer

Vom 26. September bis zum 3. Oktober wird in New York die Erste Weltkonferenz für Strahlenopfer stattfinden. In mehreren

Foren sollen die verschiedenen Aspekte der Strahlenschäden bearbeitet werden. Strahlenopfer sollen ihre Erfahrungen vermitteln, Naturwissenschaftler und Ärzte wissenschaftliche Arbeiten über die gesundheitlichen Gefahren ionisierender Strahlen beraten, Rechtsanwälte Informationen über die Entschädigung von Strahlenopfern austauschen. Von einer Delegierten-Versammlung sollen die Konferenz-Ergebnisse in Resolutionen zusammengefaßt werden. „Die japanischen Strahlenopfer von Hiroshima und Nagasaki sind in Japan unter dem Namen „Hibakusha“ bekannt“, heißt es in dem Aufruf zu der Versammlung. „Die Konferenz will die weniger bekannten „Verborgenen Hibakushas“ des Wettrüstens und der Atom-Kette ins Rampenlicht stellen“. Ziel der Veranstalter sei es, eine weltweite Strahlenopfer-Bewegung zu initiieren, die für die Forderung einer atomfreien Welt eintrete.

Bad Breisig: Thermalbad wird saniert

Das Thermalbad Geierbrunnen in Bad Breisig muß saniert werden. Dies hat Ende Juli der Rheinland-Pfälzische Minister für Umwelt und Gesundheit, Dr. Otto Wilhelm (CDU), entschieden. Bereits im Dezember vergangenen Jahres hatte der Amtsarzt des Kreises Ahrweiler, Dr. Matthes, die Schließung des Bades gefordert, da der Arsengehalt des Wassers den zulässigen Wert weit überschritten hatte und eine gleichmäßige Chlorierung nicht gegeben war. Der Bürgermeister Bad Breisigs, Hubert Busch (CDU), hatte sich damals gegen die Schließung des Bades ausgesprochen (dg berichtete in 5/87).

Der Minister kam mit seiner Entscheidung einem Gutachten des Bundesgesundheitsamtes nach. Danach müssen innerhalb von vier Wochen neue Zu- und Ableitungsrinnen sowie eine neue Wasserdurchmischungsanlage eingebaut werden.

Tschernobyl:

Weiter strahlend

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	Durchschnitt Höchstwert

Frische Milch

Da die Kühe mittlerweile länger draußen weiden, ist die Belastung der Milch bundesweit gesunken. Selbst in Süddeutschland liegen die Höchstwerte im Schnitt um 10 bq/l.

Käse

Juli 87	Babybel	unter 3
Juli 87	Dänischer Esrom	unter 3
Juli 87	Bavaria Blue	38
Juli 87	Gorgonzola	20
Juli 87	Allg. Limburger	17
Juli 87	Deutscher Butterkäse	7
Juli 87	Allg. Emmentaler	15
Juli 87	Holl. Edamer	7

Camembert

Juli 87	Casanova	36
Juli 87	Du darfst	11
Juli 87	Karwendel Primo	49
Juli 87	Stolper Jungchen	32

Pilze

Juli 87	Champignons, Frankreich	7
Juli 87	Pflifferlinge, Frankreich	75
Juli 87	Pflifferlinge, Polen	90
Juli 87	Pflifferlinge, Italien	30
Juli 87	Lentinus, Süddeutschland	97

Schwarze Johannisbeeren

Juli 87	Süddeutschland	22
Juli 87	Baden-Baden	unter 3
Juli 87	NRW	5

Heidelbeeren

Juli 87	wild, Süddeutschland	91
---------	----------------------	----

Gemüse

Sämtliche Gemüsesorten einschließlich Kartoffeln aus dem In- und Ausland sind unter 5 bq/kg belastet

Fleisch

Juli 87	Rind, Hessen	16
Juli 87	Schwein, Hessen	13
Juli 87	Kalb, Hessen	28
Juli 87	Reh, Hessen	58
Juli 87	Schaf, Hessen	16
Juli 87	Rind, Bremen	66
Juli 87	Schwein, Norddeutschland	13
Juli 87	Rind, Rumänien	32
Juli 87	Rentierschinken, Schweden	170

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

Umweltmedizin:

Zusammenhänge

Auf einer Fachtagung vom 24. bis zum 25. Oktober sollen neueste Erkenntnisse der Umweltmedizin vorgestellt werden. Angesprochen sind interessierte Ärzte und Laien.



Foto: Richter

Steigende Umweltbelastungen stellen neue Anforderungen an die Medizin. Im Vordergrund stehen heute chronische Erkrankungen, hervorgerufen durch chemische Gifte und radioaktive Strahlung. Damit umweltbedingte Erkrankungen frühzeitig erkannt werden können, ist es erforderlich, die kausalen Zusammenhänge zu verstehen.

Ursächlich lassen sich weit mehr Erkrankungen als bisher angenommen auf Umwelteinflüsse und Nahrungsmittel zurückführen. Der Zusammenhang wird häufig verkannt und kontrovers diskutiert. Das Bedürfnis nach sachlicher Information wächst ständig. Der Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland e. V. (BUND) veranstaltet deshalb am 24. und 25. Oktober in Düsseldorf gemeinsam mit der Volkshochschule Düsseldorf, dem Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte sowie der Deut-

schen Gesellschaft für Umweltmedizin e. V. eine Fachtagung unter dem Leitgedanken „Umweltmedizin heute“.

Rund 15 Referenten sollen zu den Themen Allergien / Therapien, Ernährung / Chemie / Zusatzstoffe, Luftschadstoffe, Krebs, Arbeitsmedizin, Umweltmedizin, primäre Prävention, Ganzheitsmedizin, Gentechnologie, Baubiologie, Belastung des Wassers, Streß/Psyche, Klinische Ökologie, Niedrigstrahlung, Grenzwerte/Synergismus sprechen.

Das Ziel ist weit gesteckt: Gesicherte Erkenntnisse sollen dargestellt und in die Öffentlichkeit getragen werden, denn immer noch ist es Sache der Betroffenen, bei anstehenden Verfahren die Beweislast zu tragen. Daneben soll ermittelt werden, was zur Zeit noch in Fragen der Wirkungszusammenhänge spekulativ ist. Spezielle Therapieerfahrungen sollen vorgestellt und sachverständig diskutiert werden.

Margot Imig

Nähere Informationen sind erhältlich bei der BUND-Geschäftsstelle, Im Rheingarten 7, 5300 Bonn 3, Tel.: (02 28) 46 20 84.

Margot Imig ist beim BUND mit der Vorbereitung der Fachtagung beschäftigt

4. – 6. 9.

Essen

Tagung: „Naturheilverfahren und Ganzheitsmedizin – Ein Weg aus der Krise“
Kontakt: Zentrum zur Dokumentation für Naturheilverfahren e. V., Ahfeldstr. 21, 4300 Essen 1, Tel.: (02 01) 26 33 72.

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.: (0 57 66) 81–0.

9. – 10. 9.

Iserlohn

Tagung: „Wege aus dem Labyrinth – Modellprogramm Psychiatrie“
Kontakt: Evang. Akademie Iserlohn, Berliner Platz 12, 5860 Iserlohn, Tel.: (0 23 71) 35 20.

18. – 20. 9.

Bonn

Fachtagung der Arbeiterwohlfahrt, Bundesverband: „Frauen und Sucht“
Kontakt: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Oppelner Straße 130, 5300 Bonn 1, Tel.: (02 28) 6 68 51 74.

23. – 27. 9.

Dorsten

10. Dorstener Umweltwoche
Kontakt: Städt. Amt f. Stadtentwicklung u. Öffentlichkeitsarbeit, Haltemer Straße 5, 4270 Dorsten, Tel.: (0 23 62) 66–241.

24. – 27. 9.

Mainz

14. Kongreß für Angewandte Psychologie, Rahmenthema: „Forschung und Praxis im Dialog, Entwicklungen – Perspektiven“
Kontakt: Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP), Heilbachstr. 22, 5300 Bonn 1, Tel.: (02 28) 64 10 54–56.

25. – 27. 9.

Emstal

3. Emstaler Tage für Umweltmedizin
Kontakt: 3. Emstaler Tage, Liebenzeller Straße 25, 3501 Emstal, Tel.: (0 56 24) 80 61.

25. – 27. 9.

Wuppertal

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

26. 9.

Viersen

Sozialpsychiatrische Fachtagung: „Der ganz normale Wahnsinn“
Kontakt: Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Eichenstr. 105–109, 5650 Solingen 1, Tel.: (02 12) 81 50 51–54.

26. – 27. 9.

Schaaffhausen

dg-Herausgeberkreissitzung und Redaktionsseminar
Kontakt: dg-Redaktion, Kölnstraße 198, 5300 Bonn 1, Tel.: (02 28) 69 33 89.

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.: (02 51) 591 36 79.

6. 10.

Bonn

2. Treffen Kritischer Arbeitswissenschaftler
Kontakt: Kurt Straif, Reuterstr. 121, 5300 Bonn 1, Tel.: (02 28) 21 26 96.

5. – 9. 10.

Soest

8. Bundeskonferenz für Schulpsychologie und Bildungsberatung. Rahmenthema: „Alte Schule-Neue Medien: Neue Aufgaben für die Schulpsychologen“
Kontakt: Dipl.-Psych. Helmut Heyse, Albert-Schweitzer-Straße 7, 5503 Konz, Tel.: (0 65 01) 15 154 oder (06 51) 71 08–207.

kleinanzeigen

6.-9. 10.

Gütersloh

39. Gütersloher Fortbildungswochen: „Die unwürdigen Alten“ – Zwischen Familienidyll und geschlossener Gesellschaft
Kontakt: Prof. Dr. Dr. K. Dörner, Westfälisches Landeskrankenhaus, Hermann-Simon-Straße 7, 4830 Gütersloh 1, Tel.: (0 52 41) 5 02 01, 210, 211.

12.-16. 10.

Frankfurt

Fortbildung für Pflegepersonal: Pflege und Begleitung AIDS-Kranker
Kontakt: Berufsbildungswerk des DGB (bfw), Bezirksgeschäftsstelle Südhessen, Fortbildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen Gutleutstraße 169-171, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel.: (0 69) 23 50 91.

16.-18. 10.

Bielefeld

Internationaler Kongreß: „Weniger Medikamente – Bessere Therapie. Von der Dritten Welt lernen?“
Kontakt: BUKO-Pharma-Kampagne, Dritte Welt Haus, August-Bebel-Straße 62, 4800 Bielefeld 1, Tel.: (05 21) 6 05 50.

24.-25. 10.

Düsseldorf

Fachtagung Umweltmedizin
Kontakt: Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland e. V. (BUND), Margot Imig, Im Rheinarten 7, 5300 Bonn 3, Tel.: (02 28) 46 20 84.

29.-30. 10.

Heidelberg

Kongreß: „Neue Technologien und Rehabilitation“
Kontakt: Stiftung Rehabilitation, Bonhoefferstraße, 6900 Heidelberg 1, Tel.: (0 62 21) 88 20 01.

31. 10.-1. 11.

Frankfurt

Jahreshauptversammlung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ). Thematischer Schwerpunkt: „Stationäre Versorgung“
Kontakt: VDÄÄ, Kurfürstenstraße 18, 6000 Frankfurt/Main 90.

2.-5. 11.

Osnabrück

Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS): Sucht '87. Thema: „Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Suchtkrankenhilfe: Betroffene und Helfer“
Kontakt: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Frau Göcke, Postfach 13 69, 4700 Hamm 1, Tel.: (0 23 81) 2 58 55.

6.-8. 11.

Essen

„Aus der Bedrohung zum Handeln“. 7. Medizinischer Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges
Kontakt: Walter Popp, Sunderholz 32, 4300 Essen 1, Tel.: (02 01) 44 16 30.

6.-8. 11.

Charlottenberg

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie-Arbeitsgemeinschaft: „Frauen in der psychosozialen Versorgung“
Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT), Postfach 13 43, 7400 Tübingen, Tel.: (0 70 71) 4 12 11.

12.-14. 11.

Kiel

27. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin e. V.
Kontakt: Gisela Hamouda, Tagungsbüro der 27. Arbeitstagung des DKPM, Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik, Zentrum Nervenheilkunde, Niemannsweg 147, 2300 Kiel 1, Tel.: (04 31) 597-26 52.

25.-27. 11.

Loccum

Seminar: „Gibt es eine Gesundheitspflicht? Von der Versorgungsmedizin zur gesundheitsgerechten Lebensführung“
Kontakt: Evang. Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loecum, Tel.: (0 57 66) 81-0.

30. 11.

Essen

2. Essener Pflegesymposium. Thema: „Gesundheitsgefährdung des Pflegepersonals“
Kontakt: Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK), Bildungszentrum Essen, Königgrätzstr. 12, 4300 Essen 1, Tel.: (02 01) 28 55 99 oder 27 48 29.

Preis pro Zeile
(25 Anschläge) 2,50 Mark.
Einsenden an:
dg, Kölnstraße 198,
5300 Bonn 1

Nachfolger für hochinteressante **Zivildienststelle gesucht:** für Leute mit pädagogischem, psychologischem oder krankenpflegerischem Berufsabschluß. Möglichkeit zu therapeutischer Arbeit im Team.
Markus Kötter,
Tel.: (02 31) 41 08 222.

Wer möchte sich mit mir auf das II. Staatsexamen (Med.) im März 1988 vorbereiten? (Raum Do.)
Tel.: (02 31) 52 46 68.

Suchen engagierte/n fortschrittliche/n **Apotheker/in** für Neugründung einer Apotheke in kleinem Ort in Südniedersachsen.
Zusendungen unter Chiffre 010987 an: dg, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1.

GESTALT THERAPIE Neue Ausbildungsgänge in Gestalttherapie

Regionale Gruppen in:
Münster/Osnabrück
Paderborn
Köln/Bonn
Göttingen/Kassel

Beginn: November 1987 bzw. März 1988
Beim Arbeitsamt ist Antrag auf Förderung gestellt!
Informationen bitte anfordern bei:



Westfälische
Werkstatt für
Gestalttherapie e. V.
Heinrichstraße 14 a
4500 Osnabrück



Auch dieses Jahr wollen wir wieder eine **Brigade zur Kaffee-Ernte** nach Nicaragua für den Zeitraum von Anfang **Dezember bis Mitte/Ende Januar** zusammenstellen. **Dafür suchen wir noch Leute mit Interesse am Aufbau des freien Nicaragua. Der Kaffee spielt dabei eine zentrale ökonomische Rolle und bei der Ernte mangelt es stets an Helfern.**

Grundkenntnisse über das Land und die Sprache sind wünschenswert und sollen in einer Vorbereitungsphase ab Oktober mit vermittelt werden. Die Teilnahme an diesen Treffen soll Bedingung sein.

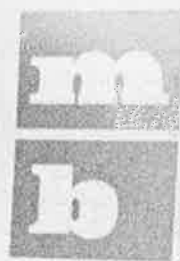
Informationen und Anmeldungen (bis Ende September) bei:



Kaffeebrigade

Solidaritätsshop Dritte Welt, Hamburger Allee 52, 6000 Frankfurt 90, Tel. 069/77 88 63

40 Jahre



marburger bund

IHR PARTNER
IM ARZTBERUF



40 Jahre – und ein biß

Sich gut zu verkaufen weiß der Marburger Bund, eigenen Aussagen nach der „mitgliederstärkste freie Verband“ angestellter Ärzte. Serviceleistungen und günstige Versicherungen sind bei ihm für alle zu haben. Aber ob er im Konzert der auseinanderlaufenden Interessen im Krankenhaus mehr sein kann als moderat – dieser Frage ist dg-Redakteur Matthias Albrecht nachgegangen.



Foto: Menzen (3), Linie 4 (1)

chen leise

Der Rahmen war stilecht: Der Rittersaal der Godesburg in Bonn-Bad Godesberg, die Jubiläumsgesellschaft und das Düsseldorfer Arzteorchester, das zur Einstimmung Mozart bemühte. Es schien, als habe der Jubilar dessen A-Dur Sinfonie mit Bedacht ausgewählt: „Allegro moderato“, so die Bezeichnung des ersten Satzes der Sinfonie.

Das Moderato schätzten und schätzten die Jubiläumsgäste ohne Zweifel

am Jubilar, ob Bundesärztekammerpräsident Karsten Vilmar oder Gesundheitsministerin Rita Süßmuth. Sie sparte dann auf der Jubelfeier nicht mit Lob: „Der Marburger Bund kann stolz sein auf das Erreichte..., ... hat es immer verstanden, über den Tellerrand der ärztlichen Berufspolitik hinauszublicken und sich mit Fragen unseres Gesundheitswesens zu beschäftigen... Er ist für die Bundesregierung und für mich zu einem gefragten und geschätzten Gesprächspartner geworden.“

Geschätzt wird der Marburger Bund offenbar auch auf den niederen Rängen. 50 141 Mitglieder, davon 7000 Studenten, zählt der Marburger Bund nach Auskunft seines diesjährigen Jahrbuchs. Ich denke zurück an ein Gespräch mit einem jungen Kollegen, Stephan Michael, mit dem ich mich über seine Gründe der Mitgliedschaft im Marburger Bund unterhalten hatte.

„Am Anfang war da nur die Sache mit der Krankenversicherung“, erklär-

te mir Stephan, „ich bin nach dem Examen über den Marburger Bund günstiger drangekommen. Ja, und dann nach zwei Jahren gab es Ärger mit meinem Arbeitgeber wegen unbezahlter Überstunden. Ein Kollege von mir hatte sich bei der ÖTV in der zuständigen Kreisverwaltung erkundigt: Die stellen zwar Hilfe in Aussicht, aber nur für ÖTV-Mitglieder; das waren von unsen Kollegen in der Abteilung nur zwei. Die anderen waren zum Teil auch im Marburger Bund, zum größten Teil aber nicht organisiert. Der Geschäftsführer vom Marburger Bund hat uns sofort juristische Hilfe angeboten und kam dann drei Tage später zu einer Assistentenbesprechung in unsere Klinik. Na ja, die Sache mit unseren Überstunden ist im Sande verlaufen, wir hätten geschlossen vor das Arbeitsgericht ziehen müssen, aber die Einigkeit unter den Kollegen war nicht allzu groß. Und nach dem Besuch des Geschäftsführers kam dann nichts mehr nach.“

Nicht nur mit Serviceleistungen wie günstige Versicherungen weiß sich der Marburger Bund (MB) gut zu verkaufen. Er sei, so sein Vorsitzender Jörg D. Hoppe, ein „gewerkschaftlicher Verband angestellter und beamteter Ärzte“. Und in den Presseerklärungen heißt es mit schöner Regelmäßigkeit: „der Marburger Bund, die berufspolitische und gewerkschaftliche Interessenvertretung der angestellten und beamteten Ärzte“ und einige Zeilen später ist er schon „der stärkste freie ärztliche Verband“.

Zweifel an seinem gewerkschaftlichen Charakter fechten den MB nicht an: Gegenüber den übrigen Standesorganisationen betont man zwar den Anspruch Gewerkschaft zu sein, aber mehr noch die „Doppelfunktion als Berufsverband und Gewerkschaft“. Vor linken Kritikern und den DGB-Gewerkschaften profiliert man sich als „Spezialistengewerkschaft“.

Seit über dreißig Jahren ist der MB mit der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft (DAG) durch einen Kooperationsvertrag verbunden, auf Grund dessen die DAG darauf verzichtete, Ärztinnen und Ärzte zu organisieren. Bis 1976 nahm der MB an keiner Tarifverhandlung im öffentlichen Dienst teil, sondern schloß lediglich „Anschlußtarifverträge“. Im Klartext: er unterschrieb das, was ÖTV und DAG ausgehandelt hatten. Nachdem die ÖTV 1976 die bis dahin bestehende Verhandlungsgemeinschaft mit der DAG für den öffentlichen Dienst aufgekündigt hatte, bildeten DAG, MB und die „Gemeinschaft von Gewerkschaften und Verbänden des öffentlichen Dienstes“ (GGVöD), die dem Beamtenbund nahesteht, die „Tarifgemeinschaft für den Öffentlichen Dienst“ (TGO). Erst hierdurch wurde „der Marburger Bund zu einem originären Tarifpartner gegenüber den öf-

fentlichen Arbeitgebern“, so der damalige Vorsitzende, Karsten Vilmar, auf der Hauptversammlung im Jahr 1979.

Danach wollte der MB seinem Namen als Gewerkschaft alle Ehre machen. Als 1980 die ersten Bereitschaftsdienstprozesse vor den Arbeitsgerichten anliefen, mochte MB-Vorsitzender Hoppe nach der 57. Hauptversammlung in Berlin „auch Arbeitskampf-

maßnahmen nicht aus(schließen)“. Tatsächlich hatte der Justitiar des MB-Landesverbandes Niedersachsen, Kirchhoff, im Frühjahr 1980 über „Rechtliche Voraussetzungen für Arbeitskämpfmaßnahmen“ laut nachgedacht. Von seinen drei „Stufen eines Arbeitskampfes“ hatte jedoch lediglich die letzte, „Reduzierung der Neuaufnahmen“, etwas mit einem Arbeitskampf zu tun. Doch das reichte schon:

Open shop

Matthias Albrecht sprach mit dem MB-Vorsitzenden Jörg D. Hoppe

dg: Sie haben das Problem der bei uns vorhandenen strikten Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, die sich immer mehr als echtes Hindernis einer guten Versorgung erweist, zum Thema eines Grundsatzbeschlusses gemacht. Warum?

Hoppe: Wir haben, wenn man so will, ein neues „Gesundheitspolitisches Programm“. Da ist das ein zentraler Punkt. Wir haben zunächst einmal darüber abgestimmt, ob wir eine „personale“ oder eine „institutionelle“ Verzahnung favorisieren. Unumstritten war, daß wir eine Verzahnung wollen. In einer ersten Beratung ist der personalen Verzahnung der Vorrang gegeben worden, weil sie – und das war die Überzeugung – mehr systemkonform ist.

dg: Was sollen sich unsere Leser unter „personaler Verzahnung“ vorstellen?

Hoppe: Das bedeutet, daß Ärzte, vor allem wenn sie Spezialisten sind, ihre Patienten sowohl stationär als auch ambulant im Krankenhaus behandeln. Die Vergütung erfolgt auf der Grundlage des geltenden Kassenarztrechtes.

dg: Das ist doch nichts anderes als die bisher schon gängige Beteiligung der Chefärzte in ausgeweiteter Form.

Hoppe: Nein, so nicht! Aus der heute praktizierten Beteiligung ergibt sich die Beteiligung eines einzelnen, aber die Mitarbeit aller. Wir wollen nicht, daß der Chef einer Abteilung zwar beteiligt ist, nicht aber die Oberärzte, die ihm ebenbürtig sind. Wir wollen nicht, daß diese sich niederlassen und damit den Patientenstamm, den dieses Team vorher hatte, aufsplitten.

dg: Ihre Vorstellung ist doch insofern realitätsfremd, als die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beteiligungen von Krankenhausärzten in den letzten Jahren immer weiter eingeschränkt haben.

Hoppe: Eben. Deswegen wird der Graben zwischen den Versorgungsreichen ja auch immer tiefer. Mittlerweile werden Patienten kurzzeitig sta-

tionär aufgenommen, damit sie weiter von ihrem Arzt betreut werden können, obwohl dieser sie – medizinisch gesehen – auch ambulant versorgen könnte.

dg: Trotzdem. Läuft das nicht nur auf eine Rückkehr zum früheren Zustand der Beteiligung der Chefärzte hinaus, die ja einen nicht geringen Anteil ihrer Mitglieder stellen? Das geht doch an den „nachgeordneten Ärzten“ völlig vorbei.

Hoppe: Das muß man wohl etwa längerfristig sehen. Stellen Sie sich hypothetisch vor, daß alle, die sich heute niedergelassen haben, weil sie im Krankenhaus keine Zukunft hatten, wieder in das Krankenhaus zurückkehren würden, in Teams – sagen wir als Kardiologen oder Gastroenterologen – tätig wären und als Team beteiligt wären, wenn sie so wollen als



Diese „Streikdrohung“ bewegte den Blätterwald, die „Welt“ sah sogar einen „MOB-Plan“ drohen.

Unter dem Motto „Schiefe Darstellungen und falsche Zungenschläge“ trat der MB daraufhin den Rückzug an. Verständlich, denn Herr Kirchhoff hatte den Mitgliedern ins Stammbuch geschrieben: „Urabstimmungen und Kampfmaßnahmen“ bedürfen der „Zu-

stimmung der Bundesvorstände aller Vertragspartner“ der TGÖ. „Der Marburger Bund kann über Kampfmaßnahmen im Bereich des öffentlichen Dienstes also gar nicht allein entscheiden.“ Und auf der MB-Hauptversammlung im November 1982, auf der der Tarifabschluß zum Bereitschaftsdienst zur Debatte stand, machte der DAG-Vertreter die Kräfteverhältnisse deutlich: „Wenn Sie nicht unterschrei-

ben, fliegen Sie raus und die anderen Tarifpartner GGVdD und DAG fliegen ebenfalls in die Luft.“, wußte die Mitgliederzeitung „mb – der arzt im Krankenhaus“ 12/82 zu berichten.

Doch nicht nur die TGÖ ist es, mit der den MB zarte Bande verknüpfen. Um „Kräfteverschleißende Konkurrenz hinsichtlich der Mitgliederwerbung und auch in gewissen Bereichen

Gemeinschaftspraxis für ihre ambulanten und stationären Patienten. Das wäre für alle von Vorteil. Für die, die sich in der Weiterbildung im Krankenhaus befinden, macht das keinen Unterschied. Das ist auch nicht das zu lösende Problem. Zu lösen ist das Problem der Patientenversorgung. Wir möchten das Prinzip, mit einem Superchef an der Spitze, einigen Oberärzten auf Zeit und einer Anzahl weiterzubildender Ärzte ablösen durch ein Teamprinzip. Weitergebildete Ärzte können durchaus in dieses Team aufgenommen werden. Sehen können Sie das zum Beispiel in Holland. Bei uns ist die Situation nur insofern etwas anders, als eine Übertragung auf unser kassenärztliches Versorgungssystem stattfinden soll.

dg: In Ihrer Verbandszeitschrift wurde in letzter Zeit wieder häufig gegen „institutionelle Verknüpfungen“ polemisiert, so gegen die Forderungen nach Ambulatorien und Polikliniken.

Hoppe: Wir haben darüber alternativ abgestimmt. Unsere Vorstellung besagt, daß die Hausärzte nur ambulant

arbeiten und die Spezialärzte sowohl ambulant als auch stationär arbeiten sollen, wobei die Spezialisten nur auf Überweisung tätig werden dürfen.

dg: Warum also die heftige Abwehr gegen eine „institutionalisierte Verzahnung“ von ambulanter und stationärer Versorgung?

Hoppe: Die institutionalisierte Verzahnung läßt eine persönliche Arzt-Patienten-Beziehung schwer oder überhaupt nicht wachsen. Die Organisationsform sieht das nicht vor. Das ist aus anderen Ländern bekannt.

dg: Da gibt es doch genügend Gegenbeispiele für alle Arten von Gesundheitswesen, ob nun in England, Norwegen oder der DDR.

Hoppe: Ich will nicht sagen, daß es bei der Abstimmung keine Stimmen für eine institutionalisierte Verzahnung gegeben hätte. Es haben auch einige Delegierte vorstationäre und nachstationäre Behandlung befürwortet. Bevor überhaupt keine Verzahnung stattfindet und unser Modell einer

personalen Verzahnung keine Chance hätte, befürworten wir das auch als Verband.

dg: In Ihrem Programm betonen Sie sehr stark die Grundsätze der „Freiwilligkeit“ und der „Niederlassungsfreiheit“. Warum sperren Sie sich seit Jahren gegen eine Pflichtweiterbildung für alle Kassenärzte?

Hoppe: Wir vertreten die Interessen der niederlassungswilligen Ärzte. Bisher gilt in der Bundesrepublik Deutschland allein die Approbation als umfassende Voraussetzung zur Ausübung der Heilkunde am Menschen. Auch der Spezialist tritt dem Patienten aufgrund seiner Approbation als Arzt gegenüber. Daß er sich auf einen Teilbereich der ärztlichen Tätigkeit beschränkt, ist seine eigene Entscheidung. Deshalb sind wir auch allen besonderen Vorbereitungszeiten für Kassenärzte entgegengetreten.

dg: Vom Blickwinkel der Versorgung der Bevölkerung ist das wenig konsequent.

Hoppe: Warum? Wenn sich heute schlecht Ausgebildete niederlassen, muß die Konsequenz daraus sein, die Ausbildung zu verbessern, nicht aber eine Pflichtweiterbildung einzuführen.

dg: Ich verstehe diese Ablehnung nicht. Damit können Sie Ihre Vorstellungen doch sehr schlecht verkaufen, und darauf achten Sie doch sonst sehr sorgfältig.

Hoppe: Nein, wir achten erst einmal darauf, daß unsere Vorstellungen logisch sind.

dg: Wollen Sie einfach gegen eine Art „closed-shop-Politik“ angehen, und damit den „shop“ offenhalten?

Hoppe: Ja, das gehört mit hinein. In dem Augenblick, in dem man eine Pflichtweiterbildung für den Nicht-Spezialisten als Voraussetzung für die kassenärztliche Tätigkeit fordert, muß der Betroffene eine derartige Stelle auf dem freien Arbeitsmarkt suchen. Damit steht der kassenärztliche Markt nur noch einer ausgesuchten Gruppe von Ärzten zur Verfügung, weil die Weiterbildung für den Arzt für Allgemeinmedizin wegen der verschiedenen Stagen ausgesprochen schwierig zu durchlaufen ist. □



der Berufspolitischen Aktivitäten“ zu vermeiden, so Karsten Vilmar 1979, wurde im selben Jahr ein Kooperationsvertrag mit dem Hartmannbund abgeschlossen.

eigenen Veröffentlichungen spielt diese Arbeit praktisch keine Rolle. „Und die wenigen ärztlichen Kollegen in Personalräten“, beklagt sich Stephan, „interessieren sich fast ausschließlich für ärzt-

marburger bund

**Für eine „Gewerkschaft“
etwas befremdlich ist die
enge Kooperation mit
dem Arbeitgeberverband
Hartmannbund**

Eine paritätisch besetzte Kommission, die nach wie vor besteht, sollte einen Beitrag zur „Stärkung der Einheit der niedergelassenen sowie der angestellten und beamteten Ärzte leisten“. 1981 glied der Hartmann-Bund seine Beitragssätze für angestellte Ärzte dem Niveau des MB an und führt seither angestellte Ärzte, die zum MB wechseln, als ordentliche Mitglieder beitragsfrei weiter. Für Niedergelassene hat der MB eine entsprechende Regelung eingeführt.

Für eine „Gewerkschaft“ schon etwas befremdlich, eine solche enge Kooperation mit dem im eigentlichen Sinn als Arbeitgeberorganisation geltendem Hartmann-Bund. Da nimmt es denn auch nicht wunder, daß beide Verbände in den Ärztekammern fast überall einträchtig an den Futterkrippen hocken; ob Vorstände, Kommissionen, Akademien für Ärztliche Fortbildung, überall werden die Pfründen demokratisch geteilt.

Mit den oppositionellen Ärztelisten ist man da allerdings nicht so zimperlich. Bis auf die Ärztekammer Nordrhein, wo die alternativen Delegierten mehr auf Drängen des Vorsitzenden des Hartmann-Bundes, Bourmer, bei Kommissionen und Vorstandsarbeit mit berücksichtigt wurden, wird die Opposition überall ausgegrenzt. In Bremen versuchte der MB mit seinem dortigen Ärztekammervorsitzenden Vilmar – der daneben offenbar noch genug Zeit für die Bundesärztekammer hat –, die Neufassung des Heilberufsgesetzes durch die Bremer Bürgerschaft zu torpedieren. Grund des Widerstands: Nach dem bis dahin gültigen Persönlichkeitswahlrecht hatte es in Bremen keine Opposition gegeben, Hartmannbund und MB waren in der Ärztekammer unter sich geblieben. Wen wundert es da, daß die Einführung des Verhältniswahlrechts durch die Bremer Bürgerschaft beim MB auf wenig Gegenliebe stieß.

Stephan Michael ist dies nur zu peinlich. Mehr Sorgen macht ihm allerdings eine andere Hypothek des MB: In Betriebs- und Personalräten sowie in den Mitarbeitervertretungen ist man nur schwach vertreten. In den verbands-

liche Belange, wo die gemeinsamen Probleme aller Beschäftigten im Krankenhaus immer mehr in den Vordergrund rücken.“

Das führt auch in wichtigen tarifpolitischen Fragen immer wieder ins Abseits. Als am 1. Januar 1983 der Tarifvertrag zur Neuordnung der Bereitschaftsdienste in Kraft trat, erklärte der MB in seinem „Info für NRW 1/83“, daß die Freizeitabgeltung als „rigide und von vielen als praxisfremd“ angesehen werde. Damit nicht genug. Unter dem Titel „andere Gestaltungsmöglichkeiten“ gab er Tips, wie der Tarifvertrag umgangen werden könnte: So kann „aus einem Bereitschaftsdienst der Stufe C ein Bereitschaftsdienst der Stufe B mit 50 % und eine zusätzliche Rufbereitschaft mit 15 % eingerichtet werden. Eine Verpflichtung zur Gewährung von Ruhezeit entfällt dann.“ Und an anderer Stelle heißt es: „Zu erwägen wären auch zwischengeschobene Ruhezeiten von beispielsweise 4 Stunden, also in der Zeit von 12.00 Uhr bis 16.00 Uhr.“

Die Verwaltungsleiter der Kliniken werden es mit Freude gelesen haben. Und die OP-Schwester oder Anästhesiepfleger bedanken sich ebenfalls für eine solche Geschäft-Huberci in Fragen der Arbeitszeit. Michael Stephan stimmt mir darin zu, erklärt mir aber, daß er schließlich aufgrund der Stellsituation an den Krankenhäusern für sich keine Alternative zum MB sähe.

Wenn der heute „mitgliederstärkste Ärzteverband in der Bundesrepublik Deutschland und wahrscheinlich sogar in Europa“ – so Jörg D. Hoppe zwischen zweitem und drittem Satz der Mozart-Sinfonie zu den Jubiläumsgästen – auf seiner Hauptversammlung in Karlsruhe 1987 ein neues Gesundheitsprogramm verabschiedet, ist das für die gesundheitspolitische Öffentlichkeit von Interesse. Zumal wenn dieses unter dem Schwerpunkt „Personale Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung“ steht. Neugierig geworden, möchte man wissen, womit der MB „dialogfähig, realistisch und kalkulierbar bleiben“ möchte, wie es Hoppe in seinem Vorwort des Programms erklärte.

In großen Teilen ist das 87er Programm jedoch eine bloße Wiederholung des Programms von 1980. Festhalten will man „an den bewährten Prinzipien der Freiheitslichkeit, der Niederlassungsfreiheit und der Selbstverwaltung im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung“. Ähnlich könnte man es auch vom Hartmann-Bund, dem Verband der niedergelassenen Ärzte (NAV) oder dem Berufsverband der Internisten hören.

Wesentliche Veränderungen gab es allerdings in Abschnitt II, „Strukturen der ärztlichen Versorgung“ und hier besonders im Kapitel „Primärärztliche und spezialärztliche Versorgung – ambulant und stationär“ (siehe Dokumente in diesem Heft). Was ist darunter zu verstehen?

Zur „Primärärztlichen Versorgung“ erklärt der MB, daß sie durch „in freier Praxis niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sichergestellt wird“. Wer sich genauer dahinter verbirgt, erfahren wir jedoch nicht – allenfalls andeutungsweise ist da von Hausärzten und von Kinderärzten die Rede; Gynäkologen und Internisten sollen in diesen Kreis einbezogen werden. Für einen seit 40 Jahren in der Standespolitik aktiven Verband sind diese Vorstellungen recht dünn, auch wenn man berücksichtigt, daß die Mitgliederbasis im Krankenhaus arbeitet.

Anderes ist wiederum nur verständlich, wenn man die sonstigen Positionen des MB bereits kennt. So taucht die Ablehnung einer allgemeinen Weiterbildungspflicht, wie sie Jörg D. Hoppe auch nochmals gegenüber den bekräftigten, im 1987er Programm gar nicht auf. Nur so aber wird deutlich, was der folgende Programmpunkt bedeutet: „Später sollen neben den die Voraussetzungen der EG-Richtlinie über eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin erfüllenden Ärzten auch die Ärzte in die primärärztliche Versorgung eintreten, die ihre Weiterbildung und ärztliche Berufsausübung auf diese Tätigkeit ausgerichtet haben.“ Im Klartext: Auch in Zukunft sollen der Krankenhausanästhesist mit 12 Jahren Berufserfahrung und der anatomische Oberpräparator nach kurzer Vorbereitungszeit als „Praktische Ärzte“ tätig werden können.

Die „spezialärztliche Versorgung“ soll von Ärztinnen und Ärzten geleistet werden, die „entweder ambulant in ihrer Praxis oder – wenn sie hochspezialisiert und auf aufwendige Medizintechnik angewiesen sind – ambulant und stationär am Krankenhaus arbeiten.“ ... Sie werden in der Regel auf Überweisung tätig und können selbst entscheiden, ob die ihnen überwiesenen Patienten ambulant und/oder stationär zu behandeln sind.“

Parallelen finden sich dazu auch in den Vorschlägen des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDAA)

zur „Änderung des Honorierungssystems in der ambulanten medizinischen Versorgung“ vom März dieses Jahres. Allerdings geht man da erheblich mehr ans Eingemachte: Danach sollen die

„Basisärzte nach Kopfpauschale mit Degression in der Honorierung, Spezialisten nach Einzelleistung nur bei Überweisungstätigkeit honoriert“ werden. Erreicht werden soll damit nach Ansicht

des VDÄÄ, „daß in der Begegnung zwischen Arzt und Patient das finanzielle Interesse am Patienten auf ein Minimum beschränkt bleibt.“

Kuckucksei

Marburger Bund und AiP

Brav ausgebrütet wurde der AiP vom Marburger Bund. Bei fehlenden Stellen soll er wieder aus dem Nest fliegen.

„Unterm Strich mehr als 2000 Mark – Marburger Bund bei den Tarifverhandlungen für die Ärzte im Praktikum erfolgreich“, so tönte es vollmundig in der MB-Pressemitteilung „Zur Sache“ vom 20. Januar 1987. Am Vortag hatten die Gewerkschaft ÖTV und dazu parallel die „Tarifgemeinschaft für den Öffentlichen Dienst“, in der unter anderem MB und DAG vereinigt sind, mit den öffentlichen Arbeitgebern den Tarifvertrag abgeschlossen, der die Rechtsverhältnisse für die Ärztinnen und Ärzte im Praktikum regelt.

Was der MB hier bejubelte, nannte die ÖTV eher kleinlaut ein „akzeptables Ergebnis“ (siehe dg 3/87). 1500 Mark pro Monat erhalten die AiPs im ersten Ausbildungsjahr, im zweiten sollen es 1750 Mark sein. Mit Hilfe eines Taschenspielertricks kommt der MB dennoch auf „mehr als 2000 Mark“. Er geht von einer solchen Anzahl von „Überstunden, Bereitschaftsdienst und Rufdiensten“ aus, daß in dieser letzten „Ausbildungsphase“ zum Grundgehalt zusätzliche Vergütungsbestandteile hinzukommen. Udo Schagen, Mitglied der ÖTV-Tarifkommission aus Berlin, zu den MB-Erfolgshymnen: „Nicht dargestellt wurde, daß der Arzt im Praktikum weniger als die Hälfte des bisherigen ärztlichen Berufsanfängers verdienen wird...“ Und für die erwähnten Dienste gilt gleiches.

„Grundsätzlich ist (...) die Tätigkeit des AiP mit der eines jungen Assistenzarztes vergleichbar. Der AiP hat bei Beginn seines Praktikums prinzipiell denselben Stand an Kenntnissen und Erfahrungen wie ein approbierter Arzt herkömmlicher Natur – ja ich wage sogar zu behaupten, er ist besser als alle Ärzte vor ihm“, erklärte Lutz Hammerschlag, Tarifgeschäftsführer des MB am 27. April auf einer Podiumsdiskussion in Hamburg. Da stellt sich einem doch die Frage, warum der AiP bei gleicher Qualifikation gut die Hälfte weniger als Grundgehalt bekommt als der bisherige Berufsanfänger. Doch hier ist beim MB nicht nur offiziell Sendepause, diese Frage wird nicht einmal verbandintern problematisiert.

Hier ist der MB den verhängnisvollen Weg mitgegangen, den sein „großer Vorsitzender“ Jörg D. Hoppe seit 1983 vorgezeichnet hat. Nach der Wende in Bonn brachte der damalige Gesundheitsminister Heiner Geisler erstmalig den „Arzt-im-Praktikum“ als Lösung der Medizinstudium-Probleme ins Spiel. Hoppe referiert seit 1977 auf den jeweiligen Ärztetagen als Vorsitzender des Ausschusses „Approbationsordnung“ und hatte sich schon 1979 für eine zweijährige Verlängerung der Ausbildung um eine „Pflichtassistenten“-Zeit eingesetzt. 1983 griff er den Geisler-Doppelpaß auf und vertritt ihn seither gegen wachsenden Widerstand bis in den Bereich der Standesorganisationen hinein.

Von Anfang an hatten sich die Gewerkschaft ÖTV und die Vertretung der Medizinstudenten mit den Hauptargumenten gegen das AiP-Projekt gewandt, es verschlechtere die Ausbildung und verlängere sie gleichzeitig. Außerdem seien die notwendigen Stellen nicht vorhanden. In den letzten Jahren haben sich auch die meisten Standesverbände dieser Argumentation angeschlossen, bis auf den MB und die Bundesärztekammer.

Hier gelang es Hoppe taktisch meisterhaft, gegenteilige Beschlüsse mit der Begründung zu verhindern, man könne doch die früheren positiven Beschlüsse zum AiP nicht umstoßen. Die CDU-Bindung der meisten Standesfunktionäre mag hier zusätzlich als Kitt gedient haben.

Gewisse Hintertürchen läßt sich Jörg D. Hoppe allerdings offen. Im Gespräch mit dg meinte er kurz: „Dann wird der AiP eben wieder abgeschafft!“ Eine realistische Antwort auf unsere Vorhaltung, daß die Stellen doch nicht zustande kommen könnten. So unverständlich diese Haltung des MB und seines Vorsitzenden vielen, auch unter den MB-Mitgliedern sein mag, in einem Punkt ist sie konsequent: „Wir vertreten die Interessen der niederlassungswilligen Ärzte“, versicherte Hoppe uns im Gespräch in der Kölner Verbandszentrale.

Daß dies nicht ohne eine Änderung des heutigen Systems der Kassenärztlichen Vereinigungen einhergehen kann ist klar. Doch für den MB steht eine Kritik des derzeitigen Systems der Einzelleistungsvergütung nicht auf der Tagesordnung. Die Vorstellungen gehen in eine andere Richtung: „Die Mitwirkung der Teamärzte (also der im Krankenhaus auf Dauer tätigen Spezialisten, ma) an der ambulanten Versorgung ist Gegenstand der Entwicklung des Kassenarztrechts.“ Gemeint ist damit wohl, daß die in den letzten Jahren von den Kassenärztlichen Vereinigungen vielfach rückgängig gemachten Beteiligungen und Ermächtigungen von Chefärzten – eine wesentliche Klientel des MB – wieder in Kraft gesetzt werden sollen. Großzügigerweise etwas erweitert um einige Oberärzte, die als Spezialisten anerkannt sind.

In dieselbe Richtung gehen denn auch die langfristigen Vorstellungen des MB: „Bei der Fortentwicklung der ärztlichen Versorgung ist auch eine Änderung des heutigen Aufgabenbereichs der Kassenärztlichen Vereinigung denkbar, denen (zunächst in Modellversuchen) die ärztliche Versorgung an Krankenhäusern ganz oder teilweise übertragen wird. Damit würde für die dort tätigen Ärzte die Anstellungsbindung gegenüber dem Träger des Krankenhauses entfallen.“ Für einen Verband, der seine Stellung als „Gewerkschaft“ permanent herausputzt, eine groteske Vorstellung, der Privatisierung das Wort zu reden. Wenn's nicht so traurig wäre, könnte man schmunzeln. Auf Gegenliebe stoßen diese Vorstellungen weder bei den Kassenärztlichen Vereinigungen noch bei den Krankenhausträgern, denen kaum an der Aufgabe ihres Einflusses auf den ärztlichen Bereich gelegen sein dürfte.

Neu oder auf eigenem Mist gewachsen ist diese Idee allerdings auch nicht. Sie stammt aus dem 1968 erschienenen Buch des stramm-liberalen Kölner Sozialpolitik-Professors Philip Herder-Dorneich, „Grundriß der Gesetzlichen Krankenversicherung“. Darin hatte dieser die Bildung von „Krankenhausärztlichen Vereinigungen“ analog zu den Kassenärztlichen Vereinigungen gefordert.

Eigentlich schade, daß der MB seine durchaus sympathischen, kritischen Ansätze zur starren Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung und seine Vorstellungen zu ihrer Überwindung mit solchen gesundheitspolitischen Hypothesen belastet.

Eine Jubiläumsveranstaltung geht zu Ende. Die letzten Töne Mozarts sind verklungen. Während die Gäste zum Buffet eilen, will mir das „Moderato“ nicht mehr aus dem Sinn. □



Dschungelkampf

dg-Gespräch mit Heike Wilms-Kegel von den Grünen

Seit März dieses Jahres ist die Ärztin Heike Wilms-Kegel Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Bundestag. dg sprach mit ihr über Aids, Strukturreform im Gesundheitswesen und die Arbeit im Ausschuß.

dg: Frau Wilms-Kegel, wie sind Sie zu den Grünen gekommen? Wie verlief Ihre politische Entwicklung?

Wilms-Kegel: Ich war immer politisch interessiert, aber nie politisch gebunden. Auch während meines Studiums wollte ich mich nicht festlegen. Im Verlauf der Nachrüstungsdebatte wurde mir klar, daß es nun an der Zeit war. Nach Tschernobyl habe ich zahlreiche Vorträge zu den Gefahren der Niedrigstrahlung gehalten, die regelmäßig damit endeten, daß etwas geschehen muß. Nun ist es ja eine etwas merkwürdige Haltung, darauf zu warten, daß andere etwas für einen tun. Daher der Entschluß, mein Engagement und meine Arbeitswut zur Verfügung zu stellen. Ich habe dann in Rheinland-Pfalz bei den Grünen kandidiert und bin auf den Spitzenplatz der Liste gekommen.

dg: Nun sind Sie mittlerweile Vorsitzende des Bundestagsausschusses für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Sie sind Mitglied in der Enquête-Kommission des Bundestages zum Thema Strukturreform und in der zum Thema Aids. Wie sieht es dort aus? Wird sich Ihrer Meinung nach die Süsmuth-Linie in Sachen Aids halten können?

Wilms-Kegel: Das nimmt, so fürchte ich, eine gefährliche Entwicklung. Die Sachverständigen, die von den Koalitionsparteien in die Enquête-Kommission berufen worden sind, bevorzugen restriktive Maßnahmen. Es sind einige Personen dabei, die mit Gauweiler die bayerische Linie zusammen entwickelt haben. Ich habe den Eindruck, daß sie in der Kommission das, was sie „leider“ in Bayern nicht haben verwirklichen können, weil es dafür noch keine gesetzliche Grundlage gab, durchsetzen wollen. In ihren Augen sind die baycri-

schen Maßnahmen noch nicht ausreichend.

dg: Welche Maßnahmen stellt man sich denn vor?

Wilms-Kegel: Es geht darum, ob Mascentests durchgeführt werden, darum, ob alle Bewerber im öffentlichen Dienst, alle Heiratswilligen getestet werden sollen. Es geht um Tests, Tests, Tests, Tests. Auch ohne die ausdrückliche Einwilligung, etwa im Krankenhaus. Nun haben wir noch nicht sehr oft getagt, aber aus den Punkten, die diskutiert werden sollen, kann man schon einiges ablesen. Es soll zum Beispiel darüber diskutiert werden, inwieweit man Grundrechte von Infizierten einschränken muß, wie weit es sinnvoll sein könnte, wenn die Leute dazu ange-regt werden, Personen dem Gesundheitsamt anzugeben, die man verdächtigt, HIV-positiv zu sein. Die haben die Welt schon eingeteilt in HIV-Positive und HIV-Negative. Namentliche Meldepflicht will derzeit keiner, zumindest wird das so gesagt, aber wenn über die Versorgung von Aids-Patienten diskutiert wird, dann kommt auf einmal die Kostendiskussion auf. Ob man nicht Hospize schaffen könnte, die die Kranken billiger versorgen. Stille, beispielsweise, sieht schon die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe als Stadium I der Krankheit Aids an, wohlgemerkt bei negativem Testergebnis. Und auch von Rita Süsmuth gibt es ja keine verbindlichen Aussagen zur Aids-Politik.

dg: Welche Position vertreten Sie in der Kommission?

Wilms-Kegel: Punkt eins ist natürlich, daß ich die Durchsetzung der Gauweiler-Linie verhindern will. Wenn ich positiv agieren könnte, würde ich gesellschaftliche Möglichkeiten schaffen wollen, die Panik- und Katastrophenstimmung zu verhindern. Es müßte gesundheitspolitisch über Übertragungswege geforscht werden. Damit meine ich die Fragen, ob eine sogenannte kritische Masse erreicht sein muß zur Infektion,

ob bestimmte Sexualpraktiken gefährlicher sind als andere, welche Kofaktoren zu einer Infektion hinzukommen müssen. Im gesellschaftspolitischen Bereich müßten Einzelmaßnahmen beschlossen werden, um den Infizierten besser zu schützen, zum Beispiel müßten Entlassungen verboten werden, psychosoziale Maßnahmen für Infizierte und Kranke müßten geschaffen werden. Das sind jetzt nur zwei Beispiele der Vorstellungen, die ich habe.

dg: Zusammenfassend könnte man sagen, daß es Ihnen um den Schutz von Patientenrechten geht?

Wilms-Kegel: Ja, aber es geht mir auch um das Recht von Menschen, so zu sein, wie sie sind. Ich bin strikt gegen die Vorschrift, man müsse Kondome benutzen. Natürlich ist es angesagt, aber ich kann auch verstehen, wenn einer mal nicht will. Ich möchte auch keinem verbieten, daß er sich infiziert, ich will ihn dann nicht verurteilen, nicht schuldig sprechen. Ich kann nur alles dafür tun, daß die Aufklärung, tabufrei und frühzeitig einsetzend, ausreicht, daß jeder seine eigene Entscheidung darüber treffen kann, ob er sein Sexualverhalten ändern möchte.

dg: Nun nimmt die Stärkung von Patientenrechten im Gesundheitspolitischen Programm der Grünen insgesamt eine große Rolle ein. Dem aufmüpfigen und aufgeklärten Patienten wird dort eine Rolle zugemessen, die er aber gar nicht unbedingt erfüllen kann, nämlich die eines Veränderers der Gesundheitspolitik. Wieso sollte er auf einmal als kranker Mensch, der zunächst einmal Hilfe sucht, etwas leisten können, was er schon als Gesunder nicht zu leisten vermag?

Wilms-Kegel: Sicher kann der Patient das nicht alleine schaffen. Das wäre nicht die richtige Interpretation unseres Programms. Schon Gesunde müssen für eine Reform des Gesundheitswesens kämpfen. Ich denke aber, daß Patienten, die aufmüpfig sind, die mitden-

ken, die nachfragen und mitsprechen wollen, daß die schon eine ganze Menge bewirkt haben. Vielleicht wird es bei uns manchmal etwas zu stark betont, aber nur deshalb, weil andere die Rechte der Patienten völlig unter den Tisch fallen lassen.

dg: Nun hat sich andererseits erfreulicherweise bei den Grünen die Erkenntnis durchgesetzt, daß man sich auch um finanztechnische und organisatorische Dinge kümmern muß, gerade im Interesse der Patienten. Zu den Fragen der Gesundheitsökonomie haben Sie sich bislang noch nicht geäußert. Könnten sie uns sagen, was Sie in dem Bereich vorhaben?

Wilms-Kegel: Ich bin gespannt, wie sich die Diskussion in der Enquête-Kommission zur Strukturreform entwickeln wird. Ich werde dort jedenfalls vertreten, daß die Gesetzliche Krankenversicherung nicht ein bißchen saniert werden muß, sondern daß das Übel an der Wurzel gepackt werden muß. Ich kann es einfach nicht mehr hören, daß Gesundheit nicht mehr bezahlbar sein soll, daß die Patienten alle so ein Anspruchsdenken hätten. Ich kann mir nicht vorstellen, daß die Mehrheit der Patienten krank wird, um die eingezahlten Beiträge rauszubekommen. Solch eine Haltung zu unterstützen, ist einfach menschenfeindlich. Das fällt mir auch immer wieder bei der Wortwahl von Gesundheitspolitikern, aber auch Ärzten auf. Da ist die Rede von Patientengut über Alterslast bis Abflußschwierigkeiten im Pflegefallbereich. Das sind Einzelschicksale. Da steht wahrscheinlich eine alte Frau hinter, kerngesund, die sich nach einem Oberschenkelhalsbruch nicht mehr allein versorgen kann und die auch nicht bei der Familie unterkommt. Das zeigt, welche Distanz zu den Betroffenen besteht.

dg: Wie stellen Sie sich denn beispielsweise ein Honorierungssystem für die Niedergelassenen vor, das die Probleme beseitigen könnte?

Wilms-Kegel: Wir haben das noch nicht im Detail entwickelt. Wir wollen aber weg von einer Einzelfallvergütung, vor allem von einer, die technische Disziplin bevorzugt. Langfristig halte ich es für sinnvoller, die im Gesundheitswesen Arbeitenden mit einer ausreichenden tariflichen Absicherung anzustellen. Allerdings möchte ich dabei schon noch die Gegebenheit wissen, daß hohes Engagement auch belohnt wird. Meinethalben das eines Landarztes, der sich die Nacht um die Ohren schlägt. Als Übergangslösung wollen wir eine Pauschalhonorierung, aber wie gesagt, das ist noch nicht ausdiskutiert, nicht einmal ob wir eine Fallpauschale oder eine Kopfpauschale wollen.

dg: Wie stellen Sie sich denn eigentlich vor, Ihre programmatischen Überlegungen in die Wirklichkeit umzusetzen? Nehmen wir nur einmal Ihre Vor-

stellungen von der Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Vereinheitlichung der Krankenversicherungen ist eine Forderung, die unter den fortschrittlichen Kräften in der Bundesrepublik weitgehend unumstritten ist, mit Ausnahmen vielleicht. Aber unter den Bedingungen, die wir haben, muß man sich doch überlegen, welche Zwischenschritte man tun will, um dorthin zu kommen.

Wilms-Kegel: Wir müssen unsere Vorstellungen einfach offensiv in der Öffentlichkeit vertreten. Ich habe beispielsweise in meiner Rede zur Enquête-Kommission frech behauptet, daß die Gesetzliche Krankenversicherung nie mehr ein Thema zu sein bräuchte, wenn unsere Vorstellungen umgesetzt würden. Sicher würden wir einigen wehtun, aber mit denen kann ich auch nicht unbedingt Mitleid haben. Zwischenschritte – das muß ich zugeben – fehlen noch. Aber wir wissen, daß sie fehlen, und daß wir sie noch entwickeln müssen. Selbst in den Punkten, die von dem Fernziel Reform des Gesundheitswesens weit weg sind, setzen wir nur schwer etwas durch. Nehmen wir einmal die Aufwertung der Heil- und Hilfsberufe, an der wir im Moment arbeiten. Wir können Anträge formulieren, es aber nicht durchsetzen. Es hat aber etwas mit den Fernzielen zu tun, denn wenn ich Zentren schaffen will, in denen die verschiedenen Gesundheitsberufe gleichberechtigt nebeneinander arbeiten, dann muß ich Voraussetzungen schaffen, daß die Ablehnung eines solchen Projekts nicht mit der mangelnden Ausbildung begründet werden kann. Wenn dieses Argument wegfällt, dann muß offen gesagt werden: „Wir wollen nicht, daß außer den Ärzten und der Industrie noch jemand anderes am Gesundheitswesen verdient.“

dg: Haben Sie denn persönlich, einmal abgesehen davon, daß die Diskussion bei den Grünen noch im Gange ist,

von einer Ortskrankenkasse ausgehen, die für eine Region mit einem strukturell hohen und teuren Krankheitsrisiko zuständig ist und von einer, in der die Beitragssätze niedrig liegen. Die letztere wird an einem Finanzausgleich wenig Interesse haben.

Wilms-Kegel: Sicher, aber auf dieses Problem stoßen wir immer.

dg: Wir wollen darauf hinaus, ob man nicht an diesem Punkt den Widerspruch zwischen der im Programm angestrebten Regionalisierung und einer Einheitsversicherung diskutieren muß.

Wilms-Kegel: Es ist ein Hauptproblem der Grünen, daß wir zentral die Dezentralisierung anordnen. Wir wissen, daß das ein Widerspruch ist, den wir noch nicht aufgelöst haben. Es müßte halt eine Koordination der Regionalisierung gefunden werden. Sonst wären am Ende in drei benachbarten Regionen drei Kernspintomographen und in drei weiteren im Norden gar keiner. Wie das genau aussehen soll, das ist aber auch noch nicht ausdiskutiert.

dg: Es ist das erste Mal, daß eine Abgeordnete oder ein Abgeordneter von den Grünen einen Bundestagsausschuß leitet, noch dazu einen der sogenannten „großen“. Wie sind Sie da zurechtgekommen?

Wilms-Kegel: Zunächst wurde mir ungeheuer viel Mißtrauen entgegengebracht. Ich glaube, alle fanden es ganz schrecklich, daß eine Grüne ausgerechnet diesen Ausschuß leiten sollte. Mit meinem Ausschußsekretariat habe ich am Anfang eine Politik nach dem Motto „Der Widerspenstigen Zähmung“ betreiben müssen. Ich kann nicht sagen, daß diese Beamten, die mich eigentlich bei der Ausschüßarbeit unterstützen sollen, mit mir vertrauensvoll zusammenarbeiten. Deshalb habe ich erst einmal die Geschäftsordnung mit

Beitragbemessungsgrenzen abschaffen

Ideen, wie man bei der Vereinheitlichung der Krankenversicherung vorgehen könnte?

Wilms-Kegel: Ja, zunächst könnte man einen Finanzausgleich zwischen den Kassen schaffen, so daß die Unterschiede zwischen armen und reichen Kassen aufgehoben würden. Dann stelle ich mir vor, daß die Beitragbemessungsgrenzen wegfallen müßten. Dann gibt es zwar noch keine Einheitskrankenkassen, aber dieser ruinöse Wettbewerb zwischen den Kassen würde sich nicht mehr lohnen. Auch unterschiedliche Beitragssätze gäben dann keinen Sinn mehr.

dg: Ein Finanzausgleich hat aber wiederum auch Probleme. Wenn wir etwa

zugehörigen Kommentaren durchgearbeitet, um zumindest auf dieser Ebene unangreifbar zu sein. Damit habe ich auch schon Punktsiege erfochten in diesem Dschungelkampf. Ich möchte jedenfalls vermijden, daß mir da Fehler unterlaufen; deswegen mache ich vielleicht sogar eine überkorrekte Führung der Geschäfte. Ich möchte, daß man in vier Jahren sagt: „Den Grünen kann man einen Ausschuß geben!“

dg: Wäre es nicht besser, wenn es hieße: „Die Grünen sind ernstzunehmende Gegner?“

Wilms-Kegel: Genau das meine ich. Sie sollen sich mit Grünen Inhalten auseinandersetzen und nicht mit Formalien.

L1

Weiterentwicklung durch Methadon?



ig-„Weiterentwicklung der Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen“ war der Titel des 2. Drogensymposiums, das der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 25. und 26. Juni 1987 in Düsseldorf veranstaltete. Diskutiert wurde letztlich über Methadon.

Zumindest am ersten Tag des Symposiums stand die Bestandsaufnahme der Drogenarbeit in Nordrhein-Westfalen noch im Vordergrund. Die Statements von Drogenberatern, Eltern von Drogenabhängigen, Klinikern und Therapeuten machten deutlich, wieviel in diesem Bereich noch im argen liegt.

146 öffentlich geförderte Drogenberatungsstellen gibt es derzeit in Nordrhein-Westfalen. Ein gut ausgebautes Netz, möchte man meinen, doch es krankt daran, daß Personalabbau droht. Dem stehen nicht zu bewältigende, alltägliche, soziale Betreuungsprobleme gegenüber. Es fehlt nicht nur an Nachsorgemöglichkeiten, sondern auch an Einrichtungen, wie zum Beispiel Tageskliniken, betreuten Wohnmöglichkeiten und Kontaktzentren.

Unangemessen sind die Rahmenbedingungen für die stationäre Entgiftung von Drogenabhängigen, wenn auch die Platzkapazität als ausreichend gelten

kann. Nach Ansicht von Dieter Sawalics, Leiter der „Zentralen Drogenentgiftung NRW in Hohenlimburg“, ist eine optimale Vorbereitung für eine stationäre oder auch ambulante Drogentherapie in psychiatrischen oder Allgemeinkrankenhäusern überhaupt nicht zu erreichen und verlängert nur noch den Leidensweg der Betroffenen.

Hilarion Petzold, „schillernder Paradiesvogel“ der bundesdeutschen Psychotherapieszene, machte auf Mängel in der Fortbildung der Drogenarbeiter aufmerksam. Es seien heute noch die selben Mängel wie Anfang der siebziger Jahre zu beobachten. Weder die multifaktorielle Genese der Suchtkrankheiten werde in der Drogentherapie berücksichtigt, noch ein besonderer Schwerpunkt auf die Probleme der Heranwachsenden in Forschung und Therapie gelegt. Dabei müsse gerade in diesem Arbeitsfeld sehr schnell auf die Änderungen der Szene reagiert werden, ansonsten hinke man immer zehn Jahre hinterher.

Petzold regte an, eine differenzierte Weiterbildung nach dem jeweiligen Tätigkeitsfeld aufzubauen. Sämtliche Bereiche müßten darüber hinaus miteinander vernetzt werden. Dieser systematische, nur staatlich zu leistende Ansatz geht allerdings an der Wirklichkeit, mit ihrer „Finanzakrobatik“ bei der Unterhaltung von Einrichtungen und den oft langwierigen Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern der Therapien, weit vorbei.

Die überwiegende Mehrheit der Politiker und Ärzte möchte an der Krimi-

nalisierung und Verelendung der Drogenabhängigen nichts ändern. Nur die Brisanz der Gefährdung, vor allem der inhaftierten Fixer, durch gemeinsam benutzte Spritzbestecke eine HIV-Infektion zu erleiden, scheint einen Teil der Politiker nach neuen Lösungen suchen zu lassen. An eine Liberalisierung der Strafverfolgung wird allerdings dabei nicht gedacht, sondern an die Einführung von Methadon-Erhaltungsprogrammen. Ein entsprechender klinischer Versuch läuft bereits seit einigen Monaten in der Hautklinik der Uni Essen in Zusammenarbeit mit der örtlichen Drogenberatung. Dort erhalten HIV-positive und Aids-kranke Fixer unter strenger Indikationsstellung und entsprechender Kontrolle Methadon.

Dieser Modellversuch geriet am zweiten Tag des Symposiums immer mehr in den Mittelpunkt des allgemeinen Interesses. In den Hintergrund wurden sowohl die Bilanzierung des Drogenhilfeprogramms als auch die Vorschläge zur weiteren Verbesserung gedrängt. Im abschließenden Roundtable-Gespräch kamen die erwähnten Notwendigkeiten, wie die Intensivierung der Nachsorge, der Ausbau der erfolgversprechenden niedrigschwelligen Angebote (zum Beispiel Kontaktzentren für die Szene) und die Entwicklung einer komplementären Struktur mit Wohnmöglichkeiten und Tageskliniken nicht mehr zur Sprache. Minister Heinemann legte als Moderator besonderen Wert auf das Thema HIV und Methadon, und die Experten auf dem Podium fanden sich drein.

Während des Symposiums war unter Eingeweihten schon die Rede über eine Kabinettsvorlage „Medikamentengestützte Rehabilitation bei Drogenabhängigen“, die Mitte Juni dann auch durch die Tagespresse ging. Diese Kabinettsvorlage schränkt die Vergabe von Methadon übrigens nicht auf HIV- und Aids-kranke Fixer ein, sondern ermöglicht sie auch unter folgenden Kriterien: zwei gescheiterte mehrmonatige Abstinenztherapien, mehrjährige Opiatabhängigkeit, Mindestalter 22 Jahre, keine primäre Alkoholabhängigkeit und Teilnahme am Begleitprogramm.

Beabsichtigt ist offensichtlich ein langjähriges Methadon-Erhaltungsprogramm mit niedriger Eingangsschwelle und einem minimalen psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Rahmen. Gerade dieser Rahmen wäre allerdings auf Dauer erfolgsversprechend; doch ist ein solcher eben sehr kostenintensiv. Zu teuer jedenfalls für Nordrhein-Westfalen, in dem Zehntausenden Arbeiter in der Stahlindustrie und dem Kohlebergbau Langzeitarbeitslosigkeit ins Haus steht. Auf die Drogenberatungsstellen und die drogenfreien Therapieeinrichtungen im Lande dürfte jedenfalls erheblicher Personalabbau zukommen, wenn dieses flächendeckende Programm verwirklicht werden sollte. □

Sterbehilfe – Tötung auf wessen Verlangen?

Von Michael Wunder

Das vorliegende Referat sollte Teil einer Manifestation auf dem Gesundheitstag gegen die neue Euthanasiebewegung in der Bundesrepublik sein. Beteiligten wollten sich neben Michael Wunder noch Gerhard Baader, Medizinhistoriker aus Berlin und Ulrich Eibach, evangelischer Theologe aus Bonn. Durch die Auseinandersetzungen um die Einladung Hackethals kam es nicht mehr dazu. Wir dokumentieren gekürzt eine aktualisierte Fassung.

Die verdrängte oder nicht wahrgenommene Geschichte

Die Diskussion um den Wert und das Lebensrecht des einzelnen Menschen erreichte 1920 ihren Höhepunkt, als der angesehene Strafrechtler Karl Binding und der Neuropathologe Alfred E. Hoche ihre nur 62 Seiten umfassende Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens – ihr Maß und ihre Form“¹ veröffentlichten. Es lohnt sich, diese kurze, aber von ihrer Argumentationsweise her äußerst einflussreiche und für die spätere Entwicklung grundlegende Schrift genauer zu betrachten. In ihr sind die gesamten auch heute noch fortlebenden Argumentationsmuster zur aktiven Sterbehilfe enthalten, die diese Debatte so abgründig machen.

Der über die Drucklegung der Schrift hochgeehrt versterbende Strafrechtler Binding widmet sich zunächst der Frage, ob die Tötung eines unheilbar Kranken mit seiner Einwilligung einen Strausschließungsgrund biete. Aus diesem Beispiel des körperlich Schwerkranken oder des Unfallpatienten, heute würde man sagen, des Patienten der Intensivmedizin, ergibt sich die Denkfigur der „straffreien Erlösungstat“. Auch Hackethal spricht heute von „Erlösungstodhilfe“, wie überhaupt viele Ausführungen Bindings hoch aktuell klingen.

Die Ausführungstat, schreibt Binding, müsse „Ausfluß freien Mitleids mit den Kranken sein“. Und die Tötung müsse als „Erlösung mindestens für ihn empfunden werden.“² Binding nennt drei Gruppen von Menschen, für die diese rechtlich unverbundene Tötung in Betracht kommen soll:

1. Menschen, die wegen Krankheit oder Verwundung den Wunsch nach Erlösung besitzen,
2. Bewußtlose, die nur zu einem „namenlosen Elend“ erwachen werden und
3. unheilbar Blödsinnige.³

Damit kommt Binding zu seinem eigentlichen Thema. Er stellt die Frage: „Gibt es Menschenleben, die so stark die Eigenschaft des Rechtsgutes eingebüßt haben, daß ihre Fortdauer für den Lebensträger wie für die Gesellschaft dauernd allen Wert verloren hat?“ Er kommt zu der Antwort, daß der Wert des einzelnen Lebens für den Lebensträger und für die Gesamtheit „abzuschätzen“ sei. Unter der beschönigenden Überschrift „Erlösungstat“ hat sich das Thema damit grundsätzlich gewandelt. Gemessen wird jetzt der Wert des einzelnen Menschen. Der Lebensbeitrag des einzelnen kranken oder behinderten Menschen wird gegengerechnet zur Leistung der Volksgemeinschaft in Gestalt von Pflegearbeit oder Pflegekosten. Bei der Bewertung der Frage, ob die Tötung von Geisteskranken eine er-

laubte, straffreie Erlösungstat sei, befindet der Strafrechtler Binding denn auch nach ausführlicher Abwägung, daß die Tötung der „Blöden“ weniger Unrecht sei als ihr Weiterlebenlassen. Diese Hinwendung von der „Euthanasie“ der wenigen leidenden Unfallpatienten oder Kriegsverletzten hin zur bevölkerungspolitischen Frage der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ ist der tragende Gedankengang in Bindings Ausführungen. Die Denkfigur der „Mitleidstat“ wird dabei auf die Frage der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ übertragen. Zu den „Geistig Blöden“ vermerkt Binding: „Sie haben weder den Willen zu leben noch zu sterben, so gibt es ihrerseits keine beachtliche Einwilligung in die Tötung, andererseits stößt diese auf keinen Lebenswillen, der gebrochen werden müßte.“⁴

Bei Alfred Hoche treten die Gedanken der Nützlichkeit eines Menschenlebens und seines Wertes für die Volksgemeinschaft noch deutlicher und in sprachlich brutalerer Form hervor. Hoche streift nur noch kurz den Komplex der Tötung auf Verlangen, um sich um so ausführlicher der Tötung „unheilbar Blödsinniger“ zu widmen. Aus seiner Feder stammen die Begriffe, die später die Debatte bestimmt haben: „Ballastexistenzen“, „Defektmenschen“, „leere Menschenhüllen“, „nutzlose Esser“. Hoche ist es auch, der erstmals die eingängigen Rechnungen aufstellt, die im Nationalsozialismus Eingang in die Mathematik-Bücher der Schulen fanden. Und von Hoche stammt dann auch der Satz, daß es eine „peinliche Vorstellung“ sei, „daß ganze Generationen von Pflegern neben diesen leeren Menschenhüllen dahinalten, von denen nicht wenige 70 Jahre und älter werden“.⁵

Binding und Hoche unterschieden zwischen der Tötung unheilbar Kranker und der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, eines nach ihrer Ansicht so minderwertigen Lebens, daß es nicht tötungsfähig war, sondern nur „vernichtet“ werden konnte. Trotz dieser von einem zugespitzten Antihumanismus zeugenden Unterscheidung und ihre Konzentration auf die Wertbestimmung des Menschen legen Binding und Hoche mit ihrer Denkfigur der „Mitleidstat“ die Grundlagen dafür, daß die Nationalsozialisten ihre Vernichtungsaktionen an psychisch Kranken und Behinderten später mit den schönfärbischen Begriffen „Gnadentod“ und „Euthanasie“ belegen konnten. Das griechische Wort „eu thanatos“ bedeutet „schöner, guter Tod“. Die Herabwürdigung und Abwertung der für das Volksganze angeblich nicht tragbaren Menschen und die Berechnung ihres „Wertes“ führten dazu, daß nach Scheitern der rassehygienischen Maßnahmen im engeren Sinne übergangslos zur Vernichtung dieser Menschen übergegangen werden konnte, insbesondere unter

der Bedingung eines Vernichtungskrieges gegen andere Völker Europas.

Auch die Bestrebungen, die Euthanasie zu legalisieren, ihr also einen Schein von Rechtsstaatlichkeit zu verleihen, sie durch eine Regularien-Klärung zur „Normalität“ zu machen und die Straffreiheit für die „Erlösungstat“ auch rechtlich abzusichern, sind alt.

Das Drängen vieler Mittäter der „Euthanasie“-Aktionen auf Offenlegung der gesetzlichen Grundlagen führte in der Kanzlei des Führers 1940 zu hektischen Aktivitäten. Ein Gesetzentwurf wurde erarbeitet.⁶ Ende 1940 lehnte Hitler jedoch eine gesetzliche Regelung der „Euthanasie“ ab. Der Grund hierfür wird von Roth und Aly nicht in einer dadurch gestörten Geheimhaltung und Unterstützung der „Feindpropaganda“ gesehen. Die Aktionen waren zu diesem Zeitpunkt schon zu weit in die Öffentlichkeit gedrungen. Der Grund ist vielmehr in der Dynamik und dem Planziel der „Euthanasie“-Aktion selbst zu sehen. Das Gesetz hätte zur Folge gehabt, daß die Vernichtung der erwachsenen Anstaltsinsassen mit der gleichen Langsamkeit wie die Kinder-Euthanasie vorangegangen wäre. „Aus der ‚Euthanasie‘ wäre ein ‚Jahrhundertwerk‘ geworden, das die sozial-rassistische Ungeduld der nazistischen Gesellschaftsanbieter über Gefähr strapaziert hätte.“⁷

Bis August 1941 sind 70 000 geistig Behinderte und psychisch Kranke Opfer der „Euthanasie“-Aktionen geworden. Diese Zahl entspricht fast exakt dem ersten, bereits 1939 festgelegten Planziel der T-4-Aktion, ca. 1 Promille der Bevölkerung als „Ballast“ zu „euthanisieren“. Zur Beruhigung der Kirchen und auch einiger Verbände der NSDAP-Frauschäften, wurde die Aktion daraufhin offiziell abgestoppt. Das Morden ging aber weiter. Die Opfer der jetzt einsatzenden dezentralen Aktionen, bei denen v.a. die Anstalten für andere kriegsnotwendige Zwecke legermordet wurden und immer weitere Gruppen von Menschen einbezogen wurden, wie Alte und Gebrechliche sowie körperlich Kranke, insbesondere Ostarbeiter, werden zwischen 100 000 und 275 000 geschätzt.⁸

Ein Sterbehilfegesetz hätte diesen „Krieg nach innen“ gegen die unproduktiven Teile der eigenen Bevölkerung nur behindert. Der Traum vom einem Sterbehilfegesetz war aber damit nicht ausgeträumt. Bereits 1943 erhoben wieder die führenden Psychiater des Reiches, die Professoren De Erinis, C. Schneider, Heinze, Nitsche und Rüdin in ihrer reformerischen „Psychiatrie-Denkschrift“ die Forderung, daß in einer modernisierten Psychiatrie nach dem Endsieg, in der alle Anstrengungen zur Heilung der Kranken unternommen werden, auch die Euthanasie aus Mitleid bei nicht mehr Heilbaren ermöglicht sein muß und zur Normalität des Krankenhausalltages werden muß.⁹

Das Beängstigende ist, daß es mit diesem Gedankenmuster der götlichen und alltäglichen Euthanasie nach 1945 niemals einen Bruch gab, weder innerhalb der herrschenden Ärzteschaft, noch erst recht nicht in einer breiteren Öffentlichkeit.

Der Umgang mit der Geschichte – kann die Nachgeschichte eine neue Vorgeschichte werden?

Die Geschichte der Euthanasie ist über Jahrzehnte verdrängt, vergessen oder nicht zur Kenntnis ge-

nommen worden, insbesondere auch nicht innerhalb einer breiteren Ärzteschaft.

Dieser Umgang mit der Geschichte läßt sich sicherlich zum einen damit erklären, daß es für den Bereich der psychisch kranken und behinderten Menschen keine gesellschaftlich starke Interessenvertretung gab, die aufgrund einer geschichtlichen Aufarbeitung zu einem anderen Verständnis von Krankheit und Behinderung in dieser Gesellschaft kommen wollte. Zum anderen muß der jahrzehntelange Prozeß des Verdrängens und Nichtwahrnehmens damit erklärt werden, daß die „Euthanasie“-Morde der Nationalsozialisten aufbauen konnten auf der Verquickung von Erlösungshoffnungen und Vernichtungswünschen gegenüber Minderheiten, die auch in der heutigen Gesellschaft wach sind.

Um so mehr heute aus der Euthanasie-Geschichte bekannt wird, um so deutlicher wird, daß die gedanklichen Grundlagen, wie sie etwa bei Binding und Hoche formuliert sind, damals für ganz alltäglich und „normal“ gehalten wurden, für modern, notwendig und zweckmäßig. Gerade deshalb konnten sie dann umkippen in Verfolgung und Ermordung. Die Täter der Euthanasie waren keine abgefeimten Mörder. Sie waren Täter, die meist von optimistischen Heilerwartungen, von Fortschrittsgläubigkeit und der Hoffnung auf Befreiung von Leid besetzt waren, sich also durchaus subjektiv als gut und richtig handelnde Menschen verstanden. Sie konnten deshalb ihre Morde oder ihre Zuarbeit zu den Morden noch nach 1945 in diesem Sinne legitimieren.

Prof. Werner Catel, einer der Haupttäter der Kinder-„Euthanasie“ und bis 1960 Ordinarius für Kinderheilkunde an der Universität in Kiel, forderte noch 1962 in seinem Buch „Grenzsituationen des Lebens“¹⁰ die Einführung einer „begrenzten Euthanasie“ für „voll-idiotische Kinder“. Es sind aber nicht nur diese einzelnen Äußerungen solcher Täter wie Catel, die sich im Nachkriegsdeutschland gut einrichten konnten und ihre Ansichten trotz ihrer Verwicklung in das Mordprogramm nicht ändern brauchten. Es läßt sich eine beklemmende Verbindungslinie aufstellen zwischen der öffentlichen Diskussion über Sterbehilfe in den 20er Jahren bis in die allerjüngste Zeit hinein.

1920 fragte Ewald Meltzer 200 Eltern und Vormünder der in seiner Anstalt untergebrachten behinderten Kinder: „Würden Sie auf jeden Fall in eine schmerzlose Abkürzung des Lebens ihres Kindes einwilligen, nachdem durch Sachverständige festgestellt ist, daß es unheilbar blöd ist?“¹¹ Von 162 eingegangenen Antworten sprachen sich 119 (73 %) für eine Tötung und nur 43 (27 %) dagegen aus.¹²

20 Jahre später bezieht sich Hitlers Leibarzt Theo Morell in einer eigens für Hitler angefertigten Denkschrift zum Thema „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ auf Meltzers Umfrage und leitet daraus Empfehlungen für die Durchführung der Vernichtungsaktionen ab. 1974 führte das Allensbacher Institut eine repräsentative Umfrage zur Euthanasie durch. Die Frage lautete: „Es gibt ja immer wieder Menschen mit schweren geistigen Schäden, die praktisch dazu verurteilt sind, das ganze Leben hinduzudämmen. Deshalb hört man ja manchmal, es wäre das Beste, solchen Kranken ein Medikament zu geben, damit sie nicht mehr aufwachen. Wären Sie dafür oder dagegen, daß Ärzte in einem solchen Fall das Leben der Kranken beenden können?“¹³ 38 % der Befragten bejahten diese Frage. Im gleichen Zusammenhang wurde auch gefragt, ob ein Arzt das Recht hat, dem Patienten auf sein Verlangen hin ein todbringendes Medikament zu geben. Hier antworteten 53 % der Befragten mit „Ja“. In den neueren Umfragen, in denen allerdings nur noch nach der Tötung auf Verlangen gefragt wurde, bejahten dies bereits 66 %.¹⁴

Die heutige Debatte und ihr Hintergrund

Beherrscht wird die bundesdeutsche öffentliche Debatte über die aktive Sterbehilfe immer wieder durch das spektakuläre Herausstellen dramatischer Einzelfälle. Das Fatale an der breiten Publikation der bekannten Einzelfälle ist, daß sie zur Vermischung der Fragen, ob in dem jeweiligen Einzelfall richtig gehandelt wurde und welche allgemeinen Schlußfolgerungen daraus zu ziehen sind, geführt haben und wohl auch führen sollten.

Die DGHS und auch Hackethal verbinden die Darstellung dieser Fälle immer wieder mit einer sehr populären Kritik an der Intensivmedizin und einem gerade in der linken und ökologisch orientierten Klientel verfangenen Bezug auf das Selbstbestimmungsrecht der Patienten. „Unsere Verstorbenen klagen an“ heißt eine der Broschüren der DGHS, in der das Horrorbild einer hochtechnisierten Medizin gezeichnet wird, also Teile der qualitativen Kritik am herrschenden Medizinbetrieb, wie sie auf den Gesundheitstagen vertreten wurde, durchaus aufgegriffen werden. Angeklagt wird weiter, daß der Patientenwille in dieser Medizin, die den einzelnen nicht losläßt und nicht in Ruhe sterben läßt, mißachtet wird. Auch hier sind deutliche Anleihen an die Patientenrechtsbewegung spürbar. Der Wille des Patienten, sich nicht in intensivmedizinische Behandlung zu begeben, soll deshalb in einem „Patiententestament“ oder einer „Patientenverfügung“ deklarierbar werden. Damit dies wiederum rechtsverbindlich ist, wird die Legalisierung der Tötung auf Verlangen, also der aktiven Sterbehilfe, gefordert.¹⁵

Wie in der Debatte von 1920 dienen wieder dramatische Einzelfälle, mit denen schnell eine emotionale Solidarisierung in der Öffentlichkeit erreichbar ist, dazu, eine ganz andere und gesellschaftspolitisch viel weitergehende Perspektive populär und letztlich zustimmungsfähig zu machen. Die Popularität dieser Gedankenketten geht bis in – zumindest vom Anspruch her – seriösere Zeitschriften wie z. B. „Psychologie heute“. In dem Artikel „Das technisch Machbare und die Menschenwürde“¹⁶ von 1982 wird zum Beispiel recht offen die typische Argumentationskette verwendet.

Am Anfang werden die bekannten dramatischen Einzelfälle geschildert. Daran schließt sich folgende Bemerkung über die Intensivmedizin an: „Vor zehn Jahren war die Intensivmedizin noch etwas für einen kleinen Kreis Eingeweihter. Inzwischen hat jedes Krankenhaus, das etwas auf sich hält, mindestens eine Intensivstation eingerichtet. Der finanzielle Aufwand für diese hochtechnisierten Stationen geht insgesamt in der Bundesrepublik in die Milliarden.“¹⁷

Wer finanziert das, fragen die Autorinnen, und: Wie effektiv ist das? Sie vorantasten denn tatsächlich eine Befragung bundesdeutscher Intensivmedizin-Abteilungen, bei der die Frage, „ob der finanzielle Aufwand lohnt“ damit gemessen werden soll, wieviele Patienten auf der Intensivstation sterben und wiewiele sie gesund verlassen. Genüßlich weiden sie sich daran, daß ihnen Zahlen verweigert werden oder eingestanden wird, keine Zahlen zu haben und daß sie sich bei der Befragung wie „Industrie-Spione“ gefühlt haben. Glücklicherweise können sie dann aber ihre mißglückte Umfrage in der BRD mit einer entsprechenden Studie aus den USA kompensieren. Danach sind 16 % der über 75jährigen auf der Intensivstation gestorben, weitere 44 % im folgenden Jahr. Die Schlußfolgerung dieser Studie, die Intensivmedizin für ältere Patienten in Frage zu stellen, finden die Autorinnen „berechtigt!“¹⁸

Wer vorher das Leben von Patienten auf der Intensivstation herabgewürdigt hat als „sinnloses Vegetieren an Schläuchen“ und das Leben eines alten Menschen nach einer Hirnschädigung ohne Erinnerung an sein früheres Leben als „Pflegefall“ abwer-

tet, verliert offensichtlich auch jedes Gefühl dafür, welcher Abgrund sich hier auftut.

Die Forderungen, die Intensivmedizin für alte Menschen einzuschränken, ja sogar generell zur Disposition zu stellen, stehen natürlich im Einklang mit vielerlei Bemühungen und gesundheitsökonomischen Planungen, das Gesundheitswesen durch Kosten-Nutzen-Berechnungen, die auf das jeweilige Individuum ausgerichtet sind, zu verbilligen. Die Durchforstung des Gesundheitswesens nach bisher ungenutzten Rationalisierungsreserven hat bereits Ende der siebziger Jahre unter dem sozialdemokratischen Arbeitsminister Ehrenberg angefangen.

„Es ist durchaus nicht verwerflich, durch Mittelbeschränkung im Gesundheitswesen ein erhöhtes Todesrisiko von Mitgliedern der Gesellschaft in Kauf zu nehmen“¹⁹, war eine der wesentlichen Feststellungen auf einem Symposium im Jahr 1982 im Bundesarbeitsministerium zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Einsparungen im Gesundheits- und Sozialbereich führen zur Risikoerhöhung nicht für alle Menschen in gleicher Weise, sondern für bestimmte Gruppen in besonderem Ausmaß. Wen soll es treffen und wen darf es nicht treffen, ist deshalb die eigentliche Leitfrage aller Sparpolitik im Gesundheits- und Sozialbereich. Zunächst wurde für die Beantwortung dieser Frage nur der Begriff des „teuren Patienten“ in die Welt gesetzt. Ein Teil der Gutachten zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung und jetzt ganz aktuell der sog. „Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung“ beschäftigen sich deshalb vornehmend mit den „teuren“ chronischen Patienten und insbesondere mit den sog. selbstverschuldeten Krankheiten. Risikozuschläge für bestimmte Lebensweisen und selektiver Ausschuß bestimmter Krankheiten aus den Versicherungsleistungen sind genauso in der Diskussion wie noch höhere Zuzahlungen („Selbstbeteiligungen“). Gefordert werden Absenkungen auf einen Sockel von Basisleistungen bei gleichzeitigem Ausbau des Systems der privaten Krankenversicherungen, über die dann für die Besserverdienenden alle möglichen Zusatzleistungen kaufbar sind.

Mit einem Satz: Das Gleichbehandlungsprinzip steht zur Disposition. Ein besonderes Gewicht bekommt dabei die politisch bewußt herbeigeführte Finanzierungskrise in der Krankenversicherung der Rentner. Vor dem Hintergrund einer starken finanziellen Belastung der Allgemeinen Gesetzlichen Krankenversicherung durch die Krankenversicherung der Rentner bekommen solche Hotzgebirge wie „Alterslastquote“ oder „Grenzwertnutzen“ für teure Behandlungen bei alten Menschen, wie sie ungeniert vom Geschäftsführer des AOK-Bundesverbandes, Herrn Heitzer, benutzt werden, ihre gefährliche Dimension. Was lohnt sich noch bei welchem Patienten, ist die Frage, bei der heute die alten Menschen und die chronisch Kranken ins Visier der Gesundheitsökonomien geraten. Sie sind die Hauptgruppe, deren Zustand schnell als hoffnungslos herbeiprognostiziert ist. Sie sind es, denen die neue „Euthanasie“-Bewegung ein vermeintlich Selbstbestimmung förderndes „Angebot“ macht! Tatsächlich redet sie damit aber nicht nur die individuelle Verfügbarkeit über das eigene Leben herbei, sondern sie ebnet auch den Weg für die gesellschaftliche Verfügbarkeit über individuelles Leben.

Die Bundestagsanhörung zur Sterbehilfe und danach

Die öffentliche Anhörung zum Thema Sterbehilfe vor dem Rechtsausschuß des Deutschen Bundestages 1985 stellt einen wesentlichen Schritt dar, der gefährlichen und abgründigen Debatte über die Lega-

lisierung der aktiven Sterbehilfe einen noch größeren öffentlichen Raum zu verschaffen. Bemerkenswert ist, daß von den 15 eingeladenen Experten nur die Vertreter der beiden Kirchen sowie der Vertreter der Bundesärztekammer und Prof. Fritzsche von der Universität Homburg/Saar einen fundamentalistischen Standpunkt gegen jede weitere gesetzliche Erleichterung oder Erweiterung bezogen.

Natürlich forderten die Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben sowie Prof. Hackethal die Legalisierung. Im „Mittelfeld“ bewegten sich alle anderen Teilnehmer, alles Juristen und Ärzte. Durchgängig wurde von diesen darauf verwiesen, daß eine große Rechtsunsicherheit bestünde, insbesondere in der Abgrenzung und Präzisierung der passiven Sterbehilfe, die nach einer Neuregelung verlange. Drei Positionen – die von Prof. Klug, Humanistische Union, von Prof. Schreiber, Universität Freiburg, und Prof. Eser, Max-Planck-Institut München – fallen deshalb auf, weil sie sich auf dem Hearing durchaus noch einreihen in das nachdenkliche Mittelfeld, das die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe zumindest als „problematisch“ bezeichnete. Nach der Anhörung gehörten diese drei aber mit zum Autorenkreis des „Alternativ-Entwurfs eines Gesetzes über Sterbehilfe“, der die Straffreiheit bei Tötung auf Verlangen fordert.

Zur vielfach bestrittenen klaren Unterscheidbarkeit zwischen *indirekter* Sterbehilfe, also der Verabreichung schmerz lindender Mittel auch bei der möglichen Nebenwirkung der Beschleunigung des Sterbens, und der *direkten* Sterbehilfe, also der Verabreichung eines Mittels, um das Leben des Patienten abzukürzen, machte der Sprecher der Bundesärztekammer, Prof. Ungeheuer, eindeutige Aussagen. Der Unterschied in der jeweilig zugrunde liegenden Absicht sei für ihn entscheidend, da dies auch das Verhältnis des Arztes zu Fragen des Lebens und seiner Aufgabe zu helfen, zutiefst berühre.

Zum Patiententestament, das den Willen des Patienten lange vor dem Ernstfall festlegt (auch wenn es in der modifizierten Form der zweimonatigen Unterschrift im Zeitabstand von sechs Monaten passiert), berichtete Prof. Ungeheuer die typische und vor allem gemeinsame Erfahrung vieler Intensivmediziner: In der Situation des nahe bevorstehenden Todes ändert sich die Einstellung des Menschen. Jede Stunde wird kostbar, z. B. um Abschied zu nehmen, um bewußt abzuschließen. Auch Menschen, die vorher um raschen Tod bitten, habe er in dieser Hinsicht gewandelt erlebt.

Hervorzuheben ist, daß die Bundesärztekammer mit dieser Einlassung ihre schon seit Jahren bestehende klare Position noch einmal bekräftigt hat und nicht wie einige prominente Ärzte umgekippt ist. Sie hatte schon in einer Erklärung von 1979 die bestehenden Gesetze als ausreichend und eindeutig bezeichnet.²⁰

Herr Attrot von der DGHS betonte in seinem Statement, es bestehe im wesentlichen Übereinstimmung mit der Bundesärztekammer.²¹ Überhaupt spielte er das Anliegen seines Verbandes herunter. Man wolle lediglich ein „Gesetz für den natürlichen Tod“, d. h. also eine Präzisierung der passiven Sterbehilfe durch den Gesetzgeber. Allerdings wolle man auch die Straffreiheit der Tötung auf Verlangen, aber dieses Problem komme in der Praxis ja „ganz selten“ vor.

Hier wird deutlich, wie der Einstieg in die Legalisierung geschafft werden soll: Die allgemeine Unzufriedenheit und die in den Augen einiger bestehende Rechtsunsicherheit im Bereich der passiven Sterbehilfe, also des Abbruchs oder Unterlassens lebenserhaltender Maßnahmen, soll taktisch ausgenutzt werden, den Gesetzgeber hier zu einer Präzisierung zu bewegen, um dann den § 216, Tötung auf Verlangen, langsam auszuhöhlen und hier eine Aus-

nahmeregelung einzubauen. Diese Linie wird in dem erwähnten Alternativentwurf umgesetzt.

Natürlich ging Prof. Hackethal noch einen ganzen Schritt weiter. Er trug sein sog. EURIOS-Patientenarzt-Gelöbnis vor, in dem als ärztliche Aufgaben schlicht nebeneinander gereiht werden: Gesundheits-, Heilhilfe, Nothilfe und Sterbehilfe.²² Er forderte gesetzliche Regelungen, um die Patienten zu schützen vor dem Totspritzen in den Kliniken durch überdosierte Schmerzmittel, wenn die Patienten lästig würden oder es die Angehörigen forderten. Wer sich von der schönen Radikalität dieser Anklage blenden läßt, sollte sich vor Augen halten, was mit derlei Ausführungen bewirkt wird: Der bedeutsame Unterschied zwischen der *indirekten* Sterbehilfe und der *aktiven* Sterbehilfe wird hinweggeredet.

Leider haben auf der Anhörung auch andere, wie z. B. der Bundesrichter Kutzer, die Nivellierung dieses Unterschiedes mit herbeigeredet: „Wir haben überhaupt nichts dagegen, wenn der Gesetzgeber einen ordentlichen Vorschlag bringt“, sagte der Bundesrichter da in einem kaum zu überbietenden Pragmatismus. „Die Situationen, die hier Anstoß erregen, nämlich die Situationen des Sterbenden, der sterben will und deswegen eine schmerz lindende, aber lebensverkürzende Medikation beansprucht, muß irgendwie in Gesetzesform gefaßt werden, daß Mißbrauch ausgeschlossen ist.“²³

Hier gehen deutlich sichtbar indirekte und direkte Sterbehilfe durcheinander. Die Hilfe *beim* Sterben wird durch einen, bemerkenswerterweise gerade von einem Bundesrichter unklar benannten Patientenwunsch – „weil er sterben will, will er schmerz lindende Medikamente“ – schnell zur Hilfe *zum* Sterben. Nur am Rande beschäftigen sich die Experten mit der Veränderung und Verbesserung der Sterbesituation im Krankenhaus. Auf das System der *terminal care* aus England, also der Schmerzzentren, wurde nur von wenigen positiv Bezug genommen.

Wie anfangs erwähnt, gab es nur wenige grundsätzliche Warnungen vor dem Dammbrechereffekt einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Hervorgehoben sei aber, daß vereinzelt auch Vertreter der unentschiedenen Mitte-Positionen auf die Gefährlichkeit hinwiesen, da von einer rechtlichen Sanktionslosigkeit schnell auf die moralische Erlaubtheit, ja Erwünschtheit geschlossen werden könnte. Und es sei darauf verwiesen, daß gerade einer der Autoren des Alternativentwurfs, Prof. Schreiber, auf die neuen gefährlichen Entwicklungen der amerikanischen Diskussion hinwies.²⁴ Er zitierte den Internisten Marvin Kohl, einen der Wortführer der neuen Euthanasiebewegung in den USA, nach dem niemand leiden sollte, nur weil er seinen Willen nicht zum Ausdruck bringen könne. Kohl ist auch derjenige, der vom „fanatischen Bohren auf Einwilligung“ spricht, das diesem Personenkreis der nicht Äußerungsfähigen nur Ungleichbehandlung und vermehrtes Elend bringen würde. Auch Schreiber erkannte im Hearing, daß solche Töne gelstesverwand mit der Nazi-„Euthanasie“ sind.

Heute wird der „Gnadentod ohne Einwilligung“ in den USA genau in den Bundesstaaten gefordert, in denen die Tötung auf Verlangen schon lange legalisiert ist. Damit wird deutlich, daß mit der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe eine schiefe Ebene betreten wird, auf der es kein Halten mehr gibt: Die Tötung auf Verlangen des einzelnen Schwerkranken kippt aus ihrer inneren Logik heraus um in die Tötung auf Verlangen der Gesellschaft. Daß diese heute sich in den USA anbahnende Entwicklung auch für die BRD droht, verkennt Schreiber jedoch.

Nach der Bundestagsanhörung erfolgte die bereits erwähnte Veröffentlichung des „Alternativentwurfs eines Gesetzes zur Sterbehilfe“²⁵ von 23 namhaften Ärzten und Juristen. Die Kernpunkte des Entwurfs sind:

– Die passive Sterbehilfe (Abbruch oder Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen) wird so präzisiert, daß auch die Straffreiheit bei Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen bei schwerstgeschädigten Neugeborenen gefordert wird, also bei jedem sog. Liegenlassen;

– die indirekte Sterbehilfe (leidensmindernde Maßnahmen) wird bei ausdrücklichem, aber auch bei nur mutmaßlichem Willen der Betroffenen gefordert;

– die Nichttötung der Selbsttötung, wenn diese „frei verantwortlich, ausdrücklich erklärt und als ernsthafte Entscheidung erkennbar“ ist, soll als Ausnahme von der Hilfeleistungsverpflichtung legalisiert werden und

– die Tötung auf Verlangen soll zwar ein Straftatbestand bleiben, von Bestrafung soll aber abgesehen werden können, wenn sie „der Beendigung eines schwersten, vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustandes dient“.

Damit sind juristisch vorbrämt die wesentlichen Inhalte der neuen Euthanasiebewegung, insbesondere Forderungen der DGHS, in die Form eines Gesetzesentwurfes gegossen.

Der deutsche Juristentag 1986 sah zwar keine Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung der ersten drei Punkte, dem vierten Vorschlag ist er allerdings gefolgt. Wörtlich heißt es in dem Beschluß: „Es empfiehlt sich bei der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) gesetzlich die Möglichkeit vorzusehen, daß das Gericht von Strafe absehen kann, wenn die Tötung zur Beendigung eines unerträglichen Leidenszustandes vorgenommen worden ist (vgl. § 216, 2. Alternativentwurf).“²⁶ Damit sind bedenkliche Weichen gestellt, da man befürchten muß, daß sich der Gesetzgeber irgendwann einmal eines solchen Beschlusses der versammelten Juristenschaft bedient, wenn es politisch opportun ist.

Die jüngste Eskalation der neuen „Euthanasie“-Debatte mußte – fast möchte ich sagen logischerweise – in dem Gebiet geschehen, in dem die Medizin besonders nachvollziehbar hilflos ist und die Ängste der Menschen besonders groß sind. In der BILD vom 6.5.1987 forderte Hackethal die „Sterbehilfe für AIDS-Kranke“. Die „Todeshilfe aus Barmherzigkeit“ dürfe AIDS-Kranken nicht verweigert werden! „Es muß zunächst alles Menschenmögliche getan werden, um jemanden das Leben wieder lebenswert zu machen. Wenn aber trotz aller ärztlichen Bemühungen am Schluß nur noch der Wille des Patienten übrig bleibt, daß er unter den gegebenen Umständen nicht mehr weiterleben will, dann muß man ihm helfen. AIDS ist am Ende eine oft monatelange furchtbare Quälerei.“²⁷

Wenn die ärztliche Kunst vorsagt und nicht heilen kann, wenn ein Leben nicht wieder lebenswert gestaltet werden kann, dann ist es nicht lebenswert oder vielmehr lebensunwert. Das ist die Botschaft, die hier vermittelt wird und die verheerende Fernwirkung hat. Ist ein Leben nur noch „Quälerei“, ist es beendenswert. Wenn soll diese öffentlich bekundete Barmherzigkeit ein Trost sein? Herbeigeredet wird der Unwert eines Lebens unter negativer medizinischer Prognose. „Die schlimme Wirkung solcher Sätze ist gerade die Entmutigung der Menschen, die individuell in fast mutloser Verfassung sind und sich gegen solch menschenverachtendes Gerede nicht zur Wehr setzen können.“

Der Protest gegen eine Haltung, wie sie Hackethal vertritt, ist minoritär. Das zeigt sich an der ungemein breiten Popularität der DGHS und ihrer regelmäßig durch die Presse aufgegriffenen Einzelfall-Demonstrationen. Alternative Verbände oder Gruppen wie die „Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebenshilfe“ aus Limburg, die die „Erlösungsspritze“ auf Verlangen und die ganze aktive Sterbehilfe entschieden ablehnen, sind dagegen kaum öffentlich bekannt. Sie setzen sich für „palliative Therapie“,

also Schmerzlinderung, nach dem englischen Vorbild der „terminal care“ ein, und zwar stationär wie ambulant.²⁸

Zu hoffen bleibt, daß solche Ansätze in Zukunft bekannter werden, weil damit nicht das Leben von chronisch Kranken, Behinderten oder Menschen mit infauster Prognose herabgewürdigt wird. Zu hoffen ist, daß es gelingt, in dieser sich sicherlich zuspitzenden Debatte, den drohenden Verlust von Grund- und Menschenrechten aufzuzeigen, wenn sich die neue Euthanasie-Bewegung durchsetzt und damit die Einzigartigkeit jedes individuellen Lebens zu jedem Zeitpunkt neu in Frage gestellt wird. Und letztlich ist zu hoffen, daß das Bewußtsein und die Wahrnehmung der Geschichte der Euthanasie zunehmen, damit die von Bundeskanzler Kohl so peinlich proklamierte „Gnade der späten Geburt“ nicht, wie Heinz Galinski, der Vorsitzende der jüdischen Gemeinde in Berlin sagte, „zum Fluch des frühen Rückfalls“ wird.

Anmerkungen

- 1 Binding, Karl; Hoche, Alfred E., Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens – ihr Maß und ihre Form, Leipzig 1920.

- 2 ebd., S. 28.
- 3 ebd., S. 31.
- 4 ebd., S. 31.
- 5 ebd., S. 55.
- 6 Roth, Karl-Heinz; Aly, Götz, Das Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken, in: Erfassung zur Vernichtung, Hrsg. Karl-Heinz Roth, Berlin 1984.
- 7 ebd., S. 178.
- 8 Die Opferzahl von 100 000 wird zum Beispiel geschätzt von Wollasch, Hans-Joseph, Caritas und Euthanasie im Dritten Reich, in: Der Krieg gegen die psychisch Kranken, Hrsg. Klaus Dörner, Heiburg-Loecum 1980, S. 70. Die Zahl 275 000 stammt aus Unterlagen des Internationalen Gerichtshofs von Nürnberg, vgl. Les Médecines de la Mort, Gent, Bd. 1, S. 77 ff. u. Bd. 4, S. 129 ff.
- 9 Psychiatrie-Donkschrift von 1943, „Gedanken und Anregungen betr. die künftige Entwicklung der Psychiatrie“ von Prof. Rüdin, München, Prof. De Crinis, Berlin, Prof. C. Schneider, Heidelberg, Prof. Heinze, Görden, Prof. Nitsche, Berlin, Zt., nach: Fortschritte der Psychiatrie, vgl. Arm, 4.
- 10 Catel, Werner, Grenzsituationen des Lebens, Beitrag zum Problem der begrenzten Euthanasie, Nürnberg 1962.
- 11 Meltzer, Ewald, Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten Lebens“, Halle/Saale 1925, S. 86 ff.
- 12 ebd., S. 85.
- 13 Zt., nach: Auer, Alfons, Die Unverfügbarkeit des Lebens und das Recht auf einen natürlichen Tod, in: Zwischen

- Heilauftrag und Sterbehilfe, Hrsg. Alfons Auer u. a., Köln 1977, S. 1–51.
- 14 Allensbach, Umfrage Sterbehilfe 1986.
 - 15 vgl. „Das ist sinnloses Vegetieren an Apparaten“, Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben, in: Frankfurter Rundschau, 17. 5. 1985, S. 14.
 - 16 von Götz, Luise; Huber, Michaela, Das technisch Machbare und die Menschenwürde, in: Psychologie heute, Nr. 6/1982.
 - 17 ebd., S. 77.
 - 18 ebd., S. 79.
 - 19 Krämer, Walter, Bedarf versus verfügbare Ressourcen – Probleme des Bedarfsdeckungsprinzips im Gesundheitswesen, in: Forschungsbericht 90, Gesundheitsforschung, Symposium Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, HRSG, BMA, Bonn 1982, S. 155.
 - 20 Bundesärztekammer, Richtlinien für die Sterbehilfe, in: Deutsches Ärzteblatt Nr. 14, 1979, S. 957 ff.
 - 21 Protokoll der Anhörung (siehe 1), S. 14.
 - 22 ebd., S. 28 ff.
 - 23 ebd., S. 79.
 - 24 Anhang des Protokolls, S. 100.
 - 25 ebd., S. 117.
 - 26 Zt., nach Deutsches Ärzteblatt, Heft 47, 22. 11. 86, S. 3275.
 - 27 Hackethal, Julius, Sterbehilfe für Aids-Kranke, Bild-Zeitung vom 6. 5. 1987.
 - 28 Die Anschrift lautet: Gesellschaft für Sterbegleitung und Lebenshilfe, Diezstr. 17–19, 6250 Limburg/Lahn.

Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung

Programm des Marburger Bundes zur Gesundheitspolitik

Auf der 71. Hauptversammlung des Marburger Bundes am 9. Mai 1987 wurde ein Programm zur Gesundheitspolitik verabschiedet. Wir dokumentieren aus dem Abschnitt II „Strukturen der ärztlichen Versorgung“ den Absatz zur Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung.

An den bewährten Prinzipien der Freiberuflichkeit, der Niederlassungsfreiheit und der Selbstverwaltung im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung wird festgehalten:

Der Marburger Bund stellt sich eine Struktur der ärztlichen Versorgung vor, bei der die primärärztliche Versorgung in umfassender Weise durch in freier Praxis niedergelassene Ärzte sichergestellt wird. Die Förderung der primärärztlichen Versorgung durch Hausärzte ist zu begrüßen, da sie eine gute Grundlage für eine den ganzen Menschen betreffende Versorgung darstellt. Eine flächendeckende primärärztliche Versorgung wird aber nur dann zu erreichen sein, wenn zum Beispiel Gynäkologen und Kinderärzte in der Übergangsphase in den Kreis der primärärztlich Tätigen einbezogen werden. Sobald die flächendeckende Versorgung erreicht ist, sollen nur noch die die Voraussetzungen der EG-Richtlinien über eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin erfüllenden Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin in die hausärztliche Versorgung eintreten.

Die spezialärztliche Versorgung soll schwerpunktmäßig durch Ärzte übernommen werden, die ambulant und/oder stationär am Krankenhaus tätig sind. Die in beiden Bereichen tätigen Ärzte arbeiten in einem Kollegialsystem, wie es der Marburger

Bund seit 1971 fordert. Sie werden in der Regel auf Überweisung durch die niedergelassenen Ärzte tätig und können selbst entscheiden, ob die ihnen überwiesenen Patienten ambulant und/oder stationär zu behandeln sind. Dadurch wird ein spezialärztlicher Rund-um-die-Uhr-Dienst für alle Gebiete sichergestellt und die Qualitätssicherung der ärztlichen Arbeit durch kollegiale Diskussion und wechselseitige Kontrolle gewährleistet.

Innerhalb des Kollegialsystems sind Teamärzte und Klinikärzte tätig. Teamärzte sind Ärzte mit Gebietsbezeichnung und Ärzte mit besonderen Kenntnissen und Erfahrungen. Ihnen obliegt neben der Krankenversorgung auch die Verantwortung für die Weiter- und Fortbildung des Klinikpersonals. Ein Teamarzt muß Fähigkeiten und Kenntnisse im Krankenhaus-Management erworben haben, die es ihm ermöglichen, leitende Funktion zu übernehmen. Klinikärzte sind alle im Krankenhaus tätigen Ärzte, die nicht dem Teamarzt-Kollegium angehören. Die Arbeitsbedingungen der Teamärzte und der Klinikärzte werden durch Tarifverträge und ergänzende, besondere, vertragliche Vereinbarungen mit den Krankenhäusern geregelt. Die gegenseitigen Beziehungen regeln die Teamärzte als Partner einer bürgerlich-rechtlichen Gesellschaft. Die Mitwirkung der Teamärzte an der ambulanten Versorgung der Versi-

cherten der gesetzlichen Krankenversicherung ist Gegenstand der Entwicklung des Kassenarztrechtes.

Für die Weiterentwicklung der ärztlichen Versorgung in Krankenhäusern ist auch eine Änderung des heutigen Aufgabenbereiches der Kassenärztlichen Vereinigungen denkbar, denen (zunächst in Modellversuchen) die ärztliche Versorgung an Krankenhäusern ganz oder teilweise übertragen wird. Damit würden diese Ärzte aus der Anstellungsbindung gegenüber dem Träger des Krankenhauses ausscheiden. Diese Ärzte hätten als Mitglieder der um diesen Aufgabenbereich erweiterten Kassenärztlichen Vereinigungen sowohl die stationäre Versorgung wie auch spezialärztliche ambulante Versorgung am Krankenhaus sicherzustellen.

Eine Einführung spezialärztlicher Betreuung im ambulanten und stationären Bereich durch dieselben Ärzte hat zahlreiche Vorteile:

- Vermeidung überflüssiger Arztwechsel;
- Verkürzung von Verweildauern in Krankenhäusern, da derselbe Arzt prä-, intra- und poststationär betreut;
- Senkung von Kosten durch Vermeidung von Doppelinvestitionen und Doppeluntersuchungen;
- Sicherstellung eines bestmöglichen Informationsflusses zwischen Praxis und Klinik.

Das gegenwärtige belegärztliche System kann ebenfalls in Form eines kooperativen Belegarztsystems Grundlage für die Entwicklung eines kombinierten ambulanten und stationären spezialärztlichen Dienstes sein. Das Einzelbelegarztsystem alter Prägung entspricht dagegen nicht mehr den Anforderungen der modernen Medizin, da es keinen Rund-um-die-Uhr-Dienst sicherzustellen vermag.

Fehlergutachten

In Duisburg sollen Betten abgebaut werden

Hinter verschlossenen Türen wollten Politiker, Verwaltung, Kassen und Träger in Duisburg ein Konzept zum Abbau von 1300 Krankenhausbetten erarbeiten. Eine „bedauerliche Indiskretion“ ließ vorerst nichts daraus werden.



Den Duisburger Krankenkassen, die sich lokal finanzieren (AOK, IKK, BKKs), steht das Wasser bis zum Hals. Sollte sich nichts an ihrer Kostensituation ändern, wären sie gezwungen, ihre Beitragssätze über die „Schmerzgrenze“ von 15 Prozent zu erhöhen. Ein Gutachten wurde deshalb von den Krankenkassen in Auftrag gegeben, nach dem Verfasser „Fehler“-Gutachten genannt.

Nach der Sparformel „Bettenabbau = Personalabbau = Kostensenkung“ wurden in diesem Gutachten Kürzungen um 1174 Betten vorgeschlagen. Die Begründung: Der Bevölkerungsverlust Duisburgs führe zu einer Reduzierung der Patientenzahl, außerdem solle die Verweildauer im Krankenhaus von derzeit 15,9 Tagen auf 11,5 Tage verkürzt werden. Eine solche Reduzierung der Verweildauer ist für jeden, der im Gesundheitswesen arbeitet, sofort als undurchführbar zu erkennen.

Und auch das andere Argument erweist sich bei näherem Hinschen als wenig stichhaltig. Denn vorliegende empirische Daten ergaben, daß in den Jahren 1980 bis 1985 trotz eines Bevölkerungsrückgangs von 38000 Bürgern in Duisburg die Zahl der in Krankenhäusern behandelten Menschen um 1254 zugenommen hatte.

Dieses scheinbar paradoxe Ergebnis versucht man von seiten der Bettenabbauer gar nicht zu erklären. Dabei gibt es Gründe genug, die zu einer Zunahme der Krankenhausbehandlung füh-

ren. Die Altersstruktur Duisburgs verschiebt sich. Die Zahl der über 65jährigen nimmt relativ und absolut zu. Dieser Bevölkerungskreis muß häufiger und länger als andere Krankenhauspflege in Anspruch nehmen. Die Zahl derjenigen, die sozialen Problemgruppen zuzurechnen sind, wächst mit Ausmaß und Dauer der Arbeitslosigkeit. In dieser Gruppe treten Suchtprobleme (Alkohol), psychische Probleme und so weiter vermehrt auf. Duisburg verfügt nicht gerade über eine gesunde Umwelt. Gesundheitsbelastende Arbeitsplätze gibt es in hoher Zahl. Daher treten chronische Atemwegserkrankungen, Allergien, bestimmte Krebsarten hier in besonders hohem Maß auf. Vor diesem Hintergrund ist die Hypothese nicht unbegründet, daß aus Duisburg junge, mobile, gesündere und besser verdienende Leute abwandern, während Risikogruppen für die Gesundheitsversorgung zurückbleiben.

Von daher ist weder begründbar, noch sozialpolitisch vertretbar, auch nur ein einziges Krankenhausbett in Duisburg abzubauen.

Auf Unverständnis stoßen die Sparpläne nicht nur bei den Beschäftigten der Krankenhäuser. Bisher haben sich zwei Stadtteilerinitiativen gegen den Bettenabbau gebildet; eine stadtweite Unterschriftensammlung wird von der ÖTV koordiniert. In Meiderich unterstützen 26000 Bürger, nahezu die gesamte erwachsene Bevölkerung des Stadtteils, mit ihrer Unterschrift die Bürgerinitiative gegen den Bettenabbau. Sie haben nicht zuletzt wegen der vorgeschenen Art der Umsetzung der Sparpläne protestiert. Ganze Krankenhäuser sollten geschlossen – so in Meiderich – oder in Altenheime umge-

wandelt werden. Damit würde eine solide, bürgernahe Grund- und Akutversorgung im Stadtteil aufgegeben werden, mit spürbaren Konsequenzen für die Bevölkerung. Weite Wege ins Krankenhaus können für Patienten lebensgefährlich sein und sind gerade für ältere Menschen als Besucher zeitaufwendig, beschwerlich und teuer.

Bisheriger Höhepunkt der Protestaktionen war eine Kundgebung der ÖTV und der Bürgerinitiativen vor dem Duisburger Rathaus, an der ungefähr 1000 Menschen, darunter viele ältere Mitbürger, teilnahmen.

Dem geschlossenen Widerstand ist es zu verdanken, daß die Kürzungspläne mittlerweile modifiziert worden sind. Am Tag nach der Kundgebung wurde vom lokalen Sparkoordinator bekanntgegeben, daß 550 bis 600 Betten in fünf Jahren geschlossen werden sollen, von der Schließung ganzer Krankenhäuser war nicht mehr die Rede. Dieses Ergebnis ist sicher ein Teilerfolg. Die Betroffenen wollen aber weiter dafür kämpfen, daß kein Krankenhausbett in Duisburg abgebaut oder umgewandelt wird, solange nicht auf Grundlage qualitativer Daten eine gesundheitspolitisch verantwortbare Umstrukturierung der Gesundheitsversorgung in Duisburg – zum Beispiel durch eine Neuorganisation von stationärer und ambulanter Gesundheitsversorgung – unter Beteiligung aller Beteiligten und Betroffenengruppen entwickelt worden ist.

Thomas Wettig

Reise wider das Vergessen

Wenn in wenigen Tagen, am 1. September, der Wiederkehr des ersten Tages des 2. Weltkrieges gedacht werden wird, werden nur wenige wissen, daß dies gleichfalls der Beginn der organisierten Tötung kranker Menschen gewesen ist. Gegen dieses Vergessen richtete sich eine Reise, die im Mai 1987 von 27 Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen aus der Bundesrepublik, Krankenschwestern, Psychologen, Sozialarbeitern und Ärzten nach Polen gemacht wurde. Eine Chronik von Friedrich Leidinger

Vorgeschichte

Im September 1979 veröffentlicht die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) ihre Denkschrift zum 40. Jahrestag des Hitlerschen Euthanasie-Erlasses, der den Weg für den hunderttausendfachen Krankenmord freigegeben hat. Diese Denkschrift steht am Anfang der wiederaufgelebten Bemühungen um Aufklärung der Vergangenheit der Medizin in Deutschland, speziell der Ereignisse in psychiatrischen Einrichtungen. An vielen Stellen der Bundesrepublik wurden in der Folgezeit von Mitarbeitern psychiatrischer Krankenhäuser die Geschichte der eigenen Institution erforscht. Dabei wurden wichtige Einzelheiten über die Verlegungs- und Vergasungsaktionen bis zum August 1942 in Erinnerung gerufen; dieser nach der Adresse ihrer Zentrale in Berlin, Tiergartenstraße 4, mit dem Tarnnamen „Aktion T 4“ benann-

ten Mordaktion fielen 70 000 Kranke zum Opfer. Bei den Forschungen stieß man bald darauf, daß auch nach dem sogenannten „Euthanasie-Stop“ vom 28. August 1942 Tausende aus psychiatrischen Anstalten West- und Norddeutschlands in die deutschen Ostgebiete sowie in das besetzte Polen verlegt worden sind. Über die Schicksale dieser Menschen gibt es bis heute nur wenig sichere Angaben.

Im April 1985 fand in Kraków ein internationales Symposium unter dem Thema „Krieg, Okkupation und Medizin“ statt, an dem auch einige Gäste aus der Bundesrepublik teilnehmen konnten. Am Rande dieser Veranstaltung entstand die Idee zu einer Reise auf den Spuren der verlegten Patienten in Anstalten, in denen deutsche und polnische Patienten getötet wurden.

1. Mai 1987

Die Reise führt zunächst in das westpolnische Städtchen Międzyrzecz, das bis 1945 zu Deutschland gehörte. In der Anstalt Meseritz/Obrwalde kamen in den letzten beiden Kriegsjahren weit über 10 000 Menschen gewaltsam ums Leben: totgespritzt, erschossen, verhungert, erschlagen. Eine Kommission der Roten Armee untersucht als erste

das Morden in diesem deutschen Krankenhaus; der polnische Rechtsmediziner Prof. Józef Radzicki setzte die Untersuchungen in jahrelanger mühsamer Arbeit fort und veröffentlichte ihre Ergebnisse 1975 in einem Buch. Eine deutsche Ausgabe dieses Berichts läßt auf sich warten.

Die Gruppe wird vom Anstaltsdirektor Dr. Jarmużek in das Sozialzentrum mit seinem Gedenkraum geführt, vorbei an dem ehemaligen „Spritzenzimmer“ und am Leichenhaus zum Friedhof hinter dem Gelände, wo an dem zum Gedenken hergerichteten Massengrab Blumen niedergelegt und Kerzen angezündet werden. Diese Geste wird sich an den folgenden Tagen mehrmals wiederholen.

2. Mai 1987

Poznań/Posen, die nächste Etappe der Reise, die alte polnische Königsstadt, war das Verwaltungszentrum des während des Krieges als „Warthegau“ annektierten Zentralpolen. Von hier aus wurde die Vernichtung aller Artfremden, Polen und Juden, organisiert; die ersten Opfer: die Patienten der Anstalten Kościan, Dziekanka, Warta und viele andere mehr.



Foto: E. Kleinlütz

Im Flur des Tötungsgebäudes
der Anstalt Warta

Im Hörsaal des Anatomischen Instituts der Medizinischen Akademie berichtet der pensionierte Staatsanwalt Marian Kaczmarek von seinen Ermittlungen über die Krankenmorde. Bereits in den ersten Kriegstagen wurden die Patienten von Einsatzgruppen der Sicherheitspolizei aus den Anstalten geholt und zu Tausenden in nahegelegenen Wäldern gegen eine Kopfprämie erschossen. Da dieses Verfahren zu langwierig und zu teuer war und die Gruppenleiter über die physische Erschöpfung ihrer Männer klagten, sann man auf eine Rationalisierung des Verfahrens. Nach einer Probevergaskung vom Oktober 1939 kam es dann zum Einsatz entsprechend ausgerüsteter Lastwagen, deren Abgase ins Innere geleitet wurden. Diese Untersuchungsergebnisse wurden mit den Namen der Verantwortlichen in den fünfziger und sechziger Jahren den Behörden in der Bundesrepublik mitgeteilt. Eine Reaktion darauf erfolgte nicht.

An der Reichsuniversität Posen lehrte der Anatom Hermann Voß an Leichen, für die er der Gestapo Dankschreiben schickte. Die Körper ermordeter Polen lieferten die Zeichenvorlage für sein bekanntes anatomisches Lehrbuch. Hier untersuchte der Psychologe Rudolf Hippus die Befindlichkeit deutscher Siedler aus Wolhynien, die auf den Höfen vertriebener Polen angesiedelt wurden. Hier sorgte sich der Jugendamtsleiter Muthesius um die Wohlfahrt polnischer Minderjähriger, deren Eltern ermordet worden waren, indem er sie ohne Umwege in ein KZ einweisen ließ. Das jüngste dieser Kinder war bei seiner Einweisung gerade zwei Jahre und drei Monate alt. Der Junge überlebte und begrüßt bewegt die Psychiater aus Westdeutschland.

Der pensionierte Professor für Gerichtsmedizin, Edmund Chróscielewski, selber Häftling in Auschwitz, berichtet ausführlich von den Greueln, die die Germanisierung des unterworfenen Polen begleiteten. Seit Kriegsende hat er an der Öffnung sämtlicher Massengräber im Gebiet um Poznań teilgenommen.

3. Mai 1987

In Begleitung von Professor Chróscielewski fährt die Gruppe nach Gniezno, in das Psychiatrische Krankenhaus Dziekanka. Von hier, aus dem „Tiegenhof“, gingen Tausende von Todesmeldungen nach ganz Deutschland. Die Gräber wurden nie gefunden.

4. Mai 1987

Die Fahrt geht nach Warta, einem kleinen Ort, 50 km westlich von Łódź.

Die 78jährige Dr. Eugenia Kaleniewicz hat im dortigen Krankenhaus von 1936 bis 1976 ohne Unterbrechung gearbeitet. Sie berichtet, wie nach dem

Einmarsch der deutschen Truppen der deutsche Psychiater Hans Renfranz zum Anstaltsleiter eingesetzt wurde. Unter seiner Leitung wurden vom 31. März bis 2. April 1940 499 Patienten des Krankenhauses in Gaswagen umgebracht und in einem nahegelegenen Wald vergraben. In den folgenden Jahren kamen weit über 6000 Patienten aus dem „Altreich“ nach Warta, wovon die meisten nach kurzer Zeit an Hunger und Auszehrung starben. Schweigend fährt die Gruppe mit dem Bus jene Strecke, auf der die Patienten mit den Gaswagen in den Wald gefahren wurden.

5. bis 8. Mai 1987

Die Gruppe hält sich in Kraków auf. Viele von ihnen sind zu Gast in den Familien ehemaliger Auschwitzhäftlinge. Die Beziehungen entwickeln sich rasch und werden intensiv; Freundschaften werden geschlossen. Drei Tage lang Diskussionen und Gespräche mit polnischen Kollegen: über Probleme der psychiatrischen Versorgung in Polen und in der Bundesrepublik Deutschland, Fragen der Entwicklung psychiatrischer Theorie und Praxis in beiden Ländern und vor allem die Auseinandersetzung mit der NS-Vergangenheit.

Kraków ist eines der Zentren der wissenschaftlichen Erforschung der nationalsozialistischen Medizin in Polen. Hierfür stehen vor allem die Namen des auch außerhalb Polens berühmten Medizin-Ethikers und emeritierten Chirurgen Prof. Józef Bogusz und des legendären, 1976 frühverstorbenen Psychiaters Prof. Antony Kepiński. Die Ergebnisse der wichtigsten Forschungsarbeiten über medizinische und psychosoziale Probleme der NS-Opfer erscheinen seit 1965 jährlich in einem Sonderband „Oświęcim“ (Auschwitz) des Krakauer Ärzteblatts. Eine Auswahl dieser Arbeiten soll im Oktober 1987 endlich auch in deutscher Sprache erscheinen.

Die Gäste berichten auf einer deutsch-polnischen psychiatrischen Fachtagung über die Aufarbeitung der NS-Psychiatrie in der Bundesrepublik, dem Frankfurter Euthanasie-Prozeß und die wiederaufgeflamnte Diskussion um die Entschädigung der ausgegrenzten Opfer des Nationalsozialismus, der psychisch Kranken, Sinti und Roma, Homosexuellen, Kommunisten, Zwangsarbeiter. In den Diskussionen berichten die polnischen Kollegen über die Situation der Überlebenden der Verfolgung, die Bemühungen um medizinische und soziale Fürsorge sowie die für die Erforschung der Folgen des Nationalsozialismus wichtigen Fragen.

8. Mai 1987

Der Jahrestag der Befreiung Europas vom Nationalsozialismus.

Die Reisegruppe besucht die bei Kraków gelegene psychiatrische Anstalt Kobierzyn. Janina Sroka, eine 76 Jahre alte Krankenschwester, die seit über 50 Jahren dort ihren aktiven Dienst versieht, berichtet über ihre Kriegserlebnisse. Sie war zugegen, wie im Sommer 1942 sämtliche Patienten dieses psychiatrischen Krankenhauses auf Weisung der SS nach Auschwitz deportiert wurden, um Lazarettraum bereit zu stellen. Diejenigen, die nicht transportfähig waren, wurden an Ort und Stelle erschossen. Frau Sroka erzählt von ihrer Sorge um die Patienten, ihrer Trauer um eine junge Frau, die ihr besonders ans Herz gewachsen war, vom Hunger, von der Angst, vom alltäglichen Faschismus.

9. Mai 1987

Die Gruppe hat die Rückfahrt angetreten: Begleitet von Tadeusz Zaleski, einem sportlich wirkenden Pensionär, besuchen sie das ehemalige Konzentrationslager Auschwitz/Birkenau. Zaleski kennt sich gut aus: Auf seinem Arm ist die Häftlingsnummer 45 eintätowiert. Beim Gang durch den Block 11, den berüchtigten Straf- und Todesblock, zeigt er plötzlich auf eine langgestreckte Holzbank: „Da ist ja meine Bank!“ meint er lächelnd und erzählt mit seiner ruhigen Stimme, wie er hier gelegen hat, um 20 Stockhiebe zu erhalten.

Nachtrag

Über 40 Jahre nach Kriegsende haben Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen aus der Bundesrepublik sich auf den Weg gemacht, den Spuren der ermordeten Patienten aus den Einrichtungen, in denen sie heute arbeiten, zu folgen. Die Reise in die Vergangenheit führte nach Polen. Aber es war nicht nur eine Reise wider das Vergessen.

Denn diese Reise, die in den polnischen Massenmedien – anders als in der Bundesrepublik – ein breites Echo gefunden hat, markiert sicher einen Wendepunkt in den Beziehungen zwischen den psychiatrisch Tätigen in Polen und der Bundesrepublik Deutschland. Schon jetzt ist absehbar, daß es auf allen Ebenen – Landeskrankenhäuser, Institutionen, Hochschulen und Verbände – in Zukunft intensivere Kontakte und Austausch geben wird. Dies ist um so wertvoller, als die zwischenstaatlichen Beziehungen 17 Jahre nach dem Warschauer Vertrag wegen der Politik der Offenhaltung der „Deutschen Frage“ und der darin enthaltenen Nichtanerkennung der polnischen Grenze weit von einem Zustand der Normalität entfernt sind.

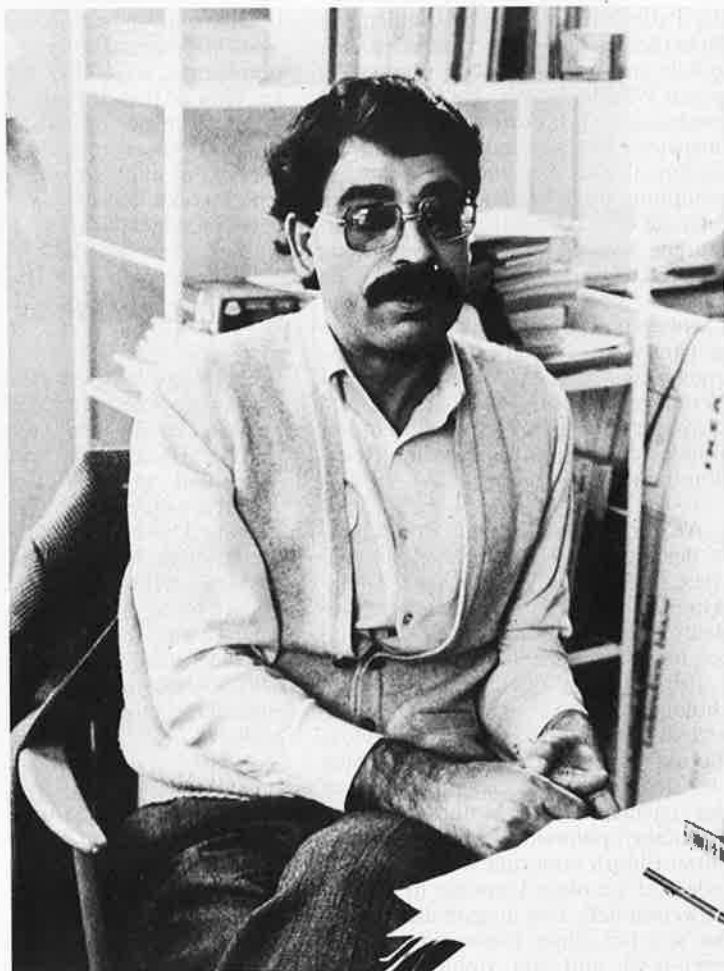
Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie o. V. und die Deutsch-Polnische Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland o. V. beabsichtigen, über diese Reise eine umfangreiche Dokumentation zu erstellen, die voraussichtlich 1988 erscheinen wird.

Dr. Friedrich Leidinger ist Psychiater in Gütersloh und Vorstandsmitglied der Deutsch-Polnischen Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland e. V., die diese Reise organisiert hat.

„Aber wir kommen vorwärts“

**dg-Gespräch mit
M. Jadallah**

Die Union für Gesundheitsfürsorge ist ein Zusammenschluß von Krankenschwestern, Krankenpflegern und Ärzten, die auf freiwilliger Basis und unentgeltlich Rudimente einer Gesundheitsversorgung der Palästinenser in der Westbank und im Gaza-Streifen aufrechterhalten. Über ihre Arbeit sprach dg mit M. Jadallah, Arzt und Generalsekretär der Union.



dg: Wie sieht Ihre Arbeit als Generalsekretär der Union für Gesundheitsfürsorge aus?

Jadallah: Ich nehme an den Aktivitäten der Union auf allen Ebenen teil: Das heißt, ich arbeite als Arzt, gehe mit in die Flüchtlingscamps und aufs Land, um Patienten zu untersuchen und zu behandeln. Gleichzeitig muß ich natürlich an der Planungsarbeit der Union teilnehmen, wir müssen ja überlegen, wie wir die Bevölkerung einigermaßen flächendeckend erreichen.

dg: Geht das denn überhaupt mit einer Freiwilligenorganisation?

Jadallah: Eigentlich nicht, denn es fehlt praktisch an allem: Zur Zeit fehlt es zum Beispiel einfach an Gebäuden, an Kliniken, selbst in den dichter besiedelten Regionen und in den Städten, in den Flüchtlingscamps. Deshalb bilden wir Gruppen medizinisch ausgebildeten Personals, die die Menschen aufsuchen. Dabei geht es nicht allein um deren Behandlung, ein Schwerpunkt liegt eher darauf, mit ihnen über soziale Dinge oder zum Beispiel über die Ernährung zu sprechen. Solch eine Be-

ratung ist dringend notwendig, da sich die Menschen im wesentlichen von Konserven und tiefgefrorenen Produkten ernähren. Frischprodukte werden exportiert und sind in den besetzten Gebieten kaum, und wenn, dann zu horrenden Preisen zu kaufen. Die Menschen sind arm, und deshalb kaufen sie das Billigste, was sie bekommen können.

Wir diskutieren in den Camps oder in den Dörfern darüber, wie die örtlichen gesundheitlichen Probleme gelöst werden können, wir betreiben also vor Ort Planungsarbeit. Wir versorgen die Menschen aber auch mit Medikamenten. Aufgrund unserer Erfahrungen wissen wir in der Regel, was etwa in einem bestimmten Dorf gebraucht wird. Meistens geben wir die Medikamente kostenlos ab. Diejenigen, die es sich leisten können, geben einen symbolischen Betrag, der etwa einer deutschen Mark entspricht, an uns ab.

dg: Wie finanzieren Sie denn die ganze Arbeit, die Medikamente?

Jadallah: Unsere Arbeit wird von keiner Organisation getragen, wir sind im Grunde auf unsere eigenen Beiträge

angewiesen. Aber es gibt auch Unterstützer unserer Union, Einzelpersonen, die unsere Arbeit für wichtig halten, die uns mit Spenden unter die Arme greifen. Das macht allerdings nur einen kleinen Teil aus.

dg: Sind Sie in irgendeiner Weise der PLO assoziiert?

Jadallah: Nein, wir sind, wie gesagt, eine eigenständige Freiwilligenorganisation. Es ginge aber allein schon deshalb nicht, weil alles, was direkt mit der PLO zu tun hat, von den Israelis verboten wird. Wir könnten dann unsere Arbeit gar nicht machen. Es kann nicht unser Interesse sein, Dauergäste auf den Polizeistationen zu werden oder ins Gefängnis zu gehen.

dg: Wie stehen denn die israelischen Besatzer Ihrer Arbeit gegenüber? Gibt es Versuche, sie zu behindern?

Jadallah: Sicher, sie tun es in vieler Hinsicht. Zum Beispiel brauchen wir die Mitarbeit der Ärzte. Die meisten von ihnen haben eine offizielle Anstellung in den staatlichen Kliniken, die von den Israelis geleitet werden. Von

Militärs wohlgekerkt. Und sie verbieten den Ärzten, die dort angestellt sind, an unserer Arbeit teilzunehmen. In Jabalia, einem Lager, in dem 60.000 Menschen leben, haben sie zum Beispiel bei einer unserer Kampagnen zwei Ärzte festgenommen und die Gesundheitsstationen für zwei Monate geschlossen.

dg: Wenn die Besatzungsmacht Israel selbst nichts für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung tut, müßte sie dann nicht ein Interesse daran haben, daß Krankenschwestern, Zahnärzte und Ärzte es auf freiwilliger Basis tun?

Jadallah: Nun, in den 20 Jahren Besatzung der Westbank und des Gaza-Streifens hat es eine kontinuierliche Politik der Israelis gegeben. Die gesamten wirtschaftlichen Strukturen in den besetzten Gebieten sind von den Israelis übernommen worden. Viele unserer Leute arbeiten notwendigerweise für die Israelis – als Tagelöhner. Sie müssen sich vorstellen, das durchschnittliche Monatseinkommen in der Westbank beträgt 50 Dollars – und das bei sehr hohen Lebenshaltungskosten. In einem privaten Krankenhaus bezahlen Sie pro Nacht 180 Dollars. Die staatlichen Krankenhäuser wiederum wurden eins nach dem anderen geschlossen. In Jerusalem haben sie das einzige staatliche Hospital geschlossen. Außerdem eine Kinderklinik und das zentrale medizinische Labor. In Ramallah, um ein anderes Beispiel zu nennen, gab es vor zwanzig Jahren drei Krankenhäuser mit 209 Betten. Jetzt gibt es dort nur noch eine Klinik mit 104 Betten. Die wenigen privaten Kliniken, die wir in der Westbank haben, dürfen keine neuen Geräte importieren, sie dürfen keine Neubauten vornehmen. Gleichzeitig nimmt die Bevölkerung zu. Wir haben ein Bevölkerungswachstum von 2,8 Prozent – trotz der Emigration. Die Israelis zerstören systematisch jede Art von Infrastruktur, nicht nur auf dem medizinischen Gebiet. Sie versuchen, so sehen wir es, die besetzten Gebiete zu evakuieren.

dg: Wenn es schon in den Städten so schlimm aussieht, was machen denn dann erst die Menschen auf dem Land, wenn sie krank werden?

Jadallah: 248 von 489 Dörfern haben überhaupt keine gesundheitliche Versorgung, wie unsere Untersuchungen ergeben haben. Es sind Orte, in denen zwischen 3000 und 10.000 Menschen leben. Wenn sie ernsthaft krank sind, müssen sie in die Städte gehen, wo sie das medizinische Angebot nicht bezahlen können. Allein die Schwierigkeit, dorthin zu kommen, reicht aber schon aus, um sie davon abzuhalten. Es gibt einen enormen Mangel an Transportmöglichkeiten. Die Folgen dieser Politik sind katastrophal. Ein Beispiel: Das statistische Jahrbuch von Israel gibt 30 bis 40 Kinder pro Tausend als Zahl für die Kindersterblichkeit in der West-

bank an, nach ihren Angaben liegt die Zahl im Gaza-Streifen doppelt so hoch. Das ist die offizielle Zahl. Nach unseren Zahlen liegt sie in der Westbank bei 84 pro Tausend, im Gaza-Streifen etwa bei 100 pro Tausend. Damit ist die Kindersterblichkeit viermal höher als der Durchschnitt für die ganze Welt.

dg: Wenn Sie langfristig eine Entvölkerung der besetzten Gebiete verhindern wollen, sei es durch Abwanderung oder dadurch, daß die Menschen sterben, dann brauchen Sie eine Infrastruktur. Wenn Sie versuchen, eine solche aufzubauen, wird das, wie Sie geschildert haben, von den Israelis behindert oder gar unmöglich gemacht. Wie wollen Sie langfristig vorgehen?



Jadallah: Wir wissen, daß wir vor einer ungeheuer schwierigen Aufgabe stehen. Wir arbeiten in drei Richtungen: Zunächst versuchen wir, mehr Freiwillige unter dem medizinischen Fachpersonal zu gewinnen, was uns auch gelingt. Es kommt jeden Tag jemand Neues zu uns. In der Union arbeiten 150 Personen, das ist die Gruppe, die permanent für uns tätig ist. Dazu kommen noch einmal etwa 100 Personen, die in regelmäßigen Abständen an unserer Arbeit teilnehmen. Daneben richten wir uns aber auch an die Menschen selbst, wir diskutieren mit ihnen darüber, ob unsere Arbeit sinnvoll ist und wie sie verbessert werden kann. Nach unserem Eindruck ist die Akzeptanz sehr hoch. Wir schließen das daraus, daß auch die Bürgermeister der Orte, in die wir gehen, und wichtige Familienoberhäupter zu uns kommen, sich für unsere Arbeit bedanken und mit uns besprechen, wie sie verbessert werden kann. Unser Ziel ist, daß die Patienten selbst die Informationen darüber, wie Krankheiten vermieden wer-

den können, weiterverbreiten. Deshalb machen wir auch Kurse über Schwangerschaft, über Ernährung, über Infektionskrankheiten und so weiter. Was wir machen, ist primary health care.

dg: Führt die Weltgesundheitsorganisation Programme in der Westbank oder dem Gaza-Streifen durch?

Jadallah: Wir sehen viele Delegationen, und wir diskutieren oft mit Delegationen. Sie sehen, wie die Situation in unserem Land ist. Wir sind natürlich froh, wenn Delegationen kommen, weil sie sehen und nach außen tragen können, mit welchen Schwierigkeiten wir zu kämpfen haben, welche Widerstände wir zu überwinden haben. Wir

haben eine Reihe von Projekten beantragt, bloß bis heute haben wir nichts erhalten. Aber wir kommen vorwärts, jeden Tag einen Zentimeter.

dg: Sehen Sie Möglichkeiten für bundesdeutsches Krankenpflegepersonal und für Ärztinnen und Ärzte, in den besetzten Gebieten zu arbeiten?

Jadallah: Wir appellieren geradezu an die deutschen Krankenschwestern, an die Studenten und Ärzte, daß sie uns besuchen kommen, daß sie uns helfen. Ich bin auch sicher, daß es für sie von Gewinn sein kann, weil sie dort etwas völlig anderes erleben können als hier. Unser Volk ist ein liebenswürdiges Volk, jede Hilfe ist uns willkommen, wenn die Hilfsbereitschaft menschlich ist. Jeder, der daran interessiert ist, uns zu besuchen, kann mir schreiben.

Kontakte:
M. Jadallah, P.O. Box 927, Bethlehem, Westbank,
via Israel, Tel. (00 97 22) 78 66 98



• Zum Kotzen

Pharma-Konzern gewinnt Arbeits- gerichtsprozeß

**Drei Ärzte, die nicht an
Militärforschung teilnehmen
wollten, wurden vom Konzern
Beecham-Wülfig gefeuert.
Das Arbeitsgericht wies ihre
Klage auf Wiedereinstellung ab.**

Drei Wochen nach Eröffnung eines Kündigungsschutzverfahrens, das zwei beim britischen Pharmakonzern Beecham-Wülfig entlassene Humanmediziner angestrengt hatten, verkündete das Arbeitsgericht Neuss am 12. August sein Urteil. Richter Mostardt wies die Klage der 36jährigen Ärztin Dr. Brigitte Ludwig und des 32jährigen Dr. Bernd Richter ab. Der Dritte des Forscherteams, Norbert Naumann, hatte von sich aus gekündigt, weil er sich bei Beginn der betriebsinternen Auseinandersetzung noch in der Probezeit befand und Kündigungsschutz nicht hätte einklagen können.

Schon bei der Eröffnung des Kündigungsschutzprozesses am 22. Juli war allen Beteiligten klar gewesen, daß es sich hier um keinen jener alltäglichen Arbeitskonflikte handeln würde, bei dem ein Richter das Arbeitsrecht mehr oder weniger überzeugend auszulegen hat. Im Mittelpunkt stand und steht eine tiefgehende Auseinandersetzung mit dem als sakrosankt angesehenen Wertesystem der bundesdeutschen Gesellschaft, das ethischen und humanen Ansprüchen auf vielen Gebieten des modernen Lebens nicht mehr standhält.

Zur Sache: Die Neusser Filiale des britischen Beecham-Wülfig Pharmakonzerns hatte Anfang Mai das hochqualifizierte ärztliche Forscherteam gefeuert. Grund: Es hatte sich geweigert, an der Erprobung eines Antiemetikums (BRL 43 694) mitzuwirken, das vordergründig bei Cytostatikapatienten zum Einsatz kommen sollte. Hauptforschungsziel war es aber, ein Antimetikum zu erproben, das verstrahlten Soldaten im Nuklearkrieg eine längere Überlebens- bzw. Einsatzfähigkeit ermöglicht.

In einer nur dem Gericht zur Einsicht vorliegenden streng vertraulichen „Studie der Research Division von

Foto: dpa

Beecham Pharmaceuticals“ liest sich das so: „Falls sich die Strahlenkrankheit als mögliche Folge eines Nuklearkrieges als behandelbar oder verhütbar erweist, würde das Marktpotential für eine solche Substanz signifikant erhöht“. An anderer Stelle des Konferenzprotokolls referiert ein führender Beecham-Arzt, daß „Nato-Soldaten im Falle einer nuklearen Verstrahlung sich gegen Erbrechen selbst injizieren könnten.“ Und immer wieder ist von einem „großen Markt“ die Rede.

Bis dahin hatten die deutschen Humanmediziner angenommen, an der Entwicklung eines Präparates beteiligt zu sein, das bei der Krebsbehandlung gefürchtete Nebenwirkungen herabsetzen soll. Dafür wollten sie ihre Fähigkeiten einsetzen.

Nach solcher Präzisierung erkannten sie die ganze Intention, die ihrem Forschungsauftrag zugrunde gelegt war. Sie sahen sich im Gewissenskonflikt, an der Entwicklung einer Substanz zu arbeiten, die einerseits Krebskranken Erleichterung verheißt, andererseits im weißen Kittel einer für den Konzern profitablen fata morgana nachzujagen, verstrahlten Soldaten eine wenn auch nur kleine Chance des Überlebens im Atomkrieg vorzugaukeln.

Arbeitsrichter Mostardt war von Anfang an überfordert. Als der Rechtsvertreter des „Arbeitgeberverbands der Chemischen Industrie“ unzweideutig erklärte, den Ärzten sei wegen fehlenden Vertrauens gekündigt und darum auch keine andere Arbeit zugewiesen worden, war für ihn der Fall klar: Arbeitsrecht hin, Arbeitsrecht her, Beecham-Wülffing will mit den skrupelhaften Forschern nichts mehr zu tun haben. Sie stören den Fortgang der Geschäfte. Da Richter Mostardt sich den Willen, aber nicht auch gleich die Argumentation des Konzerns zu eigen machen konnte, benötigte er einige Wochen Zeit, um die Begründung seines Urteils zu formulieren. Und die liest sich denn unter anderem so:

1. Ein Leistungsverweigerungsrecht hätten die klagenden Ärzte dann, „wenn die Arbeitsanweisungen u. a. gegen Gesetz oder gegen die guten Sitten verstoßen hätten. Ein Verstoß dagegen (§ 138 Abs. 1 BGB) liegt nicht vor... Die subjektiven Moralanschauungen des Einzelnen sind hier nicht maßgebend. Die Vorschrift schützt ein für alle Billig- und Gerechtdenkenden ethisches Minimum, nicht dagegen das in eine bestimmte Richtung besonders stark ausgeprägte Gewissen Einzelner. Die Entwicklung einer Substanz, die auch im Kriegsfall Anwendung findet, kann kein Verstoß gegen das Anstandsgefühl aller Billig- und Gerechtdenkenden geschehen werden.“

Und weiter heißt es in bemerkenswertem Deutsch: „2. Es kann dahinstehen, ob die Entscheidung des Klägers (der Ärzte) eine Gewissensentschei-

dung war oder, ob sie nicht ausschließlich verstandesmäßig, politischer oder Weltanschaulichem entsprochen hat.“

Was das „Anstandsgefühl aller Billig- und Gerechtdenkenden“ betrifft, spricht ein solcher Tenor für sich selbst. Was die Gewissensentscheidung der Ärzte angeht, entziehen sich diese jeder ideologischen Verdächtigung. So rätselhaft nämlich können die Motive der prinzipiell arbeitswilligen Forscher gar nicht sein, daß sie einem aufmerksamen Arbeitsrichter hätten entgehen können.

Der in der pharmazeutischen Industrie forschende Arzt, das ist unbestritten, kann sich nicht nur als ein Angestellter seiner Firma ohne besondere Verantwortung verstehen. Er hat sich an den in der Berufsordnung für Ärzte und dem Genfer Arztgelehnis vorgegebenen Rahmen für ärztliche Tätigkeiten zu halten. Darüber hinaus gelten für ihn die Grundsätze des Nürnberger Kodex, die Deklarationen des Weltärztebundes von Helsinki, Tokio und Venedig sowie das bundesdeutsche Arzneimittelgesetz und alle neueren Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in der strengsten Auslegung zum Wohle des Probanden und Patienten.

Den Ärzten ist natürlich geläufig, das jedes am Markt erhältliche Präparat über seinen zivilen Anwendungsbereich hinaus für militärische Zwecke genutzt werden kann. Ein Medikament kann beispielsweise zur therapeutischen Intervention bei Verletzten, also etwa einem blutenden Soldaten, benutzt werden wie auch zur Stützung, Wiederherstellung und Stärkung von Funktionen, die die Ausübung soldatischer Tätigkeit erleichtern, zum Beispiel die Senkung der Herzfrequenz bei einem aufgeregten Bomberpiloten durch Betablocker. Dies für sich wäre schon ein diskussionswürdiges ethisches Problem. Im Blick auf eine analoge Verwendung der Substanz BRL 43 694 in einem Atomkrieg wird dieser jedem Medikament innewohnende Widerspruch dramatisch.

Eine nur oberflächliche Beschwörung moralisch-ethischer Verpflichtung des Humanmediziners, einem an Krankheiten und Schmerzen leidenden Individuum zu helfen, wird in Verbindung mit BRL 43 694 auf eine bewußt simplifizierte Situation reduziert. Es wird der falsche Eindruck hervorgerufen, als ob nach dem Atomschlag eine medizinische Versorgung möglich sei. Darüber hinaus fördert das zu erforschende Medikament zusätzlich psychologisch die Bereitschaft, die Folgen des Atomkrieges für gering und letztlich beherrschbar zu halten. Die der offiziellen Abschreckungsdoktrin zugeschriebene Hemmschwelle wird herabgesetzt, wenn militärische und politische Instanzen zu der Überzeugung kommen, es gäbe ein Mittel, das dem Verstrahlten die Hoffnung bietet, sich von einer tödlichen Dosis radioaktiver Verseuchung zu erholen.

Nicht die medizinische Behandlung eines im Kriege verletzten Soldaten steht zur Debatte, sondern die Entwicklung einer Substanz, deren Anwendung im Nuklearkrieg nur nach außen hin sinnvoll erschiene, in Wirklichkeit dem tödlich verletzten Soldaten aber nicht hilft, sondern ihm höchstens für eine kurz bemessene Lebensfrist kampffähig halten könnte. Die einzig sinnvolle Reaktion würde im Aufsuchen einer auf die Therapie von Strahlenkrankheiten spezialisierten Klinik bestehen. Die vom Konzern vorgesehene Selbstapplikation des Medikaments ohne ärztlichen Rat und Kontrolle schließt aber selbst diese minimale Möglichkeit aus.

Die Kenntnis, die ein Arzt heute über die Folgen eines nuklearen Krieges besitzt, verpflichtet ihn, sich für seine Verhütung einzusetzen. Diese Aufgabe wird zu einem förmlichen Bestandteil seines Berufs. Wenn Planungen auf der Basis falscher Hypothesen hinsichtlich der medizinischen Aspekte entworfen werden, wird es seine Pflicht, sich selbst und der Öffentlichkeit ein reales klinisches Bild von der Lage zu verschaffen.

Eine der wichtigsten Fragen, die der Prozeß aufwirft, ist die nach dem Realwert der Freiheit des Gewissens. Ein Arzt in der Pharmaindustrie kann nicht von vornherein davon ausgehen, daß seine ärztliche Tätigkeit in Zusammenhang mit militärischen Dispositionen steht oder gar die medikamentöse Unterstützung einer Nuklearkriegsvorbereitung Bestandteil seines Arbeitsvertrags wird. Es geht um die Rechte von Ärzten, die die Forschung an einem Medikament ablehnen, dessen Zweckbestimmung sie ethisch nicht verantworten können. Der forschende Arzt in der pharmazeutischen Industrie muß in seinem Entscheidungsprozeß unabhängig von Firmenbelangen sein, wenn es um Kernfragen seines Berufsbilds geht. So sehen es die Ärzte.

In einer der Urteilsverkündung folgende Pressekonferenz erklärte Dr. Bernd Richter: Sein ärztlicher Auftrag sei es, Leben zu erhalten und nicht einen Nuklearkrieg mit vorzubereiten. Die IG-Chemie als Rechtsvertretung der Kollegen erklärte sich solidarisch. Nach eingehender Prüfung des Urteils wird sie in Berufung gehen. Auf der gleichen Pressekonferenz wurde eine Solidaritätserklärung des VdÄÄ verlesen. Die IPPNW wird sich auf ihrer nächsten Tagung mit diesem Prozeß beschäftigen.

Wenn sich nach Auffassung des Neusser Arbeitsgerichts die Ärzte für die Fortsetzung ihrer Arbeit in der Pharmazie nicht mehr auf den hippokratischen Eid berufen können, dann gilt für alle im Gesundheitswesen Beschäftigten die Devise: Bis hierher und nicht weiter.

Monika Gretenkort

Monika Gretenkort ist Ärztin und lebt in Neuss

„... dann sind wir auf einem unguten Wege“

Bayer-Aktionärshauptversammlung 1987



Fast zehntausend Aktionäre trafen sich am 24. Juni 1987 in der Kölner Messehalle 8. Die jährliche Hauptversammlung der Bayer AG schien bei ihnen besonderes Interesse zu wecken. Im vergangenen Jahr waren „nur“ 6800 Aktionäre erschienen – auch das schon eine Rekordzahl für den Chemie-Multi. Einen Umsatzrückgang von rund sechs Milliarden Mark hatte der weltgrößte Pestizidproduzent im vergangenen Geschäftsjahr zu verbuchen. Im Chemiebereich insgesamt ist Bayer nur noch der Dritte in der Welt. Doch Vorstandsvorsitzender Hermann Josef Strenger konnte den Aktionären dennoch die Mitteilung machen, daß dies dem Gewinn nicht geschadet habe.

Einen Gewinn vor Steuern von 1,716 Milliarden Mark weist der Konzernvorstand aus, und in dieser Summe sind die „Pensionsrückstellungen“, „sonstigen Aufwendungen“, und wie die Verstecke für die Profite in den Bilanzen sonst heißen, schon nicht mehr enthalten. Diese Gewinnsumme entspricht etwa dem Dreifachen des Haushalts des Bundesumweltministeriums.

Die hohe Teilnehmerzahl dieser Hauptversammlung war nicht der einzige Rekord: 66 Anträge zu den einzelnen Tagesordnungspunkten hatten 21 Vertreter der „Kritischen Bayer-Aktionäre“ gestellt. Nachdem den Aktionären der Inhalt dieser Anträge vom Bayer-Vorstand vorenthalten worden war – die nach dem Aktiengesetz vorgeschriebene schriftliche Mitteilung an alle Aktionäre war dazu mit nicht einmal zwei Schreibmaschinenseiten zu dürrig –, setzte sich Strenger fast eine Stunde mit den Inhalten dieser Gegenanträge auseinander.

Als blanken Unsinn wollte er die mit exakt recherchierten Fakten gespickten Gegenanträge aufgefaßt wissen. Deshalb sah er sich auch nicht recht in der Lage, die Fakten zur Gefährdung der Menschen in der „Dritten Welt“ durch unsichere Produkte, zu den Störfallgefahren, über die Verletzung der Prinzi-

prien der Aktionärsdemokratie und vieles mehr zu widerlegen.

Die Pastorin Friedel Geisler wurde barsch beschieden: „Sie als Pastorin sollten doch besser wissen, wie man mit der Wahrheit umgeht.“ Friedel Geisler, Kandidatin der „Kritischen“ für den Aufsichtsrat, hatte dem Vorstand die Ausbeutung der Arbeiter in Peru vorgeworfen. In der Presse werde berichtet, so Geisler, daß ein peruanischer Bayer-Arbeiter nur 44 Minuten am Tage für seinen Lohn arbeite, den Rest für die Gewinne von Bayer/Peru. Ein Arbeiter, der durch seine Beschäftigung bei Bayer/Peru arbeitsunfähig geworden sei, solle ohne Rente oder soziale Absicherung entlassen worden sein.

Was der Vorstand von kritischen Stimmen hält, machte er unmißverständlich deutlich: Wir sind der Meinung, „daß wir auf einem un guten Weg sind, wenn die Meinung einer engagierten Umweltschutzgruppe mehr politisches Gewicht hat als der nüchterne Sachverstand von Fachleuten.“

Dieser vielgepriesene nüchterne Sachverstand hat wohl engagierte Nachhilfe nötig. Axel Köhler-Schnura, Sprecher der Bayer-Coordination, wies anhand vieler Einzelbeispiele die Wirksamkeit der „Kritischen Aktionäre“ nach. Als Erfolge können sie unter anderem die Einstellung der Dünnsäureverklappung aus dem Leverkusener Bayer-Werk, die Einstellung der Produktion von Pentachlorphenol und die Preissenkung für das Tropenmedikament Biltricide verbuchen.

Weil die Wirkung so groß sei, stellte Köhler-Schnura fest, versuche der Bayer-Vorstand jetzt, die „Kritischen“ juristisch zum Schweigen zu bringen. Der Bayer-Coordination soll unter Androhung von 500 000 Mark Strafe beziehungsweise sechs Monaten Ordnungshaft verboten werden, ihren Aufruf zu den Aktionen der „Kritischen Bayer-Aktionäre“ zu verbreiten. Offensichtlich, weil nicht nur immer mehr Aktio-

näre die Reden der „Kritischen“ selbst hören wollen, sondern auch, weil die Opposition unter den Aktionären weiter zunimmt. Der Prozeß wird am 30. September um 10 Uhr im Landgericht Köln, Luxemburger Str. 101, Zimmer 222, stattfinden.

Auf dieser Hauptversammlung gab es bis zu 24 000 Gegenstimmen gegen die Vorstandsanträge. Eine Stimmenmehrheit für ihre Anträge konnten die „Kritischen“ allerdings nicht erwarten: Die Vertreter der Großbanken kontrollieren über das Depotstimmrecht die Stimmenmehrheit auf der Hauptversammlung.

Dieter Gremler

Die Gegenanträge der „Kritischen Bayer-Aktionäre“ und sechs Reden der Hauptversammlung 1987 sind gegen Einsendung von 5 Mark zu erhalten bei: Bayer-Coordination, Hofstr. 27 a, 5650 Solingen 11

**Dieter Gremler
ist Mitglied der
Kritischen
Bayer-Aktionäre**



IPPNW-Kongreß in Essen

„... immer neue Aufgaben“

**wp – Die Arbeit für den
IPPNW-Kongreß im
November läuft auf
vollen Touren. Bei der
Vorbereitungsgruppe hat
sich dg umgesehen.**

„Die Pünktlichkeit hat erheblich nachgelassen, seit wir unser eigenes Büro bezogen haben“, schimpft Burkhard Sorge, angehender Internist, als er kurz nach acht Uhr abends seine Unterlagen auspackt. Seit einem Jahr treffen sich in einem mittlerweile von der Stadt zur Verfügung gestellten Büro in Essen-Stoppenberg die Essener IPPNW-Mitglieder jeden Donnerstag, um den nächsten Medizinischen Kongreß vorzubereiten. Vom 6. bis 8. November wird er in der Grugahalle in Essen stattfinden.

Doch wie an jedem Donnerstag verziehen sich die Sorgenfalten von Burkhard's Stirn; bald sitzen rund fünfzehn Frauen und Männer um den runden Tisch. Gut die Hälfte der Anwesenden sind Frauen; seit die heiße Phase der Vorbereitung begonnen hat, ist der Frauenanteil stetig gestiegen. Sie stellen auch einen wachsenden nichtärztlichen Anteil: Ursula Spidlen ist MTA, Rosi Küster Krankengymnastin, Bettina Kollmar Krankenschwester.

Ob die Organisation des Kongresses steht, frage ich Petra Grüner, seit einem halben Jahr hauptamtlich mit der Vorbereitung befaßt. „Natürlich fallen uns bei jedem Treffen neue Aufgaben ein“, erzählt sie, „zum Beispiel müssen wir uns jetzt dringend um Privatquartiere kümmern, die Verpflegung für den gesamten Samstag ist noch zu regeln.“ Und Beate Rasper, Psychiaterin und vor allem für die psychiatrisch-psychologischen Fragestellungen des Kongresses initiativ, ergänzt: „Schon jetzt reichen die Räume in der Grugahalle für die Arbeitsgruppen nicht aus, so daß wir noch ein Gebäude im Grugapark anmieten müssen.“

Mit 1500 bis 2000 Teilnehmern wird von der Vorbereitungsgruppe fest ge-

rechnet. Über die Gewerkschaft will man in die Krankenhäuser kommen, im Studenten- und Ärzterbereich soll verstärkt geworben werden. Dieter Küpper, niedergelassener Gynäkologe, weiß, wie mühsam das sein kann: „Wichtig ist hier die persönliche Ansprache. Wir müssen einfach einzeln die Kollegen ansprechen und zu gewinnen versuchen.“

Daß dies gelingen wird, steht für alle fest. „Wir haben ja auch einiges an Inhalten zu bieten“, meint Reinhard Böke, niedergelassener Internist, und er gibt einen kurzen Überblick über „prominente“ Teilnehmer und das Programm. Immerhin komme nun Rita Süßmuth; auch Karsten Vilmar, Horst Bourmer und Ellis Huber hätten zugesagt. Zu einer Diskussion über Zivilschutz komme der Vorsitzende des Bundestagsinnenausschusses. Auch die beiden internationalen Koprääsidenten, Lown und Kusin, hätten zugesagt.

Angeboten werde ein breites Themenspektrum. Niedrigdosisstrahlung, Zivilschutz und medizinische Ethik würden ebenso diskutiert wie das Kräftegleichgewicht zwischen Ost und West oder die Zusatzprotokolle zu den Genfer Protokollen.

Wesentlich stärker als auf dem letzten Kongreß sollen Fragestellungen der Krankenpflege vertreten sein. Zu einer Podiumsdiskussion hätten bereits der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) und die Gewerkschaft ÖTV zugesagt. Daneben fänden aber auch ruhrgebietspezifische Inhalte Platz im Programm. Ein Vortrag werde die Auswirkungen des letzten Weltkriegs im Revier darstellen, außerdem sei der Besuch eines Friedhofs in Essen geplant, auf dem KZ-Opfer liegen.

Den Einwand, daß zu viele Themen angeschnitten würden, will die Vorbereitungsgruppe nicht gelten lassen. „Wir müssen einfach sehen, daß die Friedensbewegung breiter geworden ist, daß es verschiedene Interessen gibt“, erklärt der Internist Ludwig Schlömann. Aber man wolle noch rechtzeitig politische Schwerpunkte festlegen. So müsse sicher die Frage der Kriegsforschung – angesichts der B-Waffen-Forschung in Hannover und der Entlassungen bei Beecham in Neuss – stärker in den Mittelpunkt gerückt werden. In diesem Zusammenhang werde am Samstagnachmittag erstmals eine Veranstaltung zu den Atomwaffenoptionen Südafrikas stattfinden, auf der auch ein Vertreter der südafrikanischen Ärzteopposition sprechen werde.

„Wir müssen ja alles auch noch mit Vorstand und Beirat der IPPNW abstimmen“, meint schließlich Reinhard Böke. „Das ging in der Vergangenheit nicht ohne Streit ab, aber wir geben auch nicht gleich klein bei.“ □

Foto: Goldblat





pl – Was lange währt, wird endlich gut. Die Unsinnigkeit dieses Sprichwortes zeigt sich nirgends so deutlich wie in den Bemühungen der Opfer des Nationalsozialismus, als solche anerkannt zu werden.

Anhörung zur Wiedergutmachung Kein gutes Ende

Seit zwei Jahren bemühen sich die Grünen und die SPD, diesen Menschen Anerkennung und Verbesserung ihrer materiellen Situation zu verschaffen. Dagegen stehen zwei Jahre Verschleppungstaktik durch die Regierungsparteien, zwei Jahre, in denen viele, um die es geht, gestorben sind.

Klärung sollte die Anhörung des Bundestagsinnenausschusses über die „Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts“ am 24. Juni bringen. Schon im Vorfeld hatte es Auseinandersetzungen über den Umfang des Hearings gegeben. Von den Regierungsparteien genehmigt wurde eine eintägige Anhörung mit je 13 Sachverständigen, die von Regierung und Opposition benannt wurden.

Gleich zu Beginn der Anhörung kam es zum Eklat, als der CDU-Abgeordnete Gerster auf ein Treffen der Verfolgtenverbände am Vortag hinwies. Burkhard Hirsch (FDP) sah darin eine Absprache der Sachverständigen. Demgegenüber begrüßte Prälat Bocklet, Vertreter des Kommissariats der Deutschen Bischofskonferenz, daß die Betroffenen miteinander reden würden.

Beim anschließenden Versuch, die bisherige Wiedergutmachungspraxis zu beurteilen, wurde deutlich, wie groß die Gruppe derjenigen ist, die vom Bundesentschädigungsgesetz ausgeklammert worden waren: Zwangssterilisierte, Euthanasiegeschädigte, Homosexuelle, Wehrdienstverweigerer, „Asoziale“. Aber auch diejenigen, die Anspruch auf Entschädigung hatten gingen oft leer aus, wie Sinti und Roma, denen in einem erst 1963 revidierten Urteil des Bundesgerichtshofes 1956 unterstellt worden war, sie seien nicht aus rassistischen Gründen, sondern wegen ihrer „asozialen Eigenschaften“ als Zigeuner, die auch schon früher Anlaß gegeben hatten, die Angehörigen dieses Volkes besonderen Beschränkungen zu unterwerfen, verfolgt worden. Kommunisten wurden von der Entschädigung ausgeschlossen, wenn sie wegen Verstoßes gegen die freiheitliche demokratische Grundordnung verurteilt worden waren.

Einen nachhaltigen Eindruck hinterließen die Berichte der Opfer. Sie bewirkten, daß es nicht eine der üblichen Anhörungen des Bundestages war. Der aus Ungarn stammende Jehuda Garai beschrieb das Leben in Auschwitz im

Verhältnis zur Entschädigungszahlung: Zwangsarbeit und Deutschmark, Wessersuppe und Deutschmark. Er berichtete über die Spätfolgen: Seit ein paar Jahren komme es jede Nacht zurück. Im Traum dränge man ihn, seine Familie zu überfahren. „Ich sehe einen Lastwagen mit Hühnerkäfigen und sehe die jüdischen Hühner auf dem Weg zum Schlachthof.“ Garai hat als ungarischer Jude, der in Israel lebt, keine Entschädigung erhalten.

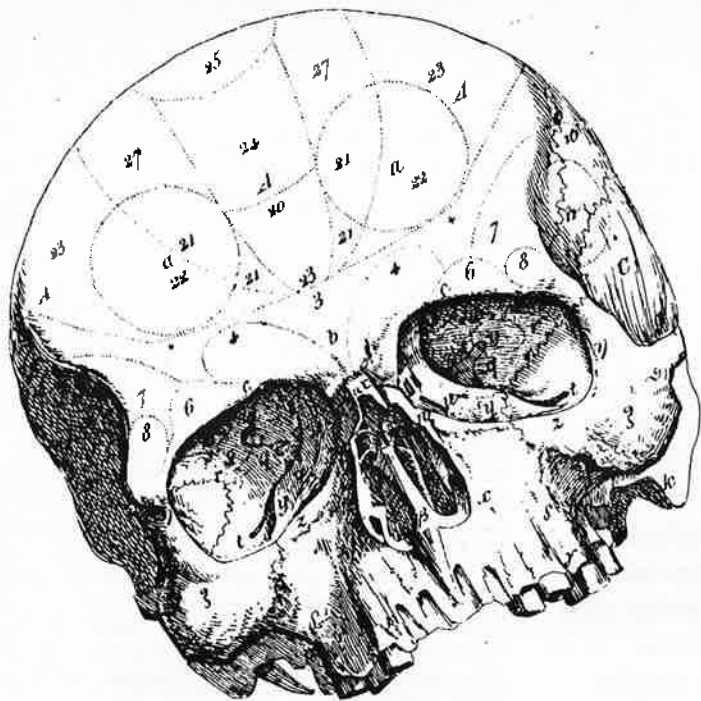
Klara Nowak, die zwangssterilisiert wurde, beschrieb ihre fehlende Lebensperspektive. „Den Makel, der uns angelastet wurde, mußten wir alleine tragen.“ Die Scham ist auch heute nicht überwunden.

Von diesen Schilderungen unbeeindruckt, verteidigte der Marburger Psychiater Erhardt das Sterilisationsgesetz und leugnete dessen Zwangsscharakter. Schließlich sprach er sich gegen eine Entschädigungsleistung aus: „Wer jahrelang als rassistisch Verfolgter im KZ gesessen hat und nur zufällig dem Tod entgangen ist, der dürfte einen nach Eigenart und Ausmaß ganz anderen Schaden erlitten haben als ein geistig schwer Behinderter oder Geisteskranker, der sich seit 50 Jahren in Anstaltsbetreuung befindet und seine Sterilisierung gar nicht realisiert oder längst vergessen hat. Bei dem Behinderten oder Kranken besteht der Schaden in einer Einschränkung seiner persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten durch die Unmöglichkeit Kinder zu bekommen, für die er/sie ohnehin nicht adäquat sorgen könnte, und bei dem man eine Sterilisation nicht erzwingen, aber vielleicht anraten würde.“

Insgesamt gesehen hielten sich allerdings die Sachverständigen der Koalition zurück, und die Abgeordneten konnten sich dem Eindruck des Hearings nicht entziehen: Renate Schmidt (SPD) weinte und vermochte nicht mehr weitere Fragen zu stellen. Gerster erzählte über seine erste Israelreise.

Doch bei den Schlußworten verblaßten diese Eindrücke offenbar. Für die CDU erklärte der Abgeordnete Gerster, wenn die Kritik am Bundesentschädigungsgesetz berechtigt sei, müsse auch eine alternative Lösung gründlich geprüft werden.

Eine schnelle Lösung für die Betroffenen wird es auch nach dem Hearing nicht geben. □



Krankheit als Botschaft

**Jean Carpentier und die
École Dispersé de Santé**

Jean Carpentier ist bei uns durch seine Arbeit im Pariser Vorort Corbeil bekannt geworden, die er in dem Buch „Aufwiegelung zur Gesundheit“ beschrieben hat. Mittlerweile hat er zusammen mit einer Allgemeinärztin und einer Sozialarbeiterin eine gemeinsame Praxis aufgebaut. Die Gruppe um Carpentier sucht dabei den Dialog mit den Patienten auch außerhalb der klassisch-medizinischen Ebene, im Café, bei Straßenfesten. Während sich bei uns mit der Gesundheit beschäftigt wird, versuchen Carpentier und seine Mitarbeiter, Mitarbeiterinnen und Freunde, aus ihrer praktischen Arbeit ein neues Verständnis von „Krankheit“ zu entwickeln. Gemeinsam mit belgischen und italienischen Freunden als „École Dispersé de Santé“ haben sie ein gemeinsames Konzept einer neuen Allgemeinmedizin diskutiert und weiterentwickelt. Der vorliegende Artikel ist eine Zusammenfassung des zentralen Thesepapiers der École Dispersé de Santé; die Übersetzung wurde von Beate Schücking aus Marburg vorgenommen.

Die ökonomischen Schwierigkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung sind in Frankreich seit mehreren Jahren Tagesthema. Häufig genug auch „Nr. 1“ in den Medien, hat diese Publizität des „Risikos des bevorstehenden Zusammenbruchs“ etwas Verdächtiges. Tatsächlich entwickeln sich an diesem bevorstehenden „Zusammenbruch“, dessen Fälligkeit seltsamerweise durch bevorstehende Wahlen mehrmals hinausgeschoben wurde, immer restriktivere und zwanghaftere Maßnahmen, sowohl im individuellen wie auch im kollektiven Bereich.

Während zur Stunde des Wachstums einer „liberalen“ Ideologie dem Verbraucher seine Schuldhaftigkeit vor Augen geführt wird und ihm sehr klar gemacht wird, daß er jedes Interesse hat, sich gut zu führen, tendieren diese Maßnahmen dazu, das Recht auf Krankheit einzuschränken, statt es zu berücksichtigen, weil es dem Recht auf Gesundheit vorausgeht und es bedingt. Sie gehen so zwei miteinander vereinbarte Ziele an: Verstärkung der sozialen Kontrolle und Schwächung der Idee nationaler Solidarität, auf der die gesetzliche Krankenversicherung basiert.

Unsere Stellung als „Heilende“ (Angehörige helfender Berufe) ermächtigt uns zu einem besonderen Eingreifen, und das ist umso wichtiger, weil Druck-

gen, sie nur auf dem Gebiet der Geldverteilung zu lösen.

Es erscheint uns unumgänglich, zukünftig weiter zurückzugehen und uns zuerst nach der Effizienz der Praxis dieses Gesundheitsapparates, der die Auswahl der Gelder bestimmt, zu fragen.

Zwei strategische Linien stehen sich in der Domäne der Gesundheit gegenüber. Diese beiden – wissenschaftlich gesehen – unterschiedlichen Positionen finden ihren Niederschlag nicht nur in allen individuellen oder kollektiven Gesundheitspraktiken, sondern darüber hinaus auch in ökonomischen und praktischen Haltungen und Entscheidungen.

Auf der einen Seite sind diejenigen, die Krankheit als ein eigenes Phänomen sehen, im wesentlichen ohne Bezug auf den Erkrankten und unabhängig von der ihn umgebenden Gemeinschaft. Sie beginnen die Krankheit zu bekämpfen. Die Vertreter dieser Richtung sind an der Macht, sowohl in der akademischen Medizin wie in der ökonomischen Verwaltung (Staat, Krankenkassen jeder Art). Auf der anderen Seite diejenigen, die denken, daß Krankheit etwas zu sagen hat, daß sie einen Sinn hat für das Individuum und somit für die Gemeinschaft, zu der es gehört. Sie beginnen, den Kranken zuzuhören.

**Kampf gegen die Krankheit kann zum
Kampf gegen den Patienten werden.**

mittel unterschiedlicher Art auf die „Heilenden“ ausgeübt werden, damit sie mithelfen, diese Maßnahmen in die Praxis umzusetzen. Die Schwierigkeiten sind real, aber wir entkommen ihnen nicht, wenn wir uns damit begnü-

Die École Dispersé de Santé (EDS) setzt sich für die Verteidigung dieser Position ein, die des individuellen und häufig kollektiven „Sinnes“. Bei aller Praxis geht es hier darum, ein theoretisches Modell der Bezugnahme, die der

Gesamtheit objektiver und subjektiver Faktoren Rechnung trägt, in den Vordergrund zu stellen.

Ganz eindeutig wird die Debatte auf dem Feld der Wissenschaft ausgefochten. Ist die Medizin eine Wissenschaft? Man kann „nein“ sagen, zumindest soweit die wissenschaftliche Methode nicht exakt auf die medizinische Praxis paßt: In ihrer Konfrontation mit der Wirklichkeit erträgt sie den dieser Methode anhaftenden Reduktionismus nicht.

Aber indem man Wissenschaft und Reduktionismus vermengt, gestaltet man sich, einen Teil der Wirklichkeit zu eliminieren, um nur das Quantifizierbare zu behalten, um die gute Haltung eines Gleichungssystems zu bekräftigen. Für einen Moment finden sich Arzt und Gesetzgeber hierin wieder – aber nicht die Wissenschaft und ihr grenzenloses Ziel. Mit dieser Handlungsweise nimmt die Medizin das Risiko auf sich, sich von der wissenschaftlichen Position zu entfernen.

Tatsächlich stellt ein Zugang zum Patienten, der auf die Forderungen der Wissenschaft eingeht, augenblicklich das „Prinzip“ der Neutralität in Frage; ein solcher Zugang ist ausdrücklich politisch. Daher erklärt sich der Widerstand, der Versuch, die Wissenschaft zum Reduktionismus zu reduzieren,

ein Modell zur Vorherrschaft zu bringen, von dem man sagen kann, daß es „wissenschaftlich“ (oder positivistisch) ist, insofern es nicht mehr der Dialektik zugänglich ist, die der Wissenschaft ihre Dynamik gibt. Dabei ist der Ort des Eingreifens der Medizin oder allgemein der Gesundheitsarbeiter ein Ort ständiger Kritik, sowohl in Bezug auf Individuen wie (häufig) auf Kollektive und auf das kulturelle, ökonomische, soziale System, wie immer es sei.

Die Erfahrung zeigt, daß der einstimmige Kampf gegen die Krankheit zu einem Kampf gegen den Patienten

zu legen. Tatsächlich kann man der folgenden Frage nicht ausweichen: Soweit sie Aussage ist und gleichzeitig zu lösendes Problem, will man die Krankheit zum Schweigen bringen, oder will man ihr zuhören und helfen, daß sie verstanden wird? Es wird klar, daß auf politischem Niveau die Medizin auch ein Instrument ist. In wessen Besitz?

Die EDS gehört denen, die eine Arbeit im Sinn der Krankheit bevorzugen, weil sie so die Forderungen der Wissenschaft und die Evidenz des politischen Aspekts berücksichtigt finden.

Das Recht auf Krankheit bedingt das Recht auf Gesundheit.

werden kann, der nach jemand verlangt, der ihm zuhört. Die Analyse einer Krankheit zeigt, daß sie auch – und an erster Stelle – einen Sinn hat; daß sie eine Aussage hat und zumindest eine Frage darstellt. Innerhalb dieser Vorstellung muß man die wissenschaftliche Methode ansiedeln, die hier ihren Platz als Instrument der Wissenschaft zurückerhält.

Sich auf die Wissenschaft zu beziehen, heißt, den Finger auf die der Poli-

Anders gesagt, sie gehört denjenigen, für die Wissenschaft und Politik in der Praxis untrennbar sind, unabhängig davon wie sie im Gesundheitsbereich arbeiten oder wo. Denjenigen, die sich vor allem verpflichtet fühlen, zu helfen, der Aussage „Krankheit“ zuzuhören und sie verstehen zu lassen – vom Patienten, seiner Umgebung, von den „heilenden“ oder verwaltenden Instanzen, von der Gemeinschaft im allgemeinen Sinn.

Jean Carpentier et al.

**Kontakt-
adresse
der EDS:**
Enicedem,
94 rue de
Charenton,
75012 Paris,
Tel.: (00 33 14)
307 54 74

Anzeige:

AUS DER BEDROHUNG ZUM HANDELN

7. Medizinischer Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges ■ 6.-8. November 87 ■ Grugahalle und Messe Essen.

Vom 6. bis zum 8. November 1987 findet in Essen der 7. Medizinische Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges statt. Er wird veranstaltet von der Sektion Bundesrepublik Deutschland der Internationalen Ärzte für die Verhinderung des Atomkrieges (IPPNW) sowie von den regionalen Friedensinitiativen im Gesundheitswesen.

Vorläufiges Programm:

Freitag, 6. November 19.00 Uhr

- Gemeinsame Eröffnungsveranstaltung
Eröffnung durch die Essener Gruppe
- Grußwort vom Oberbürgermeister der Stadt Essen, Herrn Reuschenbach
- Prof. Dr. Michael Kusin, Prof. Dr. Bernhard Lown: Zur bisherigen und zukünftigen Arbeit der IPPNW
- Prof. Dr. Horst-Eberhard Richter: Was heißt Neues Denken?

Samstag, 7. November ab 9.00 Uhr

- Ruth Cohn: Themenzentrierte Interaktion: Zwischen Resignation und Hoffnung – Wie finde ich den Mut zum Handeln angesichts der nuklearen Bedrohung?

PODIUM: Katastrophenschutz – Zivilschutz
Einleitungsreferat von Prof. Dr. Ulrich Gottstein; Präsident der Bundesärztekammer Dr. Karsten Vilmann; Vorsitzender des Innenausschusses des Bundestages Hans Gottfried Bernath; Dr. Wolfgang Send, THW, Göttingen; Moderation: Volker Happe, WDR.

Parallel Vorträge zu folgenden Themen:

- Gefahren der Wiederaufbereitung, Prof. Dr. Bernhard Gonsior

- Strahlen und biologische Materie, Prof. Dr. Inge Schmitz Feuerhake
- Wirkung kleiner Strahlendosen auf den Menschen, Prof. Dr. Alfred Böcking

12.00–15.00 Uhr Mittagspause ab 15.00 Uhr

PODIUM: Atomare Bedrohung – Kein Thema für die Krankenpflege?

Dorothea Brunsch, DBFK; Sabine Drube, „Krankenpflege gegen Krieg“, Hilde Stepper, DGB; Wilfried Kulte, örv

PODIUM: Politik als Medizin im Großen? Einleitungsreferat von Prof. Dr. Karl Bonhoeffer; Bundesministerium für Jugend, Familien, Frauen und Gesundheit Prof. Dr. Rita Süßmuth; Präsident der Ärztekammer Nordrhein Prof. Dr. Horst Bommert; Präsident der Ärztekammer Berlin Dr. Erich Ellis Huber; Moderation: Prof. Dr. Martin Stöhr

Parallel Vorträge zu folgenden Themen:

- Gefährliche Zusatzprotokolle, Prof. Dr. Dr. Knut Ipsen
- Rüstung und Sozialabbau, Dr. Reinhard Bispinck
- Nukleare Rüstung und Auswirkungen auf die Dritte Welt, Jürgen Nikolai, Misenor
- Vergangenheiten und Zukunft von Abrüstungsverträgen
- Nukleare Gefahren im Konventionellen Krieg
- Aktuelle Situation bei SDI
- Südafrika als Krisenherd für den Atomkrieg

Gleichzeitig finden Arbeitskreise in Kleingruppen zur intensiven Diskussion statt.

19.00 Uhr Ökumenische Feier

Sonntag, 8. November 9.00 Uhr

PODIUM: Aus der Bedrohung zum Handeln – verschiedene Wege zum Frieden
Renan Demirkan; Uta Ranke-Heinemann; Eleonore von Rotenhan; Edith Schieferstern

11.00 Uhr Abschlußveranstaltung

Prof. Dr. Harald Theml; Wie weiter?

■ Abschlußerklärung

Anmeldungen an: 7. Medizinischer Kongreß, Postfach 10 18 83, 4300 Essen

Bitte den Coupon ausfüllen und abenden an die o.g. Kongreßadresse.

Kongreßgebühren: Ärztinnen, Ärzte 120,- DM; Pflegekräfte, nichtmedizinische Berufe 60,- DM; Auszubildende, Studenten, Arbeitslose 25,- DM
Bitte überweisen auf das Kongreßkonto: Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges e.V., Sparkasse Essen, Konto Nr. 510 83 64, BLZ 360 501 05.

Dieser Kongreß wurde vom Kultusminister des Landes NRW als Weiterbildungsveranstaltung anerkannt: AKZ III C 2 70-21-0/3-106/87 vom 26.6.87

- ☐ Den Kongreßbeitrag von _____ DM
habe ich auf das o.g. Konto überwiesen.
- ☐ Ich zahle den Beitrag von _____ DM
mit beiliegendem Verrechnungsscheck.

Name und Anschrift _____

Unterschrift _____

Institut für marxistische Studien und Forschungen (IMSF), Marxistische Persönlichkeitstheorie – Internationale Beiträge. Marxistische Studien Jahrbuch 10, Frankfurt am Main 1986. 353 Seiten, 38 Mark.

Es gehört zu den bemerkenswerten Kennzeichen des Frankfurter Instituts für Marxistische Studien und Forschungen (IMSF), marxistische Wissenschaft nicht den Spezialisten zu überlassen, sondern einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen und somit auch „in die Peripherie“ zu tragen.

Wie das Redaktionskollektiv, das sich aus erfahrenen Pädagogen und Hochschullehrern, wie Heike Fleßner (Oldenburg), Klaus Hühne (Kleefeld bei Oldenburg) und Bernhard Wilhelmer (Siegen/Oldenburg) zusammensetzt, im Vorwort des Jahrbuches betont, kommt es ihnen darauf an, „Ergebnisse und Perspektiven der marxistischen Persönlichkeitstheorie zu verdeutlichen und zu verbreiten“. Die Einsichten in die marxistische Persönlichkeitstheorie, das marxistische Menschenbild, seine theoretische Weiterentwicklung und praktische Umsetzung ist für die Redaktion des Jahrbuches – wie die Friedensfrage und die Auseinandersetzungen um neue Technologien – ein wesentlicher Bestandteil der Überlebensfrage der Menschheit. Somit soll die marxistische Persönlichkeitstheorie als wirkliche Alternative bewußt konservativen Offensiven wie zum Beispiel der Hochbegabtenförderung und dem von den „Wende“politikern propagierten Menschenbild entgegengestellt werden.

Das marxistische Menschenbild geht aus von der historisch-gesellschaftlichen Bedingtheit menschlichen Handelns und Erlebens. Die zentrale Kategorie der Persönlichkeitsentwicklung ist die Tätigkeit des Menschen, des Individuums, des Subjekts. Nach Auffassung der marxistischen Persönlichkeitstheorie hat jeder Mensch eine lebenslange Entwicklungs- und Lernfähigkeit. Die Erkenntnis, daß heute marxistische Persönlichkeitstheorie nur in internationalen Dimensionen diskutiert werden kann, widerspiegelt sich im Jahrbuch in 13 Originalbeiträgen, die, angefangen vom französischen „Alt-

meister“ L. Seve über den sowjetischen Psychologen A. Leontjev und den Kanadier W. Tolman bis hin zu westeuropäischen und Autoren aus der DDR und der Bundesrepublik reichen.

Die Beiträge des ersten Hauptteils sind der Klärung von Grundfragen der marxistischen Persönlichkeitstheorie gewidmet, den Problemen der Individualität und Subjektivität. Diese Beiträge werfen tiefgreifende philosophische, psychologisch-pädagogische und anthropologische Fragen auf, die dem Leser eine gewisse Vorkenntnis abverlangen. Die Beiträge des zweiten und dritten Hauptteils bemühen sich um praktische Anwendungsbezüge der marxistischen Persönlichkeitstheorie in Pädagogik und Therapie und um eine Konkretisierung persönlichkeits-theoretischer Kategorien in der medizinischen Psychologie.

Hierzu heißt es im Vorwort des Jahrbuchs, „daß jedweder den Menschen förderlicher Prozeß ein kooperativer Austauschprozeß ist, der sich in gegenständlichen Tätigkeiten realisiert“ (Feuser), Pädagogik und Therapie, Prävention und kurative Behandlung stellen dabei als am Menschen verwirklichte, fördernde Tätigkeiten, kooperative Austauschprozesse dar, die eine prinzipielle Einheit bilden. Als hochspezialisierte gesellschaftliche Mittel und Methoden haben diese die Entwicklung und Förderung des Individuums zum Ziel beziehungsweise die Verhinderung oder gezielte Beseitigung von störenden oder pathologischen Bedingungen und Situationen, die das Gehirn des Menschen zwingen, auf pathologische Weise zu arbeiten (Luria).

Ohne auf alle Beiträge näher einzugehen, sind jedoch die Beiträge aus der DDR hervorzuheben. Schmidt-Kolmer beschreibt eindrucksvoll historische Hintergründe und sozialpolitische Auswirkungen der Krippenpädagogik, Schröder und Schröder entwickeln Wesensmerkmale und Orientierungspunkte einer persönlichkeits-theoretisch bestimmten, medizinischen Psychologie. Dieser Beitrag bringt die von kritischen Medizinern, Psychologen und Sozialwissenschaftlern auch hierzulande erarbeiteten Erkenntnisse exakt auf den Punkt und benennt praktische Konsequenzen, zu deren

Realisierung selbst das vorbildliche System der integrierten und vorbeugenden Gesundheitssicherung in der DDR entscheidend umstrukturiert werden müßte. Gerade dieser letztgenannte Beitrag ist wegen seiner Anschaulichkeit und Bedeutung für die Praxis am besten geeignet, auch für weniger vorbereitete Leser die marxistische Persönlichkeitstheorie und ihre Bedeutung für Pädagogik und Therapie zu verdeutlichen.

Ich halte das Jahrbuch für einen wesentlichen Beitrag zur Verbreitung theoretischer und praktischer Erkenntnisfortschritte auf dem Gebiet der marxistischen Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie. Darüber hinaus ist aber unbedingt ein breiter, intensiver und praxisnaher Dialog und Erfahrungsaustausch notwendig für die Durchsetzung der demokratischen und humanen Inhalte des marxistischen Menschenbildes in Pädagogik und Therapie.

Andreas Zieger

Peggy Mann, Hasch-Zerstörung einer Legende, Frankfurt 1987. Fischer Taschenbuchverlag, 9,80 Mark

„Egal, wieviel Sie über Marihuana wissen, ich garantiere Ihnen, daß die Ergebnisse Sie überraschen

werden.“ (S. 22). So leitet Peggy Mann in ihrem Buch eine Reise durch die Haschischforschung ein. Sie interviewte Experten zu den körperlichen Folgeschäden des Cannabiskonsums. Die meisten Resultate beziehen sich auf die Wirkung des THC (= Tetrahydrocannabinol), das der wesentliche psychoaktive und rauscherzeugende Stoff in Haschisch und Marihuana ist.

Sie schildert drastisch die Ergebnisse der Wirkungsforschung: Gehirn, Herz, Lunge und Immunsystem zeigen bei längerandauerndem Cannabiskonsum erhebliche Schädigungen. Vor allem die abgebildeten Fotos zu den Zellveränderungen sind sehr deutlich. Damit geht die Autorin in den behaupteten schädlichen Wirkungen bedeutend weiter als frühere Abhandlungen zur Cannabisforschung, wie zum Beispiel Täschners „Haschisch – Traum und Wirklichkeit“ aus dem Jahre 1981.

An der inhaltlichen Argumentation des Buches ist zu kritisieren, daß die Autorin die Widersprüche zwischen den verschiedenen Experten nicht aufklärt. So wird die Abbauphase des THC im Körper unterschiedlich lang angegeben. Schade, denn gerade diese Frage ist in der Praxis, vor allem in der Behandlung der Cannabisabhängigkeit, sehr



Foto: dpa

wichtig. Außerdem wird nicht klar beantwortet, ob die beobachteten Schäden nach Absetzen der Droge zurückgehen oder nicht. Einmal sind die körperlichen Veränderungen reversibel, einmal nicht.

Sehr unkritisch geht die Autorin auch mit der Übertragbarkeit von Tierversuchsergebnissen um. Für eingefleischte Tierversuchgegner ist dieses Buch nichts. Wie hier detailliert beschrieben wird, wie man ein Äffchen zwingt, Marihuana zu inhalieren, wirkt eher abstoßend. Aber selbst wenn man Tierversuche unter Umständen akzeptiert, sind die Ergebnisse auf den Menschen nur unter Vorbehalt zu übertragen.

Trotz dieser Ungereimtheiten wird in dem Buch insgesamt deutlich, daß die Ungefährlichkeit von Haschisch und Marihuana eine Legende ist. Nur, hat man damit etwas erreicht? Von Alkohol und Nikotin weiß man auch, daß es ab bestimmten Mengen für die Körperorgane sehr schädlich ist. Hat aber die Information über die Wirkung dieser Substanzen eine Verhaltensänderung bei der Masse der Konsumenten gebracht? Die Realität ist vielmehr so, daß sich beim Nikotinkonsum Verhaltensänderungen statistisch allenfalls nach steuerlich bedingten Preiserhöhungen für Tabak nachweisen lassen, nicht aber durch die Informationskampagnen.

Peggy Mann nimmt jedoch an – und dies läßt sie an einigen Stellen durchscheinen –: Wenn man die Leute erst einmal über die Schädlichkeit von Cannabis informierte, dann würden sie die Finger davon lassen. An dieser Stelle führt die Autorin eine neue Legende anstelle der alten ein. Die Ursache der Drogen- und Suchtproblematik primär in der mangelnden Information zu sehen, heißt, einen Irrglauben pflegen. Die Nachfrage nach Drogen hat ganz bestimmte Ursachen, und die gilt es zu erforschen. Hier trägt das Buch nichts bei, und dies ist ein entscheidendes Defizit. Diese Frage läßt sich auch schlecht in medizinischen Tierversuchen klären. Denn hier geht es um menschliche Probleme in einer komplexen gesellschaftlichen Situation. Legale und illegale Suchtstoffe sind immer noch bevorzugte Mittel zur Dämpfung der vielen individuellen Unzufrie-

denheiten und Sehnsüchte. In ihrer Gesamtheit repräsentieren sie das mangelnde Angebot an Lernmöglichkeiten, echte Erfüllung in der heutigen Gesellschaft zu bekommen.

Günthar Mohr



Winfried Schwarz, Die große Vergeudung. Ist die Marktwirtschaft noch zu retten? Köln 1987. Pahl-Rugenstein Verlag, 287 Seiten, 14,80 Mark.

Von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen ist allenthalben die Rede, und in der jetzt angelaufenen Debatte über eine „Strukturreform“ im Gesundheitswesen wurden bereits zahlreiche Vorschläge zur „Kostendämpfung“ vorgelegt, die kaum noch jemand überblickt. Viele gesundheitspolitisch Interessierte wenden sich deshalb auch schon mit Grausen ab, wenn in einer Podiumsdiskussion wieder einmal Gesundheitspolitik auf die Kostenproblematik reduziert wird. Und dennoch: Die Beschäftigung mit den ökonomischen Aspekten der Gesundheitspolitik ist für fortschrittliche Gesundheitswissenschaftler und Beschäftigte im Gesundheitswesen schon allein deshalb wichtig, weil auch auf diesem Feld Alternativen zur konservativen und marktradikalen Gesundheitsökonomie formuliert werden müssen.

Dabei kann es nicht nur darum gehen, die Finanzströme innerhalb der bestehenden Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung zu analysieren, sondern der Blick muß über diese Grenzen hinaus reichen und diejenigen gesellschaftlichen Bereiche einbeziehen, in denen Kosten,

die letztlich im Gesundheitswesen anfallen, verursacht werden. Eine solche gesamtgesellschaftliche Sichtweise der Entstehung und Finanzierung von Gesundheitsausgaben könnte unter anderem für eine rationalere Gesundheitspolitik, die ihren Namen wirklich verdiente, nutzbar gemacht werden.

Der Frankfurter Sozialwissenschaftler Winfried Schwarz versucht sich diesem Problem von einer hierzulande bislang noch etwas vernachlässigten Seite zu nähern. Er analysiert, in welchen gesellschaftlichen Bereichen Geld, menschliche Arbeitskraft und Produkte *vergeudet* werden. *Vergeudung* in diesem Sinne meint, „daß alles, was den Wohlstand im Lande hebt, nützliche Arbeit, alles, was zum Wohlstand nichts beiträgt, vergeudete (überflüssige) Arbeit ist“. Daß zu dieser Vergeudung das Gesundheitswesen in vielerlei Hinsicht beiträgt, ist offensichtlich.

Schwarz zeigt am Beispiel des Autoverkehrs, der Luftverschmutzung, der Arzneimittelversorgung, des Arbeitsunfallgeschehens und der Arbeitslosigkeit – um nur einmal die gesundheitspolitisch relevanten Beispiele seiner Untersuchung zu nennen –, welcher ökonomische Schaden (von individuellem Leid und beispielsweise ökologischen Folgen einmal abgesehen) in diesen Bereichen gegenwärtig in der Bundesrepublik angerichtet wird. Nach seinen Berechnungen werden zum Beispiel durch den Autoverkehr 27 Milliarden Mark direkt vergeudet, durch Luftverschmutzung etwa 9 Milliarden, durch das gegenwärtige System der Arzneimittelversorgung circa 7 Milliarden, durch Arbeitsunfälle fast 3 Milliarden und durch Arbeitslosigkeit 6 Milliarden Mark. Zu dieser „direkten Vergeudung“ wären noch einmal (insbesondere bei den Arbeitsunfällen und der Arbeitslosigkeit) die – ungleich höheren – Kosten der „indirekten Vergeudung“ zu zählen, also der entgangene Wert durch den Ausschluß der betroffenen Menschen von nützlicher Arbeit.

Vielen Beschäftigten im Gesundheitswesen würden mühelos weitere Beispiele für Vergeudung im Gesundheitswesen einfallen, die zu untersuchen sich ebenfalls lohnen würde: die unsinnige Trennung von ambulanter und

stationärer Krankenversorgung, die zu Doppeluntersuchungen ohne jeglichen Nutzen führt; die allein der Einkommensmaximierung dienenden Modalitäten der Honorierung niedergelassener Ärzte; der oftmals überflüssige (wenn nicht riskante) Einsatz teurer Medizintechnik und vieles andere mehr.

So eindrucksvoll sich die von Schwarz berechneten Daten darstellen, es bleibt die Frage danach, war wir von solchen Analysen haben.

Zum einen können Untersuchungen wie diese verdeutlichen, daß in der Bundesrepublik, einem der reichsten Länder der Welt, immense Summen zur Aufrechterhaltung vergeudungsintensiver und an sich überholter gesellschaftlicher Strukturen – im kleinen (zum Beispiel im Gesundheitswesen) wie im großen Maßstab (zum Beispiel Militär) – vergeudet werden, während gleichzeitig – im Bildungsbereich, im Gesundheitswesen, in der Alterssicherung und so weiter – aufgrund angeblich fehlender Mittel Streichkonzerte veranstaltet oder für die Zukunft angekündigt werden.

Zum anderen – und das ist sozusagen die „Krönung“ von Schwarz' Studie – kann gezeigt werden, welche materiellen Vorteile ein Ende der „großen Vergeudung“ in unserem Land hätte: Eine „vergeudungsfreie“ (das heißt bei Schwarz: sozialistische) Bundesrepublik hätte im Jahr 1985 für rund 213 Milliarden Mark weniger Waren und Dienstleistungen finanzieren müssen, um denselben Wohlstand wie die kapitalistische Bundesrepublik im gleichen Jahr zu sichern. Es hätten rund 7,3 Millionen mehr Menschen Beschäftigung finden und Arbeitseinkommen erzielen können, und die individuelle Arbeitsleistung dieser Menschen hätte um rund ein Drittel zurückgehen können. Anders ausgedrückt: Die 27-Stunden-Arbeitswoche hätte in einer „vergeudungsfreien“ Bundesrepublik im Jahr 1985 ohne Minderung des Wohlstands (im nationalen Maßstab) realisiert werden können. Allein das ist schon Grund genug, um über ein Ende der „großen Vergeudung“ (auch) im Gesundheitswesen und die Wege dorthin (nicht nur) nachzudenken.

Klaus Priester

Klaus Priester arbeitet in der Abteilung für Medizinische Soziologie des Klinikums der Universität Frankfurt

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Sabine Drube (Heidelberg), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluthe (Friedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hatttingen), Christina Pötter (Gießen), Michael Regus (Siegen), Hartmut Reiners (Bonn), Rolf Rosenbrock (Berlin), Annette Schwarzenau (Berlin), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobiles (Friedstadt), Peter Stössel (München), Ali Trojan (Hamburg), Erich Wulff (Hannover).

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1, Tel. 0228/693369 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

Anzeigenleitung: Pahl-Rugenstein Verlag, Kristina Steenbok, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 38 00 235.

Redaktion: Chefredaktion: Ursula Daslmann (ud) (V.i.S.d.P.), Joachim Neuschäfer (jn)

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 Reupp (urp); **Umwelt:** Peter Walger (pw); **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Matthias Albrecht (ma), Edi Erken (ee); **Ausbildung:** Eckard Müller (em); **Internationales:** Gunar Stempel (gst); **Stephan Schölzel (sts); Frauenprobleme:** Brigitta Mews (bm); **Karin Kieseyer (kk); Pflegeberufe:** Kirsten Jung (kj); **Historisches:** Helmut Koch (hk), Peter Liebermann (pl); **Kultur und Subkultur:** Helmut Copak (hc)

Der für das jeweilige Ressort zuerst oder allein genannte Redakteur ist verantwortlicher Redakteur im Sinne des Pressegesetzes.

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei: Pahl-Rugenstein-Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/36 00 20, Konten: Postgiroamt Köln 6514-503, Stadtparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Oktoberheft: 10. September 1987

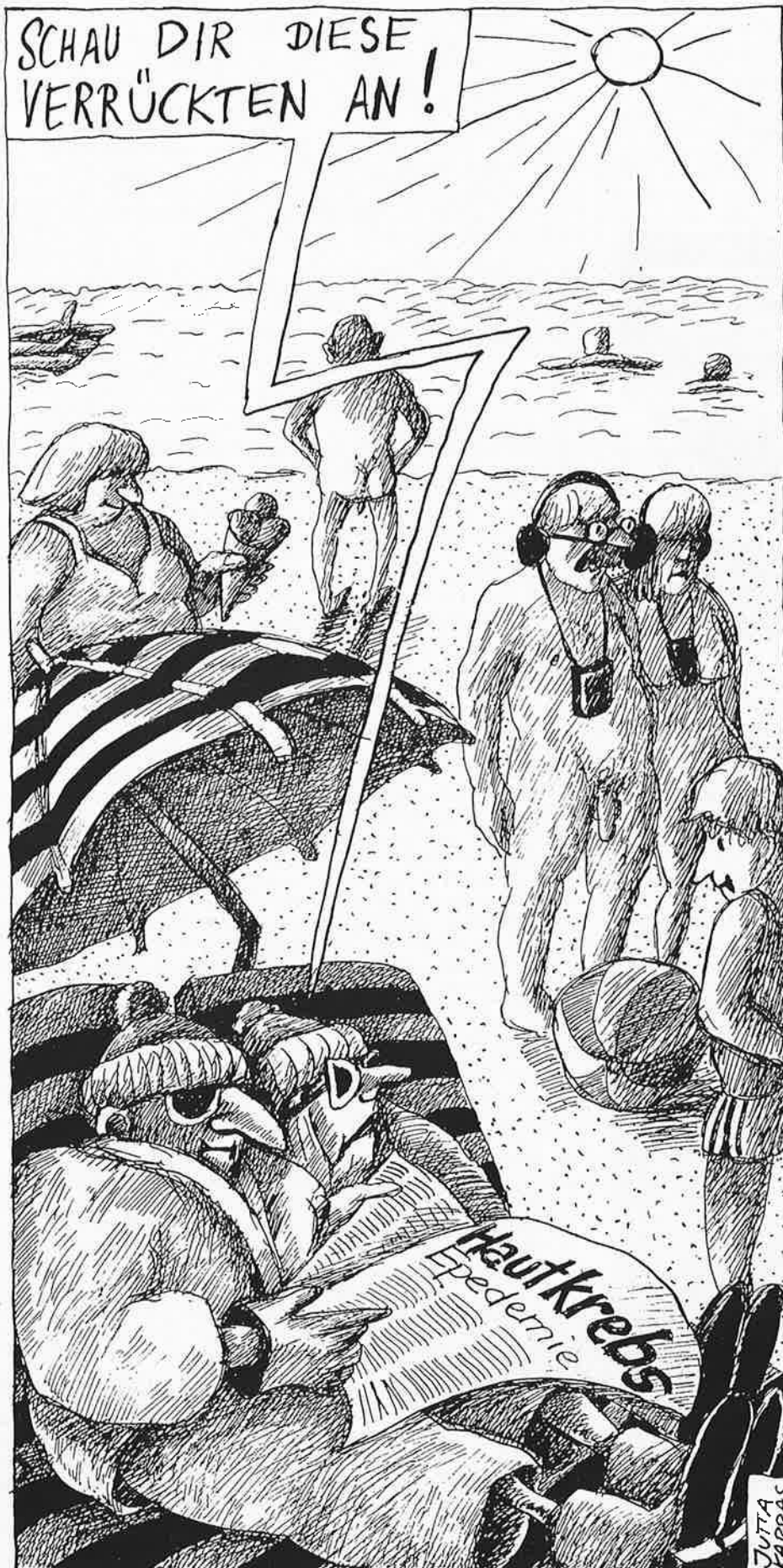
Graphik: Jutta Karas

Titelblatt: ud · Foto: Linie 4 / M. Bauer / M. Jung

Layout: Ursula Daslmann, Uli Menges, Joachim Neuschäfer

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

ISSN: 0932-5425



wir über uns

Militärforschung

Genforschung, die aus dem Etat des Bundesverteidigungsministeriums bezahlt wird, darf als Militärforschung bezeichnet werden. Dies besagt eine Entscheidung des Landgerichts Hannover vom 19. Juni 1987. Vorausgegangen war ein Antrag auf einstweilige Verfügung des Landes Niedersachsen gegen den Landesgeschäftsführer der Grünen, Manuel Kiper, auf Unterlassung der Behauptung, zwei Professoren der Tierärztlichen Hochschule Hannover betrieben „Militärforschung an potentiellen Bio-Waffen und biologischen Kampfstoffen“.

Auch dg war eine einstweilige Verfügung angedroht worden, da wir im September 1986 unter dem Titel „Gute Gene gegen Gegner“ berichtet hatten. Gerichtlich bestärkt, brauchen wir von unseren damaligen Aussagen nichts zurückzunehmen. Wir wundern uns jetzt aber auch nicht mehr, warum sich die beiden Herren in Hannover damals nicht von uns interviewen lassen wollten.

Redaktionsseminar

Nochmals möchten wir auf die dg-Herausgeberkreissitzung und das gleichzeitig stattfindende Redaktionsseminar am 26. und 27. September in Bad Honnef hinweisen. Interessierte Leserinnen und Leser sind herzlich eingeladen, uns bei der Planung

der Redaktionsarbeit des nächsten Jahres zu helfen. Anmeldungen telefonisch oder schriftlich bis spätestens zum 10. September an das Bonner Redaktionsbüro.

Ausgegraben

Tief in dunklen Schubladen muß die Redaktion der Zeitschrift „Psychologie heute“ gewühlt haben, als sie nach einer Illustration zum Thema „Pharmawerbung“ suchte. Was sie dabei fand, zeigen wir Ihnen hier auch noch einmal: Den Uralt-Aufkleber von dg: „Pharma-Werbung Nein Danke!“. Und obwohl dort unser altes Postfach in Duisburg angegeben war, haben uns eine Reihe von Nachfragen nach dem Aufkleber erreicht. Einen kleinen Rest von Aufklebern haben wir übrigens bei unserem Umzug wiedergefunden. Wer noch Interesse hat, ...



dg-Kontakte

Aachen: Erhard Krauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 75459; **Ansbach:** Brigitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 14444; **Berlin:** Hermann Dittich, Grunewaldstr. 76, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8226328; **Bonn:** Edl Erken, Eckerstr. 28, 5202 St. Augustin 2 (Hangelar), Tel. (0221) 29178; Stefan Schölzel, In der Asbach 29, 5305 Alfter-Impekoren, Tel. (0228) 6420034; Kurt Straif, Reuterstr. 121, 531, Tel. 212696; Gregor Weinrich, Schumannstr. 30, 531 Tel. 219778; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausenitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 234371; **Bremerhaven:** Gunar Stempel, Virchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Gestemünde, Tel. (0471) 200211; **Darmstadt:** Jürgen Frohnert, Neutcher Weg 3, 6101 Modautal-Linsthofen; **Dortmund:** Matthias Allmicht, Am Kühlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 753880; Detlev Uhlenbrock, Droste-Hilshoff-Str. 1, 461, Tel. 421768; **Düsseldorf:** Joachim Gill-Rode, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 349204; **Duisburg:** Thomas Wöttig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (0203) 342188; **Essen:** Christian Paulsen, Overbockstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 743731; Norbert Andersch, Pollerbergstr. 22, Tel. 747131; Walter Popp, Sunderholz 32, 431, Tel. 441630; **Flensburg:** Ralf Cüppers, Appenader Str. 3, 2390 Flensburg, Tel. (0461) 47263; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 705449; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (0641) 75245; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 33710; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Fastweg 3, 2000 Hamburg 20, Tel. (040) 488927; **Hanau/Maintal:** Hans Soc, Silding 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47731; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d: (05132) 906557 p.: (0511) 818868; **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, Waltzstr. 2 d,

3b00 Kassel, Tel. (0561) 54925; Thomas Molcher, Tannengrund 33, 8950 Kaufbeuren 2, Tel. (08341) 2884; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8424; **Köln:** Peter Lieberman, Garthestr. 16, 5000 Köln 80, Tel. (0221) 763844; Helmut Schaaf, Berrenrather Str. 359, 5141, Tel. 443618; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtwald 91, 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:** Eckhard Kleinützum, Wilhelm-Strauß-Str. 127, 4050 Mönchengladbach 2, Tel. (02166) 44157; **Mühlacker:** Helmut Jäger, Hermann-Hesse-Str. 43, 7103 Mühlacker, Tel. (07041) 15399; **München:** Margret Lambert, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 781504; **Münster:** Holmut Copak, Geiststr. 67 a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; Barbara Halbeisen-Lehnert, Hoyastr. 11, Tel. 287431; Uli Menges, Davensberger Str. 10 a, Tel. 788399; Uli Raupp, Pector Walger, Willi Holscher Weg 7, Tel. 7801437; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 83856; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02381) 15453; **Riedstadt:** Harald Skobilies, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6036 Riedstadt, Tel. (06158) 6161; **Siegburg:** Richard Beilzen, Hagobuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 383590; **Siegen:** Michael Ragus, Berleburger Str. 58, 5900 Siegen, Tel. (0271) 63817; **Solingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5650 Solingen 1, Tel. (02121) 47885; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 62798; **Ulm:** Wolf Schleizer, Reschweg 12, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 66088; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbacher Str. 94, 40561 Schwalmtal 1, Tel. (02163) 4191; **Wiesbaden:** Brigitte Ende-Scharf, Matthias-Claudius-Str. 11, 6200 Wiesbaden, Tel. (06121) 300714; **Wuppertal:** Michael Sünner, Normanstr. 20, 5600 Wuppertal 2, Tel. (0202) 503845.

Postvertriebsstück
Gebühr bezahlt

PAHL-RUG. GOTTESN. 54 5000KOELN
G 2961 E 394711 360

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1



Hier seht Ihr Fritz, das munt're Wesen,
dg von seinen Spesen lesen.
Doch Fritz, wie alle braven Wesen,
muß oftmals sagen: Nix gewesen!
Meist sitzt er da – ganz ohne Spesen
und „demokratisches gesundheitswesen“.



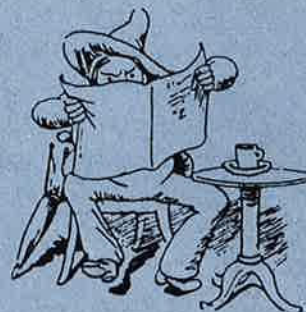
Den Fritz bekümmert dieses sehr:
Wo krieg ich ein dg bloß her?
Ganz ohne Spesen, ohne Geld,
der Mensch zählt nichts mehr in der Welt.



Pauline tut an Fritzen denken:
Was könnte ich ihm wohl mal schenken?
Sonst überfällt ihn noch der Graus,
und dann ist es mit Fritzen aus!



Ein Abo, so fällt es ihr ein,
das könnte was für Fritzen sein.
Gedacht, gesagt, getan, gemacht,
der Postmann hat's dg gebracht.
Jetzt kann der Fritz, das munt're Wesen,
dg bald regelmäßig lesen.



Machen Sie es wie Pauline, schenken Sie Fritz ein dg-Abo. Anlässe
gibt es genug, Geldmangel muß nicht der einzige sein.

Übrigens: Auch Fritzen können dg verschenken, und die Beschenkte
muß nicht einmal Pauline heißen.

Ihre dg-Redaktion

Bitte ausschneiden und senden an:
dg
K6Instr. 198
5300 Bonn 1

☐ Ich möchte ein kostenloses Probeexemplar

☐ Ich abonniere die Monatszeitschrift dg zum Heftpreis von 3,70
Mark zzgl. Porto gegen jährliche Rechnung. Diese Bestellung
kann ich innerhalb von 10 Tagen bei der obigen Adresse widerrufen.
Es gilt der Poststempel. Das Abonnement verlängert sich
jeweils um ein weiteres Kalenderjahr, wenn nicht bis zum 30. Sep-
tember des laufenden Jahres eine Kündigung eingegangen ist.

Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ./Ort _____
Beruf _____
Datum _____
Unterschrift _____