

dg

Demokratisches
Gesundheitswesen
Nr. 10 - Oktober 1987

G 2961 E
Einzelheft 5 Mark
Abonnement 3,70 Mark



DAVID oder GOLIATH

**Wo steht die Friedensbewegung
im Gesundheitswesen?**

**Anencephale als lebende
Organspender benutzt**

**Aids im Krankenhaus:
Neue Hygienerichtlinien**

Frischzellen in den Müll



Felix Richter-Hebel – früherer dg-Redakteur – arbeitet als Allgemeinarzt in Bremen

Wir könnten uns mal wieder auf die Schultern klopfen: Vor fünf Jahren (dg 5/82) hatten wir in dieser Zeitung die ominöse Frischzellentherapie und insbesondere die Geschäftsmacherei mit dieser gefährlichen und äußerst zweifelhaften Behandlungsmethode angeprangert („Frischzellentherapie – Revitalisierung für Ärzte-Geldbeutel“). Jetzt hat das Bundesgesundheitsamt endlich das längst fällige Verbot der Zelltherapeutika ausgesprochen, nachdem „aus jüngster Zeit eingehend dokumentierte Fälle schwerwiegender unerwünschter Arzneimittelwirkungen mit zum Teil tödlichem Ausgang vorliegen“.

„Vorläufiges Ruhen der Zulassung“ heißt es in der Mitteilung des BGA. „Nach den dem Bundesgesundheitsamt vorliegenden Unterlagen und Erkenntnissen erscheinen die Risiken dieser Arzneimittel medizinisch nicht mehr vertretbar.“ Nicht mehr vertretbar? War es denn früher vertretbar,

daß Patienten schweren Schaden erlitten oder sogar zu Tode kamen, obwohl schon jahrzehntelang diese Methode in Zweifel gezogen wurde? War es denn vertretbar, obwohl dem BGA „keine belegte therapeutische Wirksamkeit“ vorlag.

Vertretbar war es wohl nur, solange sich mit den Frischzellen Geld machen ließ. Mit aberwitzigen Rechnungen ließen sich Kollegen die vermeintliche Hoffnung auf Hei-

lung, Besserung, Linderung bezahlen. Und es wurden nicht nur klimakterische Gräfinnen oder impotente Manager zur Kasse gebeten. Zahlen mußten auch unheilbar Krebskranke, Süchtige oder Eltern von behinderten Kindern, denen die größten Behandlungserfolge versprochen wurden.

Was wird jetzt passieren? Verarmen die Privatkliniken an den Ufern oberbayrischer Seen? Werden die armen Spendertiere notgeschlachtet? Wird das Sterbealter in Deutschland sinken? Müssen gar Ärztekollegen Konkurs anmelden? Nichts dergleichen. Die Herren haben längst ihre Schäfchen im Trockenen (man beachte den Doppelsinn) und/oder kurieren mit anderem Unfug an ihrer gläubigen Klientel herum. Denn die verbotenen Frischzellen (betroffen sind bisher auch nur die Trockenzellpräparate als Fertigarzneimittel) sind allenfalls die Spitze eines Eisbergs von zweifelhaften, unwissenschaftlichen, riskanten, aber teuren Behandlungsverfahren.

Man möchte dreinschlagen, wenn man weiß, mit welcher Dreistigkeit in unserem Land mit Kurpfuscherei das dicke Geld gemacht wird. In der Meldung des BGA heißt es dann: „Die Nutzen-Risiko-Abwägung ist damit nach heutigem Kenntnisstand negativ.“ Ich frage mich, was es da wohl abzuwägen gilt, bei der Gleichung: Nutzen Null – Risiko riesig. Vergessen wir nicht, wieviel Unnützes, Gefährliches, Wirkungsloses, Krankmachendes, Tödliches noch auf dem Gesundheits-Markt ist, und wieviel Firmen und Kollegen sich auf Kosten ihrer Patienten eine goldene Nase damit verdienen. Es gibt noch viel zu tun – werfen wir's weg!

dg 9/87

dg-Report

David oder Goliath
Wo steht die Friedensbewegung im
Gesundheitswesen? 10

Ethik

Drahtsellakt
Hirnlose Kinder als lebende
Nierenspender benutzt 16

Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Schicksal?
Urteil des Bundesverfassungsgerichts 18

Angst vor Aids?
Empfehlungen zur Aids-Prophylaxe
am Arbeitsplatz 23

Wisch-Wasch
Bilder aus einer Krankenhaus-
wäscherei 32

Aktuelle Gesundheits- politik

„Guter Einstieg“
Neues zur Amerikanisierung
des Gesundheitswesens 26

Internationales

„Die beste Kur ist ein anständiges
Begräbnis“
Gesundheitspolitik unter
Corazon Aquino 28

Patientenversorgung

Schmerz, laß nach
5. Internationaler Schmerzkongreß 30

Arbeitsmedizin

Arbeit und Gesundheit
Dynamische Konzepte nur von
Konservativen? 36

Kultur

Krankheit als Chance?
Kunst im Krankenhaus 24

Dokumente

Für eine soziale und demokratische
Strukturreform im Gesundheitswesen.
Stellungnahme des Arbeitskreises
Gesundheitspolitik beim Partei-
vorstand der DKP 19

Krankenhausfinanzierungsgesetz,
Kostendämpfung und Auswirkungen
der Krankenhauspolitik der 70er und
80er Jahre
Von David Klemperer 20

Rubriken

Sie über uns 4
Aktuelles 5
Termine 8
Kleinanzeigen 9
Buchkritik 36
Comic 38
Wir über uns 39

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt der
IPPNW beigelegt. Wir bitten um freund-
liche Beachtung.

Foto: Linie 4 (3)



Steigende Mitgliederzahlen, wie sie die IPPNW aufweisen kann, sind trügerisch. Bei vielen Friedensinitiativen im Gesundheitswesen ist, so scheint es, der Dampf raus. Eine Zwischenbilanz zieht Walter Popp im Report auf Seite 10



In Münster wurden Anencephale als lebende Organspender benutzt. Die Öffentlichkeit erfuhr erst davon, als das „ethische Neuland“ mit „Erfolg“ betreten worden war. Hintergründe auf Seite 16



Angst vor Aids gibt es auch beim medizinischen Personal. Der „Ausschuß für Krankenhaushygiene“ hat nun Empfehlungen zur Aids-Prophylaxe in Krankenhaus und Praxis veröffentlicht. Eine Bewertung auf Seite 23

sie über uns

Ein Brief

Betr.: Vilmar-Interview über Vergangenheitsbewältigung im Deutschen Ärzteblatt vom 18. 4. 1987

Sehr geehrter Herr Dr. Vilmar, in diesen Tagen wurden vor dem Frankfurter Landgericht die Urteile im sogenannten „Euthanasie-Prozeß“ gesprochen.

Vier Jahre voraussichtlich noch nicht einmal abzuleistende Freiheitsstrafe wegen Beihilfe zum Massenmord an wehrlosen Kranken in 4500 bzw. 11000 Fällen, nach Revision eines Urteils von 1967, welches die Herren Ullrich/Bunke freigesprochen hatte. Ein Urteil, das damals wie heute nicht etwa deswegen so milde ausfiel, weil Zweifel darüber herrschten, daß die Angeklagten die ihnen vorgeworfenen Taten verübten, sondern weil sie im Rahmen der damals bestehenden Gesetze im Auftrage als Henker fungiert haben.

Ich will hier nicht die Ungeheuerlichkeit dieser Urteile diskutieren. Ich möchte fragen, wie eine Ärzteschaft sich von der Schuld der NS-Zeit freispechen zu können meint, wenn sie wesentlich 40 Jahre sog. Ärzte weiterpraktizieren läßt, die nachweislich zigtausendfach die „höchste ethische Grundnorm ärztlichen Handelns“ – den Eid des Hippokrates – in verabscheuungswürdigster Form gebrochen haben.

Schuld lud sich deshalb die gesamte deutsche Ärzteschaft auf, jeder Arzt – auch der „lin-

keste“ –, der im Wissen um diese Verbrechen tatenlos zusah, daß Ullrich/Bunke ungestört weiter als Ärzte tätig sein konnten.

Bekanntlich hat die Standesorganisation als Selbstverwaltungsorgan mit eigener Rechtsprechung die Pflicht, bei „unstandesgemäßem Verhalten“ ein Ermittlungsverfahren einzuleiten, dessen Folge im Extremfall der Entzug der Berechtigung zur Ausübung des Arztberufes bedeuten kann. – Entsprechende Verfahren werden ständig wegen unvergleichbarer Lappalien veranlaßt.

Was aber ist „unärztlicher“ als 1000facher Bruch des hippokratischen Eides durch das trotz des damaligen Freispruches spätestens seit 1967 erwiesene eigenhändige Bedienen des Gashahnes und durch das beharrliche Verhöhnern der ermordeten Patienten als „leere Menschenhülle“ und „unnütze Esser“?

Ich frage Sie, Herr Dr. Vilmar, wie kann eine Kammer 1000fache Henker wie Ullrich und Bunke als Mitglieder akzeptieren – sie somit unter den Schutz der Kollegialität stellen – und gleichzeitig die deutsche Ärzteschaft als „nicht schuldig“ bezeichnen?

Mit der Bitte um Verständnis für die von mir gestellten Fragen verbleibe ich in Erwartung Ihrer Antwort mit freundlichen Grüßen

G. JETTE LIMBERG,
Kellinghusen

... und eine Antwort

Betr. Schreiben von Frau G. Jette Limberg-Diers

Sehr verehrte Frau Limberg,

unter Bezug auf das Urteil gegen Ullrich und Bunke vom 18. Mai 1987 stellen Sie fest, daß sich die deutsche Ärzteschaft Schuld aufgeladen habe, weil sie „im Wissen um diese Verbrechen tatenlos zusah, daß Ullrich/Bunke ungestört weiter als Ärzte tätig sein konnten“ und folgern, daß die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften ein Ermittlungsverfahren hätten einleiten sollen, „dessen Folge im Extremfall der Entzug der Berechtigung zur Ausübung des Arztberufes bedeuten kann“. Sie fragen abschließend, wie eine Kammer tausendfache Henker wie Ullrich und Bunke als Mitglieder akzeptieren – sie somit unter den Schutz der Kollegialität stellen – und gleichzeitig die deutsche Ärzteschaft als „nicht schuldig“ bezeichnen kann.

Ihr Brief und die darin enthaltenen Fragen und Folgerungen lassen befürchten, daß Ihnen nicht nur historische Entwicklungen und Tatsachen, sondern auch wesentliche Prinzipien unseres Rechtsstaates unbekannt sind oder von Ihnen verdrängt werden. Die von Ihnen angeregte Verfahrensweise ließe nach meiner Auffassung keinen Unterschied zu den Willkürakten nationalsozialistischer Machthaber und deren „Rechtsprechung“ erkennen, weil auch sie ohne rechtskräftige Verurteilung durch ordentliche Gerichte „Strafaktionen“ gegen die Beschuldigten fordern.

In der Bundesrepublik Deutschland gilt jedoch nach den Grundsätzen der Rechtsstaatlichkeit ein Angeklagter als unschuldig, solange er nicht rechtskräftig verurteilt ist. Diese Vermutung der Unschuld gilt für alle Straftäter – also auch für Ullrich und Bunke.

Für die Erteilung der Approbation als Arzt und deren Rücknahme, also insgesamt für die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes, sind nach der vom Deutschen Bundestag beschlossenen Bundesärzteordnung ausschließlich staatliche Stellen zuständig. Bei

der Zulassung zu Heilberufen gilt generell in der Bundesrepublik Deutschland das staatliche Zulassungsmonopol. Im einzelnen sind regelmäßig in den Bundesländern die Innenminister die zuständige Behörde, welche ihre Befugnisse auf den Regierungspräsidenten delegieren. Aus diesem Grund können ärztliche Berufsvertretungen, hier also die zuständigen Landesärztekammern – die Bundesärztekammer als Dachorganisation in Form einer Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern ohnehin nicht – Entscheidungen darüber, welcher Arzt seinen Beruf nicht mehr ausüben berechtigt ist, nicht treffen. Die Ärztekammern sind auch in das Verfahren bei der Entziehung der Approbation nicht einbezogen. Bezüglich der Handhabung bei den regierungsamtlichen Stellen ist davon auszugehen, daß diese eine Rücknahme der Approbation solange nicht aussprechen, als ein Strafverfahren nicht rechtskräftig abgeschlossen ist.

Das letztergangene Urteil gegen die betroffenen Ärzte ist wiederum mit der Revision an den Bundesgerichtshof angefochten worden. Ob das ergangene Urteil gegenüber den Ärzten ein Berufsverbot nach § 70 StGB verhängt hat, ist uns nicht bekannt. Es muß den zuständigen Landesbehörden, welche über die Approbationsentziehung zu befinden haben, in deren Entscheidungsgewalt überlassen bleiben, welche Konsequenzen sie aus dem jetzt ergangenen, noch nicht rechtskräftigen Strafurteil ziehen. Dies alles hat allerdings nichts mit der Tätigkeit der öffentlich-rechtlichen Berufsvertretung zu tun.

Nach den Heilberufsgesetzen der Bundesländer ist für die Berufsgewalt ferner geregelt: „Ist gegen den eines Berufsvergehens Beschuldigten wegen derselben Tatsachen die öffentliche Klage im strafgerichtlichen Verfahren erhoben, so kann ein berufsgerichtliches Verfahren zwar eingeleitet, es muß aber bis zur Beendigung des strafgerichtlichen Verfahrens ausgesetzt werden. Ein bereits eingeleitetes berufliches Verfahren ist auszusetzen, wenn während seines Laufes die öffentliche Klage erhoben wird.“ Es ist also auch für die in den Heilberufsgesetzen gere-



Foto (2): Linie 4/M. Jung

gelte Berufsgerichtsbarkeit nicht möglich, gegen Ärzte tätig zu werden, solange ein strafgerichtliches Verfahren läuft.

In den Heilberufsgesetzen ist ferner die Pflichtmitgliedschaft aller Ärzte geregelt. Die Ärztekammern sind danach gar nicht in der Lage, Ärzte, aus welchen Gründen auch immer – etwa zur „Bestrafung“ oder aus sonstigen Gründen –, aus der Ärztekammer auszuschließen.

Es wäre nicht nur für Ihre spätere Tätigkeit als Ärztin nützlich, wenn Sie unverzüglich versuchen würden, die aus Ihrem Brief offenbar zu folgender erheblichen Kenntnislücken über das Funktionieren unseres demokratischen freiheitlichen Rechtsstaates zu schließen, zu dessen tragenden Säulen eine unabhängige Gerichtsbarkeit gehört. Im übrigen wird für den einzelnen wie für unseren Staat und seine Beziehung zu anderen Völkern der Welt die Auseinandersetzung mit der Vergangenheit nur dann von Nutzen sein, wenn Erkenntnisse daraus gezogen werden. Dazu gehört vor allem die Einsicht, daß allen mit intolerantem Fanatismus vertretenen irrationalen Heilslehren mit Standhaftigkeit und Entschlossenheit und auf der Basis ethischer Grundnormen entgegengetreten werden muß. Wenn die erneut aufgeflamte Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Diktatur, ihren Ursachen und ihren Folgen verhindern hilft, daß sich bei uns wiederum Fanatismus und Intoleranz breitmachen und Straßenterror oder „gesundes Volksempfinden“ zur Beugung von Recht und Gesetz führen, dann kann dieser schreckliche Abschnitt unserer Vergangenheit eine Lehre für die Zukunft unseres freiheitlich demokratischen Rechtsstaates und unserer pluralistischen Gesellschaft in Frieden mit uns, den Völkern Europas und der Welt sein.

Ich hoffe, daß meine Ausführungen nicht nur Ihre Fragen beantwortet haben, sondern darüber hinaus für Sie Anlaß sein könnten, Ihre offensichtlich falsche Beurteilung unseres Rechtsstaates zu revidieren.

Mit freundlichen Grüßen
DR. KARSTEN VILMAR,
Köln



Tschernobyl:

Lecker Becquerel

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

Brot

Hier schwanken die Werte zwischen 1 und 20 bq/kg. Allgemein gilt, daß Roggen stärker belastet ist als andere Getreidesorten. So weisen Roggenvollkornbrote die höchsten Belastungswerte auf.

Pilze

Die Belastung schwankt auch innerhalb einer Sorte sehr stark.

Aug. 87	Pfifferlinge, CSSR	58	
Aug. 87	Pfifferlinge, Polen	89	120
Aug. 87	Pfifferlinge, Süddeutschland	48	
Aug. 87	Maronenröhrlinge, BRD	4	1700
Aug. 87	Braunkappen, BRD	5	20
Aug. 87	Perlpilz, BRD	100	
Aug. 87	Riesenbovist, BRD	4	
Aug. 87	Scheidenstreifling, BRD	957	
Aug. 87	Steinpilze, BRD	4	258
Aug. 87	Steinpilze, Italien	12	
Aug. 87	Rotfußröhrlinge, BRD	43	22057
Aug. 87	Stropharia, BRD	89	
Aug. 87	Hallimasch	13	

Obst

Aug. 87	Pflaumen, Norddeutschland	10	
Aug. 87	Aprikosten, Frankreich	5	
Aug. 87	Nektarinen, Italien	unter 3	
Aug. 87	Pfirsiche, Griechenland	unter 10	
Aug. 87	Feigen, Italien	unter 3	
Aug. 87	Weintrauben, Türkei	unter 3	
Aug. 87	Weintrauben, Italien	unter 3	
Aug. 87	Weintrauben, Spanien	unter 3	
Aug. 87	Melonen, Türkei	unter 3	
Aug. 87	Zwetschgen, Italien	unter 3	
Aug. 87	Blaubeeren, Süddeutschland	50	

Obstkonserven

Im Handel sind jetzt verstärkt Konserven mit Früchten aus dem letzten Jahr. Vorsicht ist vor allem geboten bei griechischen und italienischen Pfirsichen und bei Sauerkirschen.

Auch eingekochte Beeren aus dem letzten Jahr können stärker belastet sein.

Gemüse

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

Fisch

Seefisch ist unter 10 bq/kg belastet, Binnenfisch weist Werte bis zu 100 bq/kg auf.

Süßigkeiten

Schokolade ist nach wie vor belastet; Sorten mit Nüssen haben bis zu 150 bq/kg, Sorten mit Rahm bis zu 60 bq/kg. Auch andere Süßigkeiten, denen Haselnüsse zugesetzt sind, weisen höhere Belastungswerte auf.

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

NRW:

Risiko

ma – Nordrhein-Westfalen will etwas gegen die hohe Säuglingssterblichkeit in eigenen Regionen tun. Ob Intensivstationen es bringen?

Mitten im August stellte der Gesundheitsminister von Nordrhein-Westfalen, Hermann Heinemann, in Düsseldorf vor der Presse sein Landesprogramm „Gesundheit von Mutter und Kind“ vor. Kernpunkt des Programms ist die Schaffung von sieben Perinatalzentren in Aachen, Düsseldorf, Krefeld, Duisburg, Dortmund und Münster. Unter „Perinatalzentrum“ versteht das Programm den „engen organisatorischen und räumlichen Verbund einer oder mehrerer Geburtskliniken und einer Kinderklinik mit mindestens zehn Intensivbehandlungsplätzen bei einem Einzugsgebiet von jährlich mindestens 5000 Geburten und hohem Anteil an Risikogeburten“.

Wie Minister Heinemann bei seiner Pressekonferenz am 30. Juli in Düsseldorf betonte, lag der Hauptanstoß zu dem Programm in der überdurchschnittlich hohen Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen: Diese sei im Bundesdurchschnitt von 33,3 (1960) auf 23,4 (1970) und 12,7 (1980) auf 8,6 im Jahre 1986 zurückgegangen, in Nordrhein-Westfalen lägen die Vergleichswerte bei 37,1 (1960), 23,8 (1970), 14,4 (1980) und 10,2 im Jahre 1986 – bezogen auf je 1000 Lebendgeborene.

Eine vom Land 1986 vorgelegte Studie zur Entwicklung der Säuglingssterblichkeit hatte nicht nur diese globalen Zahlen deutlich gemacht, sondern auch erheblich regionale Ungleichgewichte aufgedeckt: Besonders hoch ist die Säuglingssterblichkeit danach in einigen mehr ländlichen Gebieten des Niederrheins, des nördlichen Sauerlandes, des Münsterlandes und bestimmten Ruhrgebietsstädten wie Duisburg, Oberhausen, Bottrop, Gelsenkirchen und Herne.

Das Programm will vor allem die Hochrisikoschwangerschaften – etwa drei Prozent aller Schwangeren zählen dazu – in besonderen geburtshilflich-neonatalogischen Zentren konzentrieren. Diese sollen dann nicht mehr in Krankenhäusern der geburtshilflichen Regelversorgung betreut werden. Dahinter witterte die CDU in Nordrhein-Westfalen sofort die verkappte Absicht, die „kleineren geburtshilflichen Abteilungen in konfessionellen Krankenhäusern“ schließen zu wollen.

Die Perinatalzentren werden derzeit mit Landesmitteln personell und gerätetäglich ausgebaut, so wird etwa die Intensivstation der Dortmunder Kinderklinik von derzeit sieben auf demnächst 15 Behandlungsplätze ausgebaut. So sehr dieses Programm auch überfällig ist: Kritisch bleibt doch anzumerken, daß die Landesregierung zu wenig Gewicht auf die Mobilisierung und Einbeziehung der betroffenen Frauen legt. Wohnortnahe Beratungsstellen, besonders geschulte Hebammen in sozialen Brennpunkten sind besonders wichtig. Intensivstationen allein senken nicht die Säuglingssterblichkeit.

Schwermetallwerte im Rhein angestiegen

Der Anteil von Schwermetall im Rheinwasser ist nach Angaben der Stadt Rotterdam drastisch angestiegen. Wie Vertreter der Stadt bei einer „schwimmenden“ Pressekonferenz auf dem Rhein bei Mannheim bekanntgaben, hat beispielsweise der Zinkanteil 1986 um 75 Prozent gegenüber dem Vorjahr zugenommen. Während der Rhein 1985 noch 4347 Tonnen Zink transportierte, waren es 1986 schon 7623 Tonnen. Der Bleigehalt stieg unterdessen von 665 auf 1011 Tonnen, der Kupferanteil von 680 auf 932 Tonnen und der Chromgehalt von 586 auf 926 Tonnen.

Für verantwortlich erklärten die Niederländer die vorgelagerten

Anliegerstaaten. Zwar hielten sich die Einleiter dort an die national geltenden Grenzwerte, diese seien jedoch viel zu hoch. Die 14 größten Verschmutzer will die Stadt Rotterdam dazu bewegen, ihre Einleitungen zu reduzieren. Die Namen zu nennen war man allerdings nicht bereit, auch wenn man „juristische Schritte“ nicht ausschließen wollte.

Letztendlich würden die Schadstoffe nämlich im Rotterdamer Hafen oder in der Nordsee landen, erklärten die Vertreter der Stadt, da der Rheinschlamm die Schadstoffe binde. Rund zehn Millionen Tonnen des giftigen Schlamms müßten jährlich ausgehoben werden. Seit die niederländische Regierung die Verklappung in der Nordsee untersagt habe, werde der Schlamm auf Giftmülldeponien gelagert.



Foto: Linde 4

Niederlande: Neuer Gesetzentwurf zur Sterbehilfe

Die Minister für Justiz und für Gesundheit und Kultur der Niederlande haben Ende August dem Staatsrat einen Gesetzentwurf zur Sterbehilfe zur Stellungnahme zugeleitet. Demnach soll die aktive Sterbehilfe auch weiter nach Artikel 263 des Strafgesetzbuches verfolgt werden. In das Gesetz über die Ausübung der Heilkunde sollen allerdings Regelungen aufgenommen werden, die de facto eine Tötung durch einen Arzt straffrei machen würden. Unter Strafe würde demnach nicht fallen, wenn ein Arzt eine Behandlung auf ausdrücklichen Wunsch eines Patienten nicht beginne oder aufhört. Straffrei wäre auch, so der Gesetzent-

wurf, wenn ein Arzt ein Arzneimittel gibt, das das Leiden des Kranken erleichtert, selbst wenn es das Sterben des Kranken beschleunigt.

Der Gesetzentwurf enthält daneben Regelungen, wie der Wille des Patienten festzustellen ist und welche weiteren Auflagen der Arzt zu befolgen hat. Dazu gehört unter anderem die Pflicht, mindestens einen anderen Arzt zu Rate zu ziehen und die Angehörigen zu befragen.



Genomanalyse von Arbeitnehmern erlaubt

Genomanalysen von Arbeitnehmern und Beschäftigten des Öffentlichen Dienstes dürfen nach Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums vorgenommen werden, wenn der Betroffene seine Zustimmung gibt und wenn ausschließlich auf arbeitsplatz- und arbeitsstoffspezifische Erkrankungen untersucht wird. Dies erklärte der Parlamentarische Staatssekretär Anton Pfeiffer (CDU) im August in Bad Segeberg. Einem Einsatz der Genomanalyse im Versicherungswesen stand Pfeiffer skeptisch gegenüber. Der Abschluß eines Versicherungsvertrages etwa dürfe nicht von genetischen Tests abhängig gemacht werden.

WHO: Anti-Aids-Programm in Afrika

Aids-Präventionsprojekte in vier afrikanischen Ländern will die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im nächsten Jahr starten. Die Projekte, die ein Volumen von 13 Millionen Dollar haben, werden in Äthiopien, Kenia, Ruanda und Tansania durchgeführt.

Seit der Einrichtung des Spezialprogramms Aids der WHO im Februar dieses Jahres haben 80 Nationen um Zusammenarbeit mit der WHO gebeten. Bis Ende 1987 will die Organisation diesen Anfragen nachkommen.

Zunehmend psychiatrische Leiden

Psychiatrische Leiden haben bei den Arbeitsunfähigkeitsfällen seit 1975 um fast 70 Prozent zugenommen, wie die Krankheitsartenstatistik des Bundesverbands der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) ergeben hat. Die Statistik gibt Aufschluß über die Arbeitsunfähigkeitsfälle der rund zehn Millionen Pflichtmitglieder und die Krankenhaushäufigkeit aller Versicherten.

An vorderster Stelle der Krankheitsarten, die zur Arbeitsunfähigkeit führten, standen 1985

Erkrankungen der Atmungsorgane, vor allem Erkältungen. An zweiter Stelle folgten rheumatische Erkrankungen, deren Zahl nach Angaben des AOK-Bundesverbands von Jahr zu Jahr zunahm. Die psychischen Leiden, die zur Arbeitsunfähigkeit führten, standen 1985 an elfter Stelle der Tabelle.

Pro 100 Beschäftigte registrierten die beteiligten Ortskrankenkassen 118 Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und 1913 Arbeitsunfähigkeitstage, pro Fall also rund 16 Tage. Die Krankheitsdauer hat sich damit im Durchschnitt um rund einen Tag verkürzt. Bei den für einen Krankenhausaufenthalt ursächlichen Krankheitsarten ergab die Untersuchung, daß die kurzfristigen Akuterkrankungen in den Hintergrund treten. Chronisch degenerative Erkrankungen seien dagegen weiterhin im Vormarsch. Dies gelte vor allem für Herz- und Kreislauferkrankungen, für rheumatische und psychische Erkrankungen.

GKV: Keine Personalaufstockung

Die Gesetzlichen Krankenversicherungen sollen in der Pflegetrunden 1987/88 keine Pflegesatzsteigerungen akzeptieren, die über der erwarteten Zunahme der Grundlohnsumme liegen. Dies geht aus den gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hervor, die im „Dienst für Gesellschaftspolitik“ veröffentlicht worden sind. Ausnahmen sollen nur dort geltend gemacht werden können, wo ein Krankenhaus bereits alle Wirtschaftlichkeitsreserven erschöpft habe und keine Leistungen erbracht würden, die ambulant oder in anderen Kliniken kostengünstiger erbracht werden könnten.

Ausdrücklich wird in dem Papier gefordert, keiner Personalaufstockung zuzustimmen. Auch für den Arzt im Praktikum sollen keine zusätzlichen Stellen geschaffen werden. Zusätzliche AIP-Stellen seien von den Ländern zu finanzieren, heißt es in dem Papier der GKV-Spitzenverbände.



Wenn Ihnen

die Uhr

ausgerechnet

in Hô Chi Minh-Stadt stehenbleibt,

gehen Sie zu Vo Van Minh...

... und grüßen Sie ihn von uns. Vo Van Minh ist Uhrmacher. Seine Werkstatt steht an der Cach Mang Straße. Sie können ihn nicht verfehlen. Er sitzt im Rollstuhl.

1968, während des Vietnamkrieges, hatten Helfer von terre des hommes Vo Van Minh schwerverletzt gefunden. Er blieb querschnittsgelähmt. Bis heute wird er vom Reha-Zentrum in Hô Chi Minh-Stadt ambulant versorgt.

Seit zwanzig Jahren hilft terre des hommes Kindern in Vietnam. Ohne Unterbrechung. Auch nach 1975, als der 30-jährige Kampf gegen die Fremdherrschaft endlich vorbei war.

Mit finanzieller Unterstützung und Beratung von terre des hommes wurden in Hô Chi Minh-Stadt zwei Rehabilitationszentren gebaut. Ei-

nes für unterernährte Kleinkinder und eines für körperbehinderte Kinder und Jugendliche. Neben der medizinischen Rehabilitation und der orthopädisch-technischen Versorgung in eigenen Werkstätten gehören Präventivmaßnahmen wie Polio-schutzimpfungen und Aufklärungskampagnen für die ländliche Bevölkerung zum Programm des Reha-Zentrums.

Beide Einrichtungen bieten Fachpraktika für Ärzte, Medizinstudenten und Pflegepersonal an.

Noch kann Vietnam diese Modelleinrichtungen nicht allein finanzieren.

terre des hommes gibt auch in den nächsten Jahren degressive Zuschüsse zu den laufenden Kosten.

Dazu brauchen wir Ihre Hilfe.

Schreiben Sie uns, wenn Sie mehr über unsere Projekte in Vietnam wissen wollen.

Coupon:

Ich möchte weitere Informationen

- ☐ über die Reha-Zentren in Vietnam
☐ über die Arbeit von terre des hommes

Bitte schicken an: terre des hommes, Postfach 4126, 4500 Osnabrück



terre des hommes

Postfach 4126 · 4500 Osnabrück
Spendenkonto 700 "Vietnam"
BfG Osnabrück

MAK-Liste erweitert

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft hat kürzlich eine erweiterte Liste gesundheits-schädlicher Arbeitsstoffe (MAK-Werte-Liste) veröffentlicht. Eine Reihe neuer Stoffe sind in die Kategorie der beim Menschen eindeutig krebserregenden Stoffe aufgenommen worden. So wird die Gefährlichkeit von Formaldehyd von der Kommission als weit höher als bislang eingestuft. Der zulässige MAK-Wert wurde um die Hälfte gesenkt. Verringerte Werte wurden auch für Siliciumcarbid, Talk, Methylanilin und Styrol festgesetzt.

Die Kommission hat darüber hinaus neun weitere Stoffe in die Liste der im Tierversuch eindeutig krebserregenden Stoffe aufgenommen. Dazu gehören auch Rußpartikel, die bei der Verbrennung von Dieseldieselkraftstoff entstehen.

Natriumlaurylsulfat in der Zahnpasta

Natriumlaurylsulfat in Zahnpasten zerstört bereits in geringen Konzentrationen menschliche Blutzellen, wie der Münchner Pharmakologe Professor Jürgen Remien in einer Ausgabe des Fernsehmagazins „Monitor“ im September erklärte. Natriumlaurylsulfat wird in vielen Pasten zur Schaumbildung zugesetzt. Nach Untersuchungsergebnissen des Kölner Katalyse-Instituts, die im Auftrag von „Monitor“ durchgeführt worden waren, befand sich der Stoff in 14 von 18 untersuchten Pasten. Dabei ergaben sich folgende Einzelwerte: Ajona (7,4 Prozent), Merfluan (5,4), Theramed (2,0), Dentogalen (1,9), Blendi (1,7), Blendax Anti Belag (1,5), Signal (1,4), Vademecum (1,4), Weleda (1,2), Colgate Gel (1,1), Blend a Med-Gel (1,0), Urstoff-Zahnpasta (0,0). Auch in den Zahnpasten Colgate, Dentagard (beide 1,5) und Dr. Best Settima (0,5) wurde der Stoff nachgewiesen, wie das Katalyse-Institut zwei Tage nach der Monitor-Sendung berichtete. Dort war behauptet worden, diese drei Produkte seien frei von Natriumlaurylsulfat.

WIdO: Studie zur Strukturreform

Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) hat Mitte September ein Positionspapier zur Ordnungspolitik im Gesundheitswesen herausgegeben. Die Studie setzt an den ökonomischen Schwerpunkten der Debatte um die Strukturreform an, widerspricht jedoch allen Forderungen nach „mehr Markt im Gesundheitswesen“. Die wirtschaftlichen Probleme der Gesetzlichen Krankenkassen seien weniger in allgemeinen Kostensteigerungen zu suchen als in schwerwiegenden finanziellen Ungleichheiten und gegenläufigen Entwicklungen im Gesundheitswesen. Ein Blick über die Grenzen zeige gleichwohl, so der Autor der Studie, Hartmut Reiners, daß mehr Gesundheitsausgaben nicht automatisch eine bessere Gesundheitsversorgung bedeuteten. Die Lösung der Strukturprobleme liege nicht in einer Ausweitung, sondern in einer anderen Verteilung der Gesundheitsausgaben.

Die Studie kann gegen zehn Mark bezogen werden beim WIdO, Postfach 20 08 44, 5300 Bonn 2.

Keine Amalgamfüllungen bei Schwangeren

Die Arzneimittelkommission der Bundeszahnärztekammer in Köln hat jetzt empfohlen, bei Schwangeren keine umfangreichen Zahnfüllungen mit Amalgam vorzunehmen. Die Zahnärztekammer reagiert damit auf entsprechende Empfehlungen in Schweden, die auf der Annahme beruhen, daß Feten durch das Quecksilber in Amalgamfüllungen geschädigt werden können. Gegenüber der Neu Isenburger „Ärzte Zeitung“ äußerte der Pressesprecher der Kammer, Hans-Paul Reckort, es sei „unstrittig“, daß Quecksilber aus Amalgam im Körper resorbiert werde.

Konkrete Berichte, daß Kinder tatsächlich durch eine Amalgamfüllung geschädigt worden seien, lägen der Bundeszahnärztekammer bisher nicht vor.

6. 10.

Bonn

2. Treffen Kritischer Arbeitswissenschaftler
Kontakt: Kurt Straif, Reuterstr. 121, 5300 Bonn 1, Tel.: (02 28) 21 28 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-Str. 67, 5503 Konz, Tel.: (0 65 01) 15 154 oder (06 51) 71 08–207.

6. – 9. 10.

Gütersloh

39. Gütersloher Fortbildungswoche: „Die unwürdigen Alten“ – Zwischen Familienidyll und geschlossener Gesellschaft
Kontakt: Prof. Dr. Dr. K. Dörner, Westfälisches Landeskrankenhaus, Hermann-Simon-Str. 67, 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 (bfbw), 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.

22. – 25. 10.

Aurich / Ostfriesland

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie „Ausgrenzung verhindern – Leben sichern“
Kontakt: DGSP-Geschäftsstelle, Geibelstr. 69, 3000 Hannover 1, Tel. (05 11) 80 01 85.

24. – 25. 10.

Düsseldorf

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

24. 10.

Philippsburg

Aktionstag gegen die geplante Kompaktlagerung im AKW Philippsburg
Kontakt: Werner Aust, Die Grünen, Postfach 12 09, 6830 Schwetzingen.

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, Sundernholz 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.

14. – 15. 11.

Bonn

20. Sitzung des Arbeitskreises Medizin und Psychologie von Amnesty International

Kontakt: Dr. Johannes Bastian, Meisenweg 8, 7130 Mühlacker, Tel. (0 70 41) 4 31 55.

20. – 21. 11.

Göttingen

Einführungsseminar der Aktionsgruppe Babynahrung in die Babymilchkampagne. Speziell für Entwicklungshelferinnen und -helfer und Tätige im Gesundheitswesen.

Kontakt: Aktionsgruppe Babynahrung, Kurze Str. 6, 3400 Göttingen, Tel. (05 51) 4 71 29.

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.

**Nicht nur
für Insider**



Informationsdienst

**Alternative
Kommunalpolitik**

**Alternative-
Kommunalpolitik.**
Fachzeitschrift
für Grüne und
Alternative
Politik.
6mal im Jahr.
68 Seiten.
Einzelpreis
DM 7,-
(zzgl. Versand).
Jahres-Abo
DM 42,-
(incl. Versand).

...und noch was:
Das aktuelle
AKP-Heft zum
Kennenlernen
versenden wir
postwendend,
wenn uns DM 7,-
in Briefmarken
zugehen.

**Redaktion/
Vertrieb:
Alternative
Kommunalpolitik
Herforder Str. 92
4800 Bielefeld 1
(0521/17 75 17)**

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

**Kinderarzt/ärztin für Mitar-
beit und Vertretung in so-
zialpädiatrisch neuropä-
diatrisch orientierter Kin-
derarztpraxis im Raum
Düsseldorf, Neuss, Köln ge-
sucht. Tel. (0 21 06)
4 07 02.**

**Wir suchen Krankenhäu-
ser in der Bundesrepublik,
die schon Modelle für sog.
„Patienten-Ombuds-Leu-
te“, also Menschen, die als
Vermittler/in zwischen Pa-
tienten mit ihren Beschwer-
den/Anliegen und dem Pfl-
ge- und Arztpersonal tätig
werden, entwickelt und
durchgeführt haben. Bitte
melden bei: Die Grünen,
Stadtratsfraktion, Brigitte
Groening, Rathaus, 5300
Bonn 1.**

**„Demokratisches Ge-
sundheitswesen“ Nr. 1/79
bis 12/86, vollständig, ge-
gen Portokosten abzuge-
ben. Tel. (05 21) 20 02 24.**

**Suchen engagierte/n fort-
schrittliche/n Apotheker/in
für Neugründung einer Apo-
theke in kleinem Ort in Süd-
niedersachsen.
Zusendung unter Chiffre
010987 an: dg, Kölnstr. 198,
5300 Bonn 1.**

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

**Immer noch steigen die
Mitgliederszahlen der
Internationalen Ärzte
gegen den Atomkrieg.
Immer noch gibt es zahl-
reiche Initiativen, die
gegen die Erfassung des
Gesundheitswesens für
den Kriegsfall sind. Doch
bei vielen ist die Luft
raus, und sie sind haupt-
sächlich im Kopf für den
Frieden.**

**Was können die IPPNW
und die anderen
Friedensinitiativen jetzt
noch bewirken? Ob der
Zug abgefahren ist,
fragt dg-Redakteur
Walter Popp.**





Foto: Menzen

David oder Goliath?

Wo steht die Friedensbewegung im Gesundheitswesen?



Foto: Linde 47/M. Bauer / M. Jung

Was sollen wir denn noch machen? Die Leute hier haben es einfach satt, zum tausendsten Mal zu erklären, daß sie der Bevölkerung in einem Atomkrieg nicht helfen könnten. Der Satz, der rutscht einem ja schon raus wie „Bauknecht weiß, was Frauen wünschen“. Sie sehen, daß es nichts nützt, daß sie gegen die makabre Logik der Zivilschützer nicht ankommen. Sicher, es ist jetzt etwas einfacher, wo tatsächlich über Abrüstungsschritte diskutiert wird, aber ich kann langsam keine Friedenstäubchen mehr sehen.“ Michael P., Assistenzarzt in Frankfurt, geht trotzdem weiter zu seiner Friedensini und trotzdem wird er auch an der nächsten Friedensdemo teilnehmen. Aber es ist eben immer ein „trotzdem“ dabei. Der große Schwung ist weg.

Dabei sollte es gerade in der Friedensbewegung im Gesundheitswesen keinen Katzenjammer geben, denn zur Verabschiedung eines Gesundheitsschutzgesetzes oder anderer Maßnahmen zur Erfassung der Gesundheitsbe-

rufe für den Krieg ist es auf Bundesebene bisher nicht gekommen. Aufgrund der heftigen Proteste der Initiativen im Gesundheitswesen und der Ärzteinitiativen mußte bereits die sozialliberale Bundesregierung 1982 ihre Pläne für ein „Gesundheitssicherstellungsgesetz“ aufgeben. Auch die aus dem damaligen Vorhaben entwickelten Überlegungen für ein Zivilschutzgesetz unter der heutigen Bundesregierung haben das Parlament bisher nicht erreicht. Doch der Teufel liegt im Detail. Zwar konnten auf Bundesebene Verschärfungen verhindert werden, in den Ländern dagegen und auf lokaler Ebene laufen munter kaum getarnte Kriegssübungen und werden Katastrophenschutzgesetze verabschiedet. Mit langem Atem kämpfen die hauptamtlichen Zivilschützer und die Bundesärztekammer unbeirrt für Zwangsregelungen im Zivilschutzbereich, in vielem unterstützt von den Hilfsorganisationen wie dem Roten Kreuz, dem Malteser-Hilfsdienst oder der Johanniter-Unfallhilfe.

Freilich müssen dabei Abstriche vor dem Zeitgeist gemacht werden, denn der ist gegen den Zivilschutz. Nicht umsonst vermischt der für den Zivilschutz zuständige Innenminister ständig die Bereiche Katastrophenschutz und Zivilschutz. In seiner aktuellen Broschüre „Sicherer leben“ etwa gibt er zum besten: „Wo immer Menschen bei uns in Not und Gefahr geraten, versucht der Zivilschutz, durch geeignete Maßnahmen zu helfen und zu retten.“ Das ist freilich Unsinn: Nach den Genfer Protokollen umfaßt Zivilschutz ausschließlich die humanitäre Hilfe im Krieg, und nach NATO-Definition ist Zivilschutz Teil der zivilen Verteidigung, somit der Gesamtverteidigung. Katastrophenschutz dagegen ist laut Grundgesetz Länderangelegenheit und nur für den Frieden definiert. Neu sind allerdings des Innenministers Aussagen nicht, sie drücken nur aus, was seit gut 20 Jahren mehr und mehr in Gesetzen festgeschrieben wurde: eine Verzahnung von Katastrophen- und Zivilschutz. Letztendlich zurückzuführen ist das darauf, daß man derort die Unmöglichkeit, sinnlose Hilfe in einem atomaren Krieg von der sinnvollen Hilfe bei einem Großunfall zu trennen, noch nicht verstanden hat.

Die Beliebtheit der Argumente nimmt zu, und viele in den Friedensinitiativen kapitulieren davor, die eigenen Forderungen differenzierter betrachten zu müssen

Auch der Unfall in Tschernobyl hat keine entscheidenden Punktgewinne gebracht – weder für die Friedensbewe-

gung noch für die Zivilschützer. Die Anti-Atom-Ärzte leiten aus den Ereignissen weitere Argumente dafür ab, daß bei atomaren Unfällen größeren Ausmaßes keine Hilfe möglich sei. Die offiziellen Zivilschützer dagegen sehen darin gerade das beste Beispiel, daß der Katastrophenschutz ausgebaut werden muß. Selbst der amerikanische Knochenmark- und Illustriertenspezialist Robert Gale dient beiden Seiten als Beweis: Den einen bestätigt er die Erfolglosigkeit der Knochenmarktransplantation, den anderen bestätigt er die Notwendigkeit, hämatologische Labors neben Kernkraftwerken aufzubauen.

Die Beliebtheit der Argumente, die Verwirrung der Begriffe nimmt zu, und viele in den Gesundheitsinitiativen kapitulieren davor, die eigenen Forderungen differenzierter betrachten zu müssen. Ist man nur gegen Kriegsmedizin oder auch gegen Katastrophenschutz? Lehnt man nur den Zivilschutz ab, und muß nicht der Katastrophenschutz sogar ausgebaut werden?

Beim Leib- und Magenblatt aller Selbst- und Zivilschützer, der „Zivilverteidigung“, hat man schon erkannt, daß über Begriffsverwirrung Terrain zu gewinnen ist: „Für die Übergangszeit bis zum Erlass des neuen Zivilschutzgesetzes . . . ist es entscheidend, daß unkonventionelle Ansätze für Verbesserungen der zivilen Gesundheitsvorsorge in Katastrophenfällen nicht abgebrochen werden.“

Derartige Ansätze gibt es auf lokaler und Landesebene mehr als genug. Eine richtige Vorzeigestadt ist Gelsenkirchen im Ruhrgebiet, die sich ansonsten nur durch hohe Arbeitslosigkeit und Theaterschließung einen Namen macht. Dort wurde eine Arbeitsgruppe aus Repräsentanten der Stadt und der Ärzteschaft gebildet, die einen „Sanitätsplan“ für Katastrophen erstellen soll. In immer größerem Umfang finden dort „Stabsrahmen- und Sanitätseinsatzübungen“ statt. Zuletzt im Oktober 1986, als 500 Helfer einen „Vorfall im Parkstadion“ probten, wo Verletzte simuliert und auch die Sichtung geübt wurde. Ein Jahr zuvor war bereits die Evakuierung des Marienhospitals geübt worden. Weil sich niemand an die richtigen Patienten herantraute, wurden nur 571 Karteikarten durch 21 Krankentransportwagen und 147 Helfer „evakuiert“. „Große Pro-

bleme hatten die Organisatoren mit dem Transport von Patienten der Intensiv- und Säuglingsstation“, vermeldete die Westdeutsche Allgemeine Zeitung zu der Karteikartenübung. Im Augenblick will die Stadt Gelsenkirchen, regiert von der SPD, alle Bunker aus der Nazi-Zeit renovieren lassen. Welchen Sinn die Maßnahme geben soll, weiß freilich auch der verantwortliche Dezernent Stüßmann nicht zu vermitteln: „Die Fachwelt schätzt die Überlebenszeit in den Bunkern, zum Beispiel bei atomaren Katastrophen, auf rund zehn Stunden.“ Und dann?

Eher folgerichtig hat die Nachbarstadt Bochum in ihren Bunkern keine Lebensmittel eingelagert. Die Stadtverwaltung geht davon aus, daß die Schutzsuchenden Selbstversorger sind. „Die Bevorratung müßte für sieben Tage ausgelegt sein“, erklärte man jüngst dem Stadtrat – weil dann ohnehin das Wasser verbraucht sei. Einige Medikamente aber gibt es in den Bochumer Bunkern – sogar hochwirksame für den Fall einer atomaren Katastrophe: Novadral-retard-Tabletten, Antineuralgie-Tabletten mit Codein, Kohletabletten und Valdispert (Baldrian).

Für die Planungen in Gelsenkirchen hatte die dortige Bezirksstelle der Ärztekammer Daten niedergelassener Ärzte an die Stadt weitergegeben. Zwar ist dies nach Einspruch der Liste Demokratischer Ärzte in Westfalen-Lippe inzwischen beendet; der Datenschutzbeauftragte des Landes Nordrhein-Westfalen, hatte interveniert. Doch in anderen Städten – etwa in Brilon – läuft der Datenaustausch munter weiter.

In der Stadt Siegen, in der ein rühmlicher Chirurg seit Jahren den Zivilschutz vorantreibt, sind die meisten Widerstände schon gebrochen. Dort werden die niedergelassenen Ärzte bereits nach Einsatzort und -wünschen eingeteilt und in „Sanitätsposten“ zusammengefaßt.

Ein wichtiger Aktivposten für die Militärs sind auch die über 300 000 Schwesternhelferinnen, die von den Hilfsorganisationen in 28-Tage-Kursen ausgebildet werden. Finanziert werden die Kurse vom Verteidigungsministerium und vom Innenministerium. Wen wundert es da noch, daß die Schwesternhelferinnen einen Tag ihrer Ausbildung in Kasernen ver-

bringen müssen, wie eine Bundestagsanfrage der Grünen ergab. Gegenüber dem Roten Kreuz müssen die Schwesternhelferinnen dann auf Fragebögen ihre „Einsatzfähigkeiten und -merkmale“ nachweisen. Mehr und mehr läuft hier also eine Anpassung ans Militär ab, eine Übernahme militärischer Strukturen. So sieht denn auch der Vizepräsident a. D. des DRK, Dr. Schlegelberger, in seinen Helferinnen und Helfern „im Grunde genommen eine Armee auf tägliche Kündigung“. Und er lamentiert vor den Mitgliedern des Bundestagsinnenausschusses: „Wenn die Leute keine Lust haben, gehen sie nach Hause. Wir müssen sie immer wieder überzeugen. Das ist in der heutigen Zeit wirklich nicht leicht.“

Nach dem Motto „Bist du nicht willig, so brauch ich Gewalt“, taucht als zentraler Bestandteil des geplanten Zivilschutzgesetzes immer wieder eine Zivilschutzdienstpflicht auf, die es als Luftschutzdienstpflicht schon unter den Nationalsozialisten gegeben hat. Auch die Länder werden aktiv. So wie in Baden-Württemberg, wo vor kurzem ein neues Katastrophenschutzgesetz verabschiedet wurde, in dem eine Fortbildungspflicht für Maßnahmen im Katastrophenfall festgeschrieben wird. Auch können die niedergelassenen Ärzte zu Katastrophenschutzübungen abkommandiert werden. Dabei hat die Ärztekammer fürs erste ein Mitspracherecht. Nach Interpretation des derzeitigen Kammerpräsidenten in Baden-Württemberg, Grosse-Ruyken, bedeutet dies, daß der Bedarf aus freiwilligen Meldungen gedeckt werden soll. Die IPPNW betrachtet dies als teilweisen Erfolg ihres Widerstandes. Doch ob diese Maßnahme nicht am Ende zu einer noch stärkeren Verstrickung der ärztlichen Standesvertretung in die Zivilschutzplanungen führen wird, bleibt dahingestellt.

In Baden-Württemberg geht man nun auf die Suche nach freiwilligen Ärzten, die das Gesetz mit ausführen wollen; Teile der IPPNW überlegen sogar, ob sie – als politischer Kern – nicht selbst tätig werden sollen. Also abermals ein „Marsch durch die Institutionen“? Der Erfolg ist mehr als fraglich, denn die Phalanx aus konservativen Zivilschutzbefürwortern, aus Regierenden und aus den ärztlichen Standesvertretern steht einheitlich und geschlossen, als gäbe es keinen Widerstand. ▶



Foto: Haas

Und wenn es einer der Querulanten zu bunt treibt, schlägt schon mal ein Fürst der Kassennärztlichen Vereinigung zu – ob mit Zustimmung der Bundesspitzen oder ohne, sei dahingestellt. Den Arzt Hartmut Hanauske-Abel glaubte man, sich kaschen zu müssen. Der hatte auf dem Weltkongreß der IPPNW in Köln im Mai 1986 noch einen Vortrag halten können, in dem er aus den fürchterlichen Erfahrungen mit dem Nazi-Holocaust die Forderung ableitete, ein Arzt müsse gegen einen möglichen nuklearen Holocaust aktiv werden. Im August 1986 erschien der Vortrag in der weltbekannten Fachzeitschrift „Lancet“. Kurze Zeit später wurde Hanauske-Abel mit fadenscheinigen Argumenten vom Notfalldienst der Kassennärztlichen Vereinigung ausgeschlossen, von dem er den größten Teil seines Lebensunterhalts bestritt. Im April 1987 dann, kurz vor dem – erfolgreichen – Prozeß Hanauske-Abels gegen die Kassennärztliche Vereinigung, erschien im Deutschen Ärzteblatt ein mehrseitiges Interview Karsten Vilmars, das sich ausdrücklich auf den Artikel im „Lancet“ bezog. Als Verfasser nannte das „Deut-

sche Ärzteblatt“ einen „Arzt namens“ Hanauske-Abel, ganz im Stile einer Zeit, die man angeblich bewältigt hatte.

Auch beim Zivilschutz können die Ärztevertreter es nicht sein lassen: Im Blauen Papier von 1986, den berühmten „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft“, werden vom Deutschen Ärztetag weitreichende kriegsmedizinische Vorstellungen formuliert: Man fordert eine generelle Zivilschutzdienstpflicht, Einsatzpläne für Krankenhäuser sowie eine „verstärkte Aufklärung der Bevölkerung“, damit „noch vorhandene psychologische Barrieren abgebaut werden“. Natürlich soll auch im Krieg das Behandlungsmonopol der Niedergelassenen bestehen bleiben – ein gewisser Sinn für Situationskomik, wenn auch eine ziemlich makabre, ist also nicht verloren gegangen.

Weitgehend eins fühlen darf sich die Bundesärztekammer in ihrem Streben nach einer Stärkung des Zivilschutzes mit der derzeitigen Regierungskoalition in Bonn. Noch im Mai versprach Innenminister Friedrich Zimmermann im Innenausschuß des Bundestages, er wolle vor Jahresende das neue Zivilschutzgesetz durchs Kabinett bringen. Und sein Staatssekretär Spranger erklärte jüngst, daß sich die Vermischung von Katastrophenschutz und Zivilschutz in Einklang mit einem NATO-weiten Prinzip befindet. Parallel bereitet zur Zeit Bundesarbeitsminister Norbert Blüm die Umsetzung des Arbeitssicherstellungsgesetzes aus dem Jahr 1968 vor, nach dem in einem Krieg Arbeitnehmer in kriegswichtige Betriebe zwangsverpflichtet werden können.

Für die Ratifizierung der Zusatzprotokolle zu den Genfer Protokollen unternehmen dagegen weder Bundesregierung noch Bundesärztekammer Wesentliches. Diese Zusatzprotokolle, Ende der siebziger Jahre von der Bundesrepublik mit ausgehandelt, verbieten nämlich „Methoden oder Mittel der Kriegsführung . . ., die dazu bestimmt sind . . ., daß sie ausgedehnte, langanhaltende und schwere Schäden der natürlichen Umwelt verursachen“. Damit wären auch Atomwaffen gemeint – und die gesamte NATO-Strategie. Das ist der Punkt, der der Bundesregierung nicht schmecken will.

Der Hebamme Dorothee Stephan sollte gekündigt werden. Sie wollte eine Haftstrafe auf Sonderurlaub absitzen, die man ihr wegen einer Blockade in Mutlangen verpaßt hatte.

Das Deutsche Rote Kreuz mit seinem Vorsitzenden Prinz Botho zu Sayn-Wittgenstein (CDU) dagegen betreibt seit Jahren eine Kampagne zur Ratifizierung der Zusatzprotokolle und stellt sich damit deutlich gegen die haltende und ablehnende Haltung der Bundesregierung. Von daher setzte so mancher in den Gesundheitsinitiativen die Hoffnung auf die Hilfsorganisationen. Zwar konnte Sayn-Wittgenstein gewonnen werden, auf dem IPPNW-Weltkongreß zu sprechen, doch darüber hinaus ist es der Friedensbewegung bisher nicht gelungen, bei ihrem Kampf gegen Zivilschutz und Militarisierung irgendeine Unterstützung der Hilfsorganisationen zu gewinnen. Diese sehen genau, wo die Fleischöpfe hängen – nämlich beim Innenminister. Deshalb sind sie auch allenfalls bereit, wie jüngst auf einer Beratung des Innenausschusses, die Arbeit der staatlichen Zivilschützer vom Bundesverband für den Selbstschutz und vom Technischen Hilfswerk wegen mangelnder Effektivität zu tadeln und sich als besseren Sachverwalter zu preisen. Der Vertreter des Malteser-Hilfsdienstes, Freiherr von Heereman, bot sich an: „Es geht ja auch darum, daß irgend jemand ins Volk hineindringt. Und wer könnte das sein? Und wir haben immer wieder angeboten, daß wir zum Beispiel im Rahmen unserer Erste-Hilfe-Kurse sehr wohl bereit wären, etwas aufzusatteln.“

Aussichten für neue Bündniskonstellationen zeichnen sich also im Moment für die Friedensbewegung im Gesundheitswesen nicht ab. So scheint es angebracht, sich für die nächste Zeit auf die eigene Kraft zu besinnen und alles zu versuchen, die bestehenden personellen Kräfte zu halten. Für die IPPNW scheint dies noch am einfachsten möglich. Ihr Mitgliederbestand steht und scheint eher noch im Wachsen begriffen. Von daher ist – auch finanziell – die Arbeit gesichert. Ein immer größer werdendes Problem freilich ist, wie die Mitglieder in die Arbeit einbezogen werden sollen. Einerseits lehnt man eine formelle Demokratisierung – also etwa mit einem Delegiertensystem, ja gar Landesverbänden oder ähnlichem – bisher ab, weil man befürchtet, daß der Schwung der politischen Diskussion verloren gehen könne. Andererseits erkennt man aber auch, daß die bisherigen jährlichen

Mitgliederversammlungen nicht mehr der Größe der Organisation gerecht werden können. Wenn sich wie 1986 in Stuttgart hauptsächlich baden-württembergische Mitglieder versammeln, um die weitere Arbeit der bundesdeutschen Sektion zu beraten, kann dies nicht mehr allen genügen.

Doch eine Lösung des Dilemmas ist bisher nicht abzusehen. Die gegenseitige Toleranz und Achtung bei Vorstand und Beirat auf der einen Seite und den örtlichen Gruppen auf der anderen muß nicht ewig währen, wie sich zeigte, als die Münchener Gruppe mit allgemeinpolitischen Forderungen zur Ärztekammer kandidierte, die manchem konservativen Kollegen nicht gefielen. Auch in anderen Fragen zeichnen sich Auseinandersetzungen in der IPPNW ab: Einige Mitglieder wollen etwa in der Frage der Triage, der Sichtung, raus aus der Haltung der „ewigen Ablehner“. Der Frankfurter Internist Professor Ulrich Gottstein sieht bereits eine erhebliche Annäherung der Positionen, weil nach seiner Meinung die Katastrophenmediziner die Kategorie T 4, die einem Todesurteil gleichkommt, aufgegeben hätten. Diskutiert wird nicht nur, daß man eine differenziertere Haltung zur Katastrophenmedizin einnehmen müsse, man geht sogar so weit, die Erstellung eigener Katastrophenpläne vorzuschlagen.

Während die IPPNW immer noch Mitgliederzuwachs verzeichnen kann, bröckelt es bei den anderen Friedensinitiativen im Gesundheitswesen langsam ab. Die meisten sind eingegangen oder haben sich nach Tschernobyl neuen Themen zugewandt. Der Appell „Gesundheitswesen für den Frieden“ aus Hamburg, einst starke Konkurrenz für die sich gründende IPPNW, schafft nicht einmal mehr die formelle Auflösung. Auch der bundesweite Arbeitskreis „Krankenpflege gegen Krieg“ kann noch keineswegs sicher sein, das nächste Jahr zu überleben, auch wenn man sich eine Stärkung durch eine eigene Podiumsdiskussion auf dem Essener Kongreß verspricht.

So werden die nichtärztlichen Berufsgruppen weiterhin in erster Linie auf die Gewerkschaft ÖTV angewiesen sein. Doch scheinen insgesamt die Aktivitäten der ÖTV in friedenspolitischer Hinsicht eher nachzulassen, sieht man von gelegentlichen Stellungnahmen des

Hauptvorstandes zu internationalen Abrüstungsfragen ab. Gab es 1983 noch mehrere Rundschreiben der Hauptabteilung Gesundheitswesen zu Zivilschutzfragen und 1984 eine hervorragende Stellungnahme der ÖTV gegen den damaligen Entwurf eines Zivilschutzgesetzes, so ist heute zu diesen Themen weit weniger zu hören. Zwischenzeitlich haben sich nämlich auch die Zivilschützer selbst zu Wort gemeldet – viele von ihnen sind nämlich im Organisationsbereich der ÖTV tätig. Es gibt sogar ÖTV-Mitglieder unter ihnen.

Gleichwohl hat schon 1985 das Rechtsreferat der ÖTV klargestellt, daß angestellte Arbeitnehmer im Gesundheitswesen nicht zu Zivilschutzübungen gezwungen werden können, auch nicht, wenn versucht werde, entsprechende Nebenabreden zum Vertrag festzulegen. Die nämlich sind tarifvertraglich verboten. Gleichwohl gilt der Beschluß des ÖTV-Gewerkschaftstages von 1984, in dem die Gewerkschaft aufgefordert hatte, die „Teilnahme an kriegsmedizinischen Planungen, Schulungen und Übungen zu verweigern“. Dafür wurde Rechtsschutz und Unterstützung zugesagt, eine Möglichkeit, die sicher viel zu wenig genutzt worden ist.

Sich auf die eigene Kraft zu verlassen, das kann für alle im Gesundheitswesen dann nur heißen, sie zu erproben. So wie die Hebamme Dorothee Stephan, die eine Kündigung erhielt, als sie Sonderurlaub beantragte, um eine Haftstrafe abzusitzen – wg. Blockade in Mutlangen. Die ÖTV gewährte Rechtsschutz, Dorothee Stephan gewann ihren Prozeß. So wie die Neusser Ärzte, die sich nicht einverstanden erklären wollten, an Medikamenten zu forschen, die verschleiern, daß es im Atomkrieg keine Hilfe gibt. Der Pharmakonzern Beechum-Wülfig gewann den Prozeß, doch moralische Sieger waren in aller Öffentlichkeit die Neusser Ärzte. So wie Hartmut Hanauske-Abel, dessen Artikel zu einer neuen Diskussion über die Vergangenheitsbewältigung in der deutschen Ärzteschaft geführt hat. Man sollte es nicht unterschätzen: Die Friedensbewegung im Gesundheitswesen ist zu einer Kraft geworden, die Auseinandersetzungen herbeiführen kann; die an ihr Beteiligten sollten alles dafür tun, daß das so bleibt. □

urp - Das ungeborene, hirnlose Kind, der „anencephale Fetus“, sei der „ideale Organspender“, titelte die „Medical Tribune“ in ihrer Juli-Ausgabe. Professor Beller, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Münster, „räumt Bedenken aus“, so die Unterzeile.

Drahtseilakt

Hirnlose Kinder als lebende Nierenspender benutzt

Die Lobeshymnen der Medien von München bis Berlin über den „weltweiten Durchbruch“ waren einhellig. Es wurde der „ethische Sonderfall“ postuliert, es wurde für wichtig gehalten, daß „durch Transplantationsmöglichkeit . . . die Schwangerschaft von Müttern nicht lebensfähiger Leibesfrüchte noch einen echten Sinn (erhält)“, und ganz kühle Köpfe begannen bereits die Zahl der neuen Organspender hochzurechnen: „Pro Jahr 500 Fälle“.

Völlig aus dem Blick geriet in der Medien-Euphorie, daß es in der Bundesrepublik überhaupt keinen Bedarf an ethisch fragwürdigen Experimenten gibt, um den Spender-Pool zu erweitern. Es ist ganz im Gegenteil nur durch Besonnenheit, Diskretion und über jeden ethisch-moralischen Zweifel erhabene Praxis zu erreichen, daß die in der Bevölkerung reichlich vorhandenen Vorbehalte und Ängste bezüglich der Organspende abgebaut werden.

Die Fakten zu dieser medizinisch-ethischen Sensation sind nicht irgendwo zu lesen, sondern in einem – wenn nicht in dem renommiertesten Fachblatt der schulmedizinischen Welt, dem „New England Journal of Medicine“, Volume 316 von April 1987. Hier eine Veröffentlichung plazieren zu können, bedeutet für jeden medizinischen Forscher, zumal, wenn er nicht aus dem englischsprachigen Raum kommt, eine enorme Auszeichnung. Die Autorengruppe, angeführt von Wolfgang Holzgreve, Privatdozent und Oberarzt an der Universitäts-Frauenklinik in Münster, berichtet über drei gelungene Nierentransplantationen, die vor anderthalb und zweieinhalb Jahren durchgeführt worden waren. Die Spender waren anencephale Feten.

Daß hirnlose Feten zur Organspende herangezogen werden, insbesondere auch zur Nierenspende, ist genauso wenig neu wie sensationell. Auch daß die Organe Ungeborener, verpflanzt in ältere Kinder oder sogar Erwachsene, durch sehr schnelles Wachstum die geforderte Funktion rasch übernehmen können, ist Schnee von gestern. Längst aber auch hat sich erwiesen, daß Nie-

rentransplantationen von anencephalen Neugeborenen deutlich mehr operativ-technische Probleme bieten, und auch die spätere Funktion häufig schlechter ist als bei Organen anderer

Spender. Ein nicht unwesentlicher Grund wird darin gesehen, daß aufgrund auch der speziellen Hirnmißbildungssituation eine korrekte Todeszeitbestimmung schwierig ist. Vor dem

Die Fälle

Im ersten Fall war die schwere Mißbildung erst in der 36. Schwangerschaftswoche entdeckt worden. Die Entbindung erfolgte zwei Wochen später. Das Neugeborene wurde unmittelbar künstlich beatmet und der Kreislauf mit Medikamenten hochgehalten, bis die Nierentnahme 45 Minuten nach der Entbindung erfolgen konnte. Nach entsprechender Vorbereitung wurde jeweils eine Niere einem neun- bzw. vierjährigen langzeitdialysierten Kind implantiert.

Im zweiten Fall handelte es sich um eine Zwillingsschwangerschaft. In der 16. Schwangerschaftswoche war ein Zwilling als gesund, der andere als anencephal diagnostiziert worden. Die Eltern entschieden sich gegen die Möglichkeit des „Teilabortes“, und die Mutter zog es vor, auch den anencephalen Zwilling auszutragen, mit dem Ziel, ihn als Organspender zur Verfügung zu stellen. Nach Kaiserschnitt in der 36. Schwangerschaftswoche wurde der Anencephalus ebenfalls beatmet und kreislaufbehandelt. Die Nierentnahme erfolgte 60 Minuten nach Entbindung. Da aktuell kein Kind als Empfänger zur Verfügung stand, wurden beide Nieren einem 25jährigen Patienten verpflanzt. Die Nierenfunktion aller drei Empfänger war zum Berichtszeitpunkt sehr zufriedenstellend.

In der Falldiskussion wird von den Autoren der Schwerpunkt auf die ethische Problematik gelegt. Sie weisen darauf, daß es bei uns inzwischen juristisch abgesichert sei, daß der Anencephalus, als einziger Sonderfall der eugenischen Indikation, zu

jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft zum Abort gebracht werden darf. (Für alle anderen Fälle eugenischer Indikation gilt gemäß Paragraph 218 die Grenze der 24. Schwangerschaftswoche.) Dies nicht zuletzt aufgrund eines Vorschlages aus der Uniklinik Münster von 1980, an dem Prof. Beller führend beteiligt war. Auch in den USA setzten Ethik-Experten den Terminus „Hirn-Abwesenheit“ mit „Hirn-Tod“ gleich, wird berichtet, und der Abort zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft wird mit der hohen Sicherheit in der Diagnostik sowie den Lebenserwartungen von höchstens wenigen Wochen und dem Fehlen jeglicher bewußten Hirnleistung begründet.

Darüber hinaus hätte es für die Eltern der mißgebildeten Kinder in beiden Fällen eine erhebliche Erleichterung ihres Schicksals bedeutet, von der Möglichkeit der Organspende zu erfahren. Den Zwillingse Eltern, für die aus moralischen Gründen ein selektiver Abort nicht in Frage gekommen wäre, hätte diese Perspektive ein zusätzliches Argument bedeutet, den mißgebildeten Zwilling weitere fünf Monate auszutragen.

Die Autoren beschließen ihre Darstellung mit der Feststellung, daß die Nieren sehr gut und schnell gewachsen seien, daß solche Operationen nur von professionellen Teams vorgenommen werden sollten, die auch die Sicherheit für die Mutter, den Respekt vor dem Spender und die psychologische Situation der Eltern genügend berücksichtigen würden, und sprechen sich endlich dagegen aus, den Schutz von Neugeborenen mit geringen Mißbildungen aufzuweichen oder irgendwelche Geldleistungen für Organspenden anzubieten.



Eintritt des zweifelsfrei nachweisbaren Hirntodes treten daher meist andere Komplikationen – zum Beispiel eine Sepsis – auf, die eine spätere Organspende nicht mehr zulassen. Dieses Problem hat die Arbeitsgruppe um Holzgreve damit umgangen, daß sie den Todeszeitpunkt überhaupt nicht abgewartet hat. Es wurde kurzfristig alles intensivmedizinisch mögliche getan, um die Vitalfunktionen Kreislauf und Atmung auf hohem Niveau aufrechtzuerhalten, um dann dem so lebenden Organismus die Organe herauszuoperieren.

Den ethisch-moralischen Unterbau für dieses Vorgehen lieferten Beller und sein damaliger Oberarzt Quakernack 1980 zu einem großen Teil selbst. Sie plädierten damals in einer ausführlich begründeten Veröffentlichung dafür, daß es erlaubt sein solle, den Anencephalus als Sonderfall der eugenischen Indikation nach Paragraph 218b auch nach der 24. Schwangerschaftswoche zum Abort zu bringen. Dieses Vorgehen ist inzwischen richterlich anerkannt und sicher auch moralisch unumstritten, geht es doch darum, Frauen vor dem grausamen Schicksal zu bewahren, ein schwerst mißgebildetes Kind, das eine Lebenserwartung von Stunden bis maximal wenigen Tagen hat, meist jedoch bereits tot zur Welt kommt, über die gesamte Dauer einer Schwangerschaft auszutragen. Neu und fragwürdig wird diese Konzeption da, wo sie nun bruchlos auf die Situation des Anencephalen als Organspender übertragen wird, um bei dem „klinisch Toten mit erhaltenen Lebensfunktionen“ (laut Beller) die für die Organspende geforderten Kriterien der Todeszeitpunktbestimmung zu übergehen.

Umgangen würde auch das für Transplantationen aus gutem Grund erforderliche Kriterium, daß der Hirntod des Spenders durch einen Neurologen oder Neurochirurgen, der nicht in das Organentnahme- oder Transplantationsverfahren verwickelt ist, festgestellt werden muß. Gerade mit dieser Frage steht und fällt die Integrität der gesamten Transplantationsmedizin, und Holzgreve, Beller und Mitarbeiter

werden sich fragen lassen müssen, ob sie diese Integrität nicht leichtfertig eigenem Ehrgeiz geopfert haben.

Entsetzlich wird die Vorstellung allerdings da, wo Beller, laut „Medical Tribune“ und anderen Medien, dazu aufgerufen haben soll, daß die Schwangeren ihre Anencephalen nun doch austragen sollen, damit mehr Organe zur Verfügung stehen. Überdies wird Beller in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ (FAZ) vom 22. Mai '87 mit dem Satz zitiert: „Durch die Transplantationsmöglichkeit erhält die Schwangerschaft von Müttern nicht lebensfähiger Leibesfrüchte noch einen echten Sinn, weil sie mit deren Organen zumindest anderen, kranken Menschen helfen können.“ Unterstellt, es wurde richtig zitiert, hat Beller bereits hier den „Sonderfall Anencephalus“ auf die Allgemeinformel „nicht lebensfähige Leibesfrucht“ erweitert; ein geradezu haarsträubender Vortrag, den er an anderer Stelle selbst immer vehement abgelehnt hatte.

Sind das Zitat und die anderen, in diesem Zusammenhang geradezu marktschreierisch vertretenen Thesen nicht im Sinne der Urheber, so müssen sich die Wissenschaftler aus Münster zumindest den Vorwurf gefallen lassen, mit ihrem schlecht kalkulierten Gang an die Medienöffentlichkeit dieser äußerst sensiblen Materie einen weiteren Bärendienst erwiesen zu haben.

Denn auch ein anderer Punkt läßt aufhorchen: „Wir wollten sicher sein, daß die Transplantationen erfolgreich verliefen“, begründete Prof. Dr. Fritz K. Beller das lange Stillschweigen. (Westfälische Nachrichten, 22. Mai 1987).

Auch für jemanden, der sich selbst als „extrem konservativen Ethiker“ bezeichnet, darf nicht der Erfolg seines Tuns zum Nachweis für die Moralität des Handelns dienen. Denn dieser Begründungszusammenhang läßt unmittelbar den Umkehrschluß zu, daß ein Mißerfolg zu Stillschweigen, wenn nicht gar Vertuschung geführt hätte. Mit dieser Äußerung hat Beller parado-

mäßig vorgeführt, daß die öffentliche Kontrolle der wissenschaftlichen Forschung, gerade auch in den ethisch so problematischen Grenzberichen der Menschenversuche, nicht funktioniert, da es doch gelang, die Öffentlichkeit so lange von einer elementaren ethisch-moralischen „Neuorientierung“ auszuschließen. Übrigens war auch die einst von Beller mitinitiierte freiwillige Ethik-Kommission der Universität aktuell nicht damit befaßt worden.

Es ist dem Team um Wolfgang Holzgreve zu glauben, wenn es in seiner Veröffentlichung, bezogen auf die konkret dargestellten Fälle, die Erleichterung dieser so sehr leidenden Eltern beschreibt, als sie von der Perspektive der Organspende erfuhren. Unverständlich bleibt zunächst die Notwendigkeit, hier „ethisches Neuland“ zu betreten. Sinn bringt hier erst die im aktuellen Medienspektakel veröffentlichte These, daß mit einem Austragen der anencephalen Feten der „Spenderpool“ deutlich erweitert werden könnte und mit der Organentnahme – ohne die klassischen Kriterien der Todeszeitbestimmung einzuhalten – die Erfolgsquote deutlich verbessert werden könnte. Sarkastisch kann man es als „Erfolg“ bezeichnen, daß den münsterischen Geburtshelfern der Nachweis gelang, daß es bereits ein menschliches Wesen gibt, das offensichtlich unter Umgehung des üblichen Reglements, als „Organersatzteillager“ herangezogen werden kann, ohne daß bislang die Justiz eingegriffen hat.

Erschreckt werden allerdings all jene zurückweichen, die noch vor nicht allzu langer Zeit durch die ernsthaften Angebote, Organspender aus Entwicklungsländern gegen höhere Geldsummen zu organisieren, sensibilisiert worden sind. In diesem Zusammenhang erscheint auch der Schlusatz der Veröffentlichung im „New England Journal“, in dem die Erweiterung des beschriebenen Vorgehens auf andere Mißbildungssyndrome und das Angebot von Geldzuwendungen an die betroffenen Schwangeren abgelehnt wird, als Rhetorik, so ernsthaft er auch von den Autoren gemeint sein mag. □

„Es ist mit dem Grundgesetz vereinbar, daß ein Kind, welches durch eine Berufskrankheit seiner Mutter geschädigt, aber erst nach Eintritt der Berufskrankheit gezeugt worden ist, von den Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung ausgeschlossen bleibt.“

So das Bundesverfassungsgericht in einer im Juli veröffentlichten Urteilsbegründung. Im konkreten Fall wurde so nach einem jahrelangen Rechtsstreit entschieden, den eine ehemalige Krankenschwester angestrengt hatte. Sie hatte sich bei ihrer Arbeit im Krankenhaus eine Hepatitis B als anerkannte Berufskrankheit zugezogen und erhielt dafür Leistungen von der Berufsgenossenschaft. Ebenso ein Kind, mit dem sie noch während ihrer Berufstätigkeit schwanger war und das sich bei der Geburt ebenfalls mit Hepatitis B infizierte. Ein zweites Kind, das erst Jahre später geboren wurde, wurde ebenfalls mit Hepatitis B infiziert, und für dieses wurden jetzt ebenfalls Leistungen der beruflichen Unfallversicherung beantragt, da seine Erkrankung ebenfalls durch die anerkannte Berufskrankheit der Mutter ausgelöst worden war.

Auf andere und spätere Fälle übertragen bedeutet dieses Urteil des Bundesverfassungsgerichts, daß niemand haftbar gemacht werden kann, wenn später gezeugte Kinder durch Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten geschädigt werden. Und zwar nicht nur durch solche Schäden der Mütter, bei Vätern stellt sich diese Frage ähnlich. Nach der Entscheidung des Gerichts haben genetisch geschädigte Kinder eines AKW-Arbeiters ebenfalls keine Chance, eine Entschädigung durch die Unfallversicherung zu erhalten, wenn der Vater zum Zeitpunkt der Zeugung nicht mehr im AKW arbeitet. Den Arbeitgeber selber kann man in solchen Fällen sowieso nicht haftbar machen, da er durch die Beteiligung an der berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung von solchen Haftungen freigestellt ist. Es sei denn, man könne ihm vorsätzliche Schädigung nachweisen.

Entschädigungen durch die Unfallversicherung sind in der Bundesrepublik seit jeher nicht leicht zu erreichen. Es sind überhaupt nur 55 Listenkrankheiten anerkannt, für die ein Anspruch auf Entschädigung besteht. Anspruch auf Entschädigung kann überhaupt nur geltend gemacht werden, wenn mit hinreichender Wahrscheinlichkeit der ursächliche Zusammenhang zwischen der Schädigung und der Erkrankung bewiesen werden kann. Dies fällt bei allen langfristigen Schädigungen fast im-

Schick-sal?

ee - Für Schäden der Kinder von berufs-erkrankten Eltern soll niemand haftbar sein. Das Bundesverfassungsgericht hat ein Urteil mit erheblichen Folgen begründet.

mer sehr schwer oder wird fast unmöglich. So ist zum Beispiel die Entstehung von Krebserkrankungen durch radioaktive Strahlung im Einzelfall praktisch nie beweisbar, da die einzelne Krebserkrankung auch „schicksalhaft“, unabhängig von der beruflichen Schädigung, entstanden sein könnte.

Beweisen läßt sich eine solche Erkrankung nur statistisch, indem zum Beispiel nachgewiesen würde, daß Arbeiter in AKWs durchschnittlich ein erheblich erhöhtes Risiko haben, an Krebs zu erkranken – oder auch geschädigte Nachkommen zu bekommen. Dazu müßten aber sehr langfristig angelegte und umfassende Untersuchungen möglichst aller dort jemals Beschäftigten erfolgen. Dies ist bisher noch nirgendwo geschehen.

Ähnliches gilt für die chemische Industrie, die ein von Jahr zu Jahr zunehmendes Gefährdungspotential für Mitarbeiter, Angehörige und Dritte erzeugt. Denn jedes Jahr kommen Hunderte neuer Substanzen hinzu, deren Gefährdungspotential und Langzeitwirkungen noch niemand übersehen kann. Als Beispiele seien nur PVC, Asbest und Dioxine genannt, jeweils hat es Jahre bis Jahrzehnte gedauert, bis so viele Erkrankungen bekannt wurden, daß die verursachte Schädigung nicht mehr zu übersehen oder zu verheimlichen war. Jeweils waren erst viele Tote zu beklagen, bevor im Wege jahrelanger zermürbender Prozesse schließlich Entschädigungen gezahlt wurden.

Eine Lösung für ein ganz neues Gefährdungspotential ist noch gar nicht in Sicht, nämlich mögliche Gefährdungen

durch gentechnisch manipuliertes Material. Hier gibt es bisher weder Unfallverhütungsvorschriften noch Maßnahmen zum Arbeitsschutz.

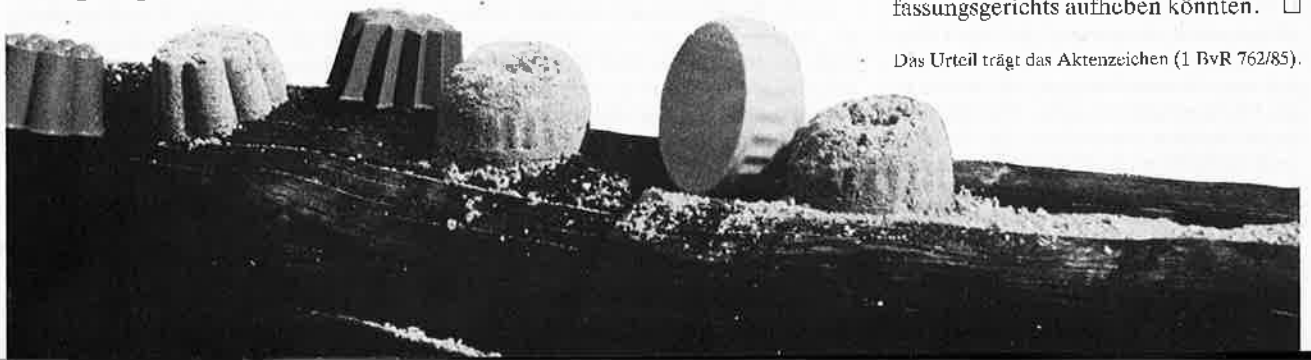
Eine Änderung der bisher für die Betroffenen unlöslichen Situation wäre einzig und allein eine Umkehr der Beweislast. Bisher muß der Geschädigte beweisen, daß er am Arbeitsplatz einen Schaden erlitten hat – und das in der Regel gegen Großunternehmen, die ganz andere Möglichkeiten haben, mit Juristen und Sachverständigen mögliche Ansprüche abzuwehren. Eine Gefährdungshaftung wäre die einzige Lösung, dann nämlich müßte der Hersteller eines Produktes beweisen, daß sein Produkt unschädlich ist. Das dürfte in vielen Fällen ausgesprochen schwierig werden.

Einen ersten Versuch hatte die SPD-Fraktion 1963 gemacht, als sie forderte, nicht nur den Fötus während der Berufstätigkeit, sondern auch „Personen mit genetischen Schäden, die im Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall von Eltern oder Voreltern stehen“, zu entschädigen. Damals wurde aus der CDU-Fraktion geantwortet: „Man kann alles übertreiben und man kann auch die Sozialstaatsklausel des Grundgesetzes überstrapazieren... Es gibt Schicksalsschläge, die der einzelne tragen muß. Wenn er sie nicht tragen kann, muß eben die Allgemeinheit eintreten, nicht aber die Unfallversicherung. Wir haben dafür vorgesorgt durch ein entsprechendes Sozialhilfegesetz.“

Letztlich nimmt also „der Staat“ den Unternehmern auch bei der Unfallversicherung ein Großteil des Risikos ab, ebenso wie er es bei AKWs macht. Auch dort müssen die Betreiber nur ein bestimmtes maximales Risiko versicherungstechnisch abdecken, das übergroße Restrisiko übernimmt „der Staat“. Was das bedeuten kann, hat die Katastrophe von Tschernobyl gezeigt. Kein Unternehmen würde je ein AKW betreiben, wenn es im Ernstfall für die Evakuierung und Entschädigung ganzer Großstädte bezahlen müßte.

Erst 1980 wurde durch den Gesetzgeber die Schädigung eines Fötusses durch einen Arbeitsunfall der Mutter als entschädigungspflichtig verankert. Der dringend nötige nächste Schritt wäre die Verankerung genetischer Schäden folgender Generationen als entschädigungspflichtig durch die Unfallversicherung. Dies hätte für den Arbeitsschutz in der Bundesrepublik Folgen, die das schlimme Urteil des Verfassungsgerichts aufheben könnten. □

Das Urteil trägt das Aktenzeichen (1 BvR 762/85).



Für eine soziale und demokratische Strukturreform im Gesundheitswesen

Der Arbeitskreis Gesundheitspolitik beim Parteivorstand der DKP veröffentlichte im Juni die folgende Stellungnahme zur geplanten Strukturreform.

Die Bonner Rechtskoalition plant weitere einschneidende Veränderungen im Gesundheitswesen. Unterstützt von den Unternehmerverbänden, richten sich ihre Vorhaben vor allem auf eine Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Deren weiter bestehendes Defizit (1986 1,3 Milliarden DM) und die anhaltenden Beitragssatzsteigerungen sind dabei Ausgangspunkt der Argumentation für die angestrebten Veränderungen.

Geplant ist neben weiteren Leistungseinschränkungen eine zunehmende Aushöhlung des Solidarprinzips: So wird eine Reduzierung der Leistungen auf eine Grundsicherung gefordert. Entsprechend dem eigenen Geldbeutel soll sich jeder Versicherte über bestimmte Grundleistungen hinaus „Zusatzleistungen“ kaufen können. Unter dem Etikett „Stärkung der Selbstverwaltung“ soll die GKV noch mehr als bisher in die Rolle desjenigen gedrängt werden, der als Kostenträger besonders im Krankenhausbereich den Versorgungsabbau vorantreibt und die angestrebten Strukturveränderungen durchzusetzen hilft.

Während seit Mitte der 70er Jahre die sozialliberale Koalition versuchte, eine Umverteilung zugunsten der Rüstungsausgaben und der Gewinnmaximierung der Monopole durch eher pauschale Reduzierung der Ausgaben für die gesundheitliche und soziale Versorgung der Bevölkerung (z. B. durch Kostendämpfungsgesetze) zu erreichen, plant die Rechtsregierung nun Veränderungen, die unter dem Stichwort „Wachstumsdynamik“ zum Ziel haben, das Niveau der medizinischen Versorgung zwar auf dem wissenschaftlich-technisch höchstmöglichen Entwicklungsstand zu ermöglichen, es aber nur bestimmten Teilen der Bevölkerung zugute kommen zu lassen, nämlich denjenigen, an deren Arbeitskraft die kapitalistische System interessiert ist, und denjenigen, die es aus eigener Tasche bezahlen können. Für Behinderte, chronisch Kranke, Kinder, psychisch Kranke, Pflegebedürftige und alte Menschen soll hingegen nur eine medizinische Versorgung auf einem möglichst niedrigen Niveau bleiben. Die GKV wird dabei letztlich zu einem Instrument der Armenversorgung degradiert.

Neben der Anpassung des Gesundheitswesens an die veränderten gesellschaftlichen und ökonomischen Bedingungen unter monopolkapitalistischen Vorzeichen und der dabei unbegriffenen Orientierung auf Umverteilung zugunsten von Rüstung und Monopolprofitten ist ein weiteres Ziel die Öffnung des Gesundheitswesens auf breiter Front für private Gewinninteressen über den traditionellen Sektor der niedergelassenen Ärzte und der Pharma- und medizinischen Geräteindustrie hinaus. Gefordert wird die Privatisierung großer Teile der direkten Versorgung, zum Beispiel in

Form privatwirtschaftlicher Krankenhausketten („Amerikanisierung des Gesundheitswesens“).

Die DKP hat mit ihren Vorschlägen „Für ein demokratisches und soziales Gesundheitswesen“ eine grundlegende Alternative zu der reaktionären Politik von Bundesregierung und Kapital erarbeitet. Unter den sich jetzt abzeichnenden veränderten Bedingungen gilt es vor allem, unsere Vorstellungen zur Absicherung und Weiterentwicklung eines leistungsfähigen Systems der Gesundheitsversorgung im Interesse der gesamten werktätigen Bevölkerung herauszustellen und fortzuentwickeln.

Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens muß vor allem die folgenden drei Bedingungen zur Grundlage haben:

1. Die medizinische Grundversorgung muß auf dem höchstmöglichen Niveau gesichert und weiter ausgebaut werden.
2. Allen muß – unabhängig von Einkommen und sozialem Status – der Zugang zu den medizinisch notwendigen und aufgrund des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes möglichen Versorgungsleistungen gewährleistet werden.
3. Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen müssen in verstärktem Umfang durchgesetzt werden. Letztlich erfordert dies eine Veränderung der Lebens- und Arbeitsbedingungen der Bevölkerung, um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. Eine wichtige Forderung ist dabei die Einführung der 35-Stunden-Woche mit vollem Lohnausgleich.

Diese Grundforderungen müssen der alles überwuchernden Argumentation um Kosten und Finanzierbarkeit entgegengesetzt werden. Die für die gesundheitliche Sicherung der Bevölkerung erforderlichen Mittel müssen durch eine Umverteilung zuungunsten von Rüstung und Monopolprofitten bereitgestellt werden. Einsparungsmöglichkeiten sind nicht bei den Versicherten, bei den Arbeitern, Angestellten und kleinen Beamten zu suchen. Sie ergeben sich durch Senkung der Preise für Arzneimittel und medizinische Geräte auf Kosten der Profite der sie herstellenden Industrie und teilweise zu Lasten bestimmter Gruppen von Spitzenverdienern besonders unter den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten. Maßhaltende Appelle, wie sie Minister Blum an die Pharmazeutische Industrie richtet, sind wirkungslos und sollen von wirklich notwendigen Maßnahmen ablenken. Die Kostenbelastung der GKV ist letztlich nur durch eine Überführung der Pharma- und Geräteindustrie in öffentliches Eigentum unter demokratischer Kontrolle in den Griff zu bekommen.

Das gesamte Gesundheitswesen bedarf einer umfassenden Planung und Steuerung im Interesse der werktätigen Bevölkerung, die sich nicht an Kriterien der kurzfristigen Kosteneinsparung, der

Rationalisierung und an privaten Gewinninteressen orientieren. Die Bedarfsplanung muß regionalbezogen sein und sich an der jeweiligen Krankheits- und Bevölkerungsstruktur orientieren. Wichtigster Grundsatz ist, daß gesundheitliche Sicherung nicht Privatsache des einzelnen Bürgers sein darf, sondern eine gesellschaftliche Aufgabe und Verantwortung sein muß.

Weiteren Versuchen, Leistungen abzubauen, muß die Forderung entgegengesetzt werden, bisher durchgeführte Maßnahmen, insbesondere die Selbstbeteiligung der Versicherten an den Behandlungskosten, wieder rückgängig zu machen. Geplante oder geforderte weitere Maßnahmen, wie die Einschränkung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Streichung von Mutterschaftshilfe, Sterbegeld und anderen Leistungen und massiver Abbau der Krankenhausversorgung dürfen nicht erfolgen. Für Letzteres ist es wichtig, hervorzuheben, daß nicht die Krankenhäuser für die Ausgabensteigerung der GKV in den letzten Jahren die Hauptverantwortlichen sind, zumal die unter dem Bereich „stationäre“ Versorgung zusammengefaßten Ausgaben zusätzlich zu dem gesondert erfaßten Bereich der Arzneimittel noch einmal 15 bis 20 Prozent Ausgaben für Arzneimittel enthalten. Der Sektor Arzneimittel, zu dem noch die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel kommen, nimmt damit den größten Ausgabenbereich der Krankenversicherung ein.

Wenn, von den Unternehmerverbänden gefordert und von der Bundesregierung geplant, eine Strukturreform der GKV erfolgen soll, so ist zu fordern, daß sie der Stärkung der GKV als Instrument der Versicherten für eine bessere Versorgung dienen muß. Anstelle des Versuchs, Wettbewerb und Konkurrenz zwischen den einzelnen Krankenkassen zu fördern, muß die Vereinheitlichung bei gleichzeitigem dezentralisierten Aufbau und versichertenaher Betreuung stehen. Das Solidarprinzip darf nicht angetastet werden, es muß durch Aufhebung der Pflichtversicherungsgrenze und Finanzausgleich zwischen den einzelnen Kassen gestärkt werden. Einführung versicherungsrechtlicher Prinzipien, die es den besser Verdienenden ermöglicht, sich eine bessere Versorgung zu kaufen, ist grundsätzlich abzulehnen. Die finanzielle Sicherung der GKV muß durch Erstattung der Kosten für Fremdleistungen (z. B. Mutterschaftshilfe) verbessert werden.

Um einen wirksamen Kampf gegen die reaktionäre Wende im Gesundheitswesen und für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung führen zu können, ist es von größter Bedeutung, die derzeitigen Bedingungen zu analysieren: Die Diskussion um die Probleme des Gesundheitswesens in der BRD in den letzten Monaten zeigt, daß die reaktionäre Front aus CDU, CSU, FDP, Unternehmerverbänden und ärztlichen Standesorganisationen nicht geschlossen ist. Es treten immer wieder gravierende Gegensätze auf, bei denen es um Fragen der Erhaltung bestehender Strukturen oder weitgehender Neuorientierung, Verteidigung von Partikularinteressen, zum Beispiel der Phar-

mainindustrie oder ärztlicher Standesorganisationen, gegenüber gesamtwirtschaftlichen Überlegungen zur Anpassung des Gesundheitswesens an die neuen Bedingungen, oder Fragen der Taktik im Umgang mit den verschiedenen politischen Kräften geht. Entsprechende Widersprüche finden sich auch im Jahresgutachten '87 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. So wird dort einerseits der sozialen Bedingtheit vieler weitverbreiteter Krankheiten breiter Raum gewidmet, empfohlene Konsequenzen beschränken sich jedoch nur auf bestimmte Bereiche der Krankheitsfrüherkennung, nicht jedoch auf Fragen ihrer grundsätzlichen Verhinderung. Bezüglich der GKV werden einerseits die Gründe für ihre schwierige finanzielle Situation umfassend dargestellt, Vorschläge zu ihrer Reform sind jedoch ausschließlich „marktwirtschaftlich“ orientiert und bleiben sehr allgemein.

In diesem Kräftefeld verhält sich die Bundesregierung und insbesondere Minister Blüm – teilweise sicher aus wahltaktischen Gründen – derzeit eher vorsichtig und flexibel. Die noch Mitte letzten

Jahres diskutierte Maximallösung einer Strukturreform der GKV scheint eher einer taktisch geschickteren, auf „Erhaltung und Weiterentwicklung“ abzielenden Lösung (Rede von Blüm auf der diesjährigen Frühjahrssitzung der Konzierten Aktion) gewichen zu sein.

Für die demokratischen und fortschrittlichen Kräfte ergeben sich somit Möglichkeiten, diese Widersprüche in der reaktionären Front aufzugreifen und zu vertiefen. Dies kann gelingen einerseits, indem grundsätzliche Alternativen für eine Gesundheitspolitik dem entgegengestellt werden, andererseits aber auch, indem bestimmte Einzelaspekte, wie insbesondere Fragen der finanziellen Absicherung der GKV, aufgegriffen werden und grundsätzliche Forderungen zu bestimmten Aspekten (z. B. 35-Stunden-Woche) verstärkt werden. Vor allem aber gilt es, verstärkt die wahren Ziele der reaktionären Kräfte, die sich hinter gut klingenden Etiketten und technokratischen Reformvorhaben verbergen, zu entlarven. Dies ist vor allem deshalb wichtig, weil die Argumentation um Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit etc. bei vielen

Menschen, gerade auch bei Arbeitern und Angestellten, angesichts der ständig steigenden Krankenkassenbeiträge auf fruchtbaren Boden fällt. Entsprechende Positionen finden sich nicht zuletzt in den Gewerkschaften wieder. Ihnen müssen die wirklichen Verursacher der Kostensteigerung aufgezeigt werden.

In diesem Kampf gibt es zwischen den inhaltlichen Vorschlägen der DKP und denen anderer Kräfte, insbesondere der SPD, der Grünen, der Gewerkschaften, aber auch in bestimmten Aspekten mit denen von Trägern der sozialen Krankenversicherung, Übereinstimmung. Dies trifft vor allem auf folgende Bereiche zu: Strukturreform der GKV, Preiskontrolle bei Arzneimitteln, Ausbau von bisher unterversorgten Bereichen, Sicherung einer qualitativ guten Grundversorgung unabhängig vom Einkommen, Betonung vorbeugender Maßnahmen. Hier gibt es Ansatzpunkte für Unterstützungsaktionen, Aktionsbündnisse und zum Vorantreiben der Diskussionen um eine alternative Gesundheitspolitik im Interesse der Werktätigen. □

Krankenhausfinanzierungsgesetz, Kostendämpfung und Auswirkungen der Krankenhauspolitik der 70er und 80er Jahre

Von David Klemperer

Einleitung

Gesundheitspolitik – und somit Krankenhauspolitik – wird seit Mitte der 70er Jahre unter falschen Vorzeichen gemacht. Grundlage der Gesundheitspolitik ist eine sog. Kostenexplosion (ein Begriff, der 1974 von Heiner Geißler geprägt wurde), auf Grund derer eine sog. Kostendämpfungspolitik betrieben wird. Betrachtet man die vorliegenden Zahlen nüchtern, muß man feststellen, daß es – seit mit dem Begriff Kostenexplosion Politik gemacht wird – nichts gibt, was diesen Namen verdient hätte. Wohl sind die Ausgaben für Gesundheit, ausgedrückt in absoluten Zahlen, gestiegen. Mißt man jedoch die Ausgaben im Gesundheitsbereich als Anteil am Bruttosozialprodukt (sog. Gesundheitsquote), ist festzustellen, daß dieser Anteil seit Mitte der 70er Jahre so gut wie konstant geblieben ist: Die Gesundheitsquote betrug 1975 9,1%, fiel bis auf 8,8% im Jahre 1979 und lag bei 9,3% 1983 (Quelle: Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1985, S. 325, Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit). Die Ausgaben für den Gesundheitsbereich halten sich also ganz im Rahmen der Steigerung des Bruttosozialprodukts – keine Spur von Explosion!

Auf der anderen Seite gibt es zweifelsfrei Schwierigkeiten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz erhöhte sich von 10,47% 1975 auf 11,44% 1984 mit bekanntermaßen weiter steigender Tendenz.

Wie ist dieser Widerspruch zu erklären?

Seit Mitte der 70er Jahre sind insgesamt sechs sog. Kostendämpfungsgesetze erlassen worden.

Von sogenannten Kostendämpfungsgesetzen muß man sprechen, weil diese Gesetze allesamt zu einer finanziellen Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geführt haben. Das Wissenschaftliche Institut der Orstkrankenkassen hat im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung den Umfang dieser finanziellen Belastung berechnet. 1984 waren es 14,85 Mrd. DM. Den größten Anteil macht die Verringerung der Zuzahlung der gesetzlichen Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner aus. Dies führt zu einer finanziellen Belastung der GKV von über 12 Mrd. DM allein 1984. Hinzu kommt die Streichung einiger Zuzahlungen des Staates an die GKV.

Ohne die Regelungen der sog. Kostendämpfungsgesetze, welche die GKV finanziell belasten, wären die Beitragssätze heute zwei Beitragsprozentpunkte niedriger! Es gibt also keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen, vielmehr besteht eine Finanzkrise der GKV, die politisch bewußt herbeigeführt worden ist. Ergänzend anzumerken ist, daß in der ersten Hälfte der 70er Jahre tatsächlich eine überproportionale Steigerung der Gesundheitsausgaben stattgefunden hat: Die Gesundheitsquote stieg von 6,3% 1970 auf 9,1% 1975. Diese Steigerung dürfte in erster Linie auf den erweiterten Leistungskatalog der GKV und auf den damals tatsächlich existierenden Boom im Krankenhausbereich zurückzuführen sein.

Den gesetzlichen Rahmen für das Krankenhauswesen bilden das Krankenhaus-Finanzierungsgesetz von 1972 (KHG) und seine Fortschreibung als Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984 (KHNG). Das KHG von 1972 brachte den bis dahin finanziell daniederliegenden Krankenhäu-

sern wesentliche Neuerungen. Als Gesetzeszweck wurde beschrieben, die Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Erstmals wurde die Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe anerkannt.

Die wirtschaftliche Sicherung soll über eine Zerteilung der Kosten in Investitionskosten, die durch öffentliche Mittel aufzubringen sind, und Benutzerkosten, die von den Krankenkassen über die Pflegesätze abgegolten werden, erfolgen (duale Finanzierung). Die bedarfsgerechte Versorgung soll durch Krankenhausbedarfspläne sichergestellt werden. Diese werden von den Ländern aufgestellt und fortgeschrieben. Ein Anrecht auf öffentliche Förderung haben nur Krankenhäuser, die in einen Bedarfsplan aufgenommen sind. Erarbeitet werden die Bedarfspläne von den Ländern in Zusammenarbeit mit der Krankenhausgesellschaft, den Krankenkassen und anderen Beteiligten wie Kommunen, Ärztekammer, ÖTV.

1981 zieht die damalige (SPD/FDP-)Bundesregierung Bilanz. Sie stellt fest, daß das KHG die wirtschaftliche Sicherung auf eine tragfähige Grundlage gestellt und Umfang und Qualität der Krankenhausversorgung verbessert habe. Es gebe zahlreiche Neu- und Ersatzbauten, die medizinisch-technische Ausstattung sei verbessert, das qualifizierte Personal sei erhöht, das Versorgungsniveau sei hoch und die Unterbringung komfortabel.

Stets mit dem Hinweis auf eine als bedrohlich bezeichnete Kostenentwicklung ist das KHG

mehrmals novelliert worden. Durch das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz von 1981 sind die Krankenhäuser in die Eingliederung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen einbezogen.

Das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG) als Werk der CDU/FDP-Koalition enthält einige gravierende Veränderungen. Es besiegelt zum einen den Rückzug des Bundes aus der Krankenhausfinanzierung. Zum anderen werden die Krankenhäuser jetzt über ein Budget finanziert, wodurch das Kostendeckungsprinzip praktisch außer Kraft gesetzt ist. Sind die Ausgaben des Krankenhauses höher bzw. niedriger als das Budget, wird dies nicht in jedem Fall ausgeglichen, so daß sich erstmals auch regulär Gewinne oder Verluste ergeben können. Es ermöglicht die Vereinbarung von Sonderpflegesätzen für bestimmte Gruppen von Kranken wie psychisch Kranke, chronisch Kranke, Langzeitkranke. Bestimmte Leistungen des Krankenhauses können aus dem Pflegesatz herausgenommen werden und über Sonderentgelte vergütet werden, dies gilt z. B. für Herzoperationen und Organtransplantationen. Die duale Finanzierung ist aufgeweicht worden. Sogenannte Rationalisierungsinvestitionen können jetzt dem Pflegesatz und somit den Krankenkassen aufgebürdet werden.

Zahlenmäßige Entwicklung

- Die Zahl der Krankenhausbetten betrug 1970 683 254, stieg bis 1975 auf 729 791 und wurde bis 1984 um über 50 000 auf 678 708 gesenkt.
- Die Bettendichte (Krankenhausbetten pro 10 000 Einwohner) verläuft entsprechend: 112,0 (1970), 118,4 (1975), 111,2 (1984).
- Die Zahl der Krankenhäuser wurde von 3 587 (1970) auf 3 106 (1984), also um 14% gemindert.
- Die Zahl der stationär behandelten Patienten stieg von 9,3 Mio. (1970) auf 11,9 Mio. (1985).
- Die Verweildauer im Akutkrankenhaus sank von 18,3 Tagen (1970) auf 14,1 Tage (1984).
- Die Zahl der Krankenhausärzte stieg von 36 550 (1970) auf 80 627 (1984). Die Zahl der Betten pro Arzt sank von 14,7 (1970) auf 8,4 (1984).
- Die Zahl der Krankenpflegepersonen stieg von 204 450 (1970) auf 300 081 (1984), entsprechend sank die Zahl der Betten pro Pflegeperson (ex-aminiert) von 4,8 (1970) auf 2,5 (1984).
- Die Ausgaben der GKV für Krankenhauspflege stieg von 9,4 Mrd. DM (1972) auf 35 Mrd. DM (1985), der Anteil an den Gesamtausgaben der GKV im gleichen Zeitraum von 27 auf 32%.
- Die GKV-Ausgaben pro Krankenhausfall stiegen von 1 397,90 DM (1970) auf 3 233,01 DM (1985), pro Rentner im gleichen Zeitraum von 2 061,52 DM auf 5 243,89 DM (1985).
- Der Anteil der von öffentlich-rechtlichen Trägern betriebenen Krankenhausbetten sank von 54,6% (1970) auf 51,2% (1984), im gleichen Zeitraum der von frei-gemeinnützigen Trägern von 36,5% auf 35,4%, der von privaten Trägern stieg von 8,9% auf 14,4%.

Entwicklungstendenzen

Diese Zahlen spiegeln einige wesentliche Entwicklungen wider:

- Unter den Krankenhäusern hat eine Konzentration stattgefunden. Viele kleine Häuser mußten schließen, einige Mammothäuser sind errichtet worden. Insgesamt ist die Zahl der Betten reduziert worden. Der Weg zum Krankenhaus ist häufig weiter geworden.
- Bei der Schließung von Krankenhausbetten sind die öffentlich-rechtlichen Träger überproportional betroffen. Private gewinnorientierte Ketten (z. B. SANA GmbH der privaten Krankenversicherungen, Paracelsus-Kliniken des Dr. Krummeyer) konnten, z. T. durch Aufkauf kommunaler Kliniken, expandieren.

– Die Arbeit im Krankenhaus hat eine Intensivierung erfahren. Eine größere Zahl von Patienten wird in kürzerer Zeit behandelt. Die angegebenen Zahlen über das Personal geben nicht wieder, daß die Berechnungen des Personalbedarfs durch Anhaltzahlen eine den gestiegenen Anforderungen entsprechende Personalvermehrung verhindert hat. So ist insbesondere die psychosoziale Versorgung der Patienten zumeist mangelhaft.

– Die Krankenhauskosten sind insgesamt und auf den Krankheitsfall bezogen gestiegen. Dies ist Folge der Ausweitung des Personals und der im Krankenhaus durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten mit zumeist hoher Personalintensität und großem Kostenaufwand, die Anfang der 70er Jahre nicht oder noch nicht im jetzigen Umfang vorhanden waren, haben jetzt einen hohen Stellenwert (z. B. Intensivstationen, Anästhesieabteilungen, Hämodialyse, Chemotherapie von Tumoren, Endoskopie, Computertomographie, Kernspintomographie, digitale Subtraktionsangiographie, Coronarangiographie, Coronarchirurgie, Nierenlithotripsie).

Als Fazit läßt sich sagen: Für immer mehr Patienten immer mehr Leistungen in immer weniger Zeit in immer weniger Betten.

Krankenhausbedarfsplanung

Die Krankenhausbedarfspläne sollen den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser insbesondere nach Standort, Bettenzahl, Fachrichtungen und Versorgungsstufe ausweisen. Die Aufstellung der KrBPl fällt in die Zuständigkeit der Länder. Konkrete Anforderungen oder Kriterien für die Erstellung sind nicht bundeseinheitlich festgelegt, so daß die Planung uneinheitlich ist.

Für die Berechnung des aktuellen zukünftigen Bedarfs an Krankenhausbetten wird die sog. „analytische Bedarfsformel“ zugrunde gelegt, in die Einwohnerzahl, Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer und Bettennutzung eingehen. Für die Bettennutzung wird in der Regel 85% zugrunde gelegt, gezählt nach der Mitternachtsstatistik.

Für die Berechnung eines künftigen Bedarfs werden für Einwohnerzahl, Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer Werte prognostiziert. Als Beispiel sei das Land Nordrhein-Westfalen angeführt. Hier wurde im Jahr 1971 eine Prognose für 1980 erstellt. Vergleicht man die 1971 prognostizierten Werte mit den tatsächlich eingetretenen, so ergibt sich für die Prognose der Einwohnerzahl ein Fehler von 6%, für die Krankenhaushäufigkeit 19% und für die Verweildauer 16%. Zusammengefaßt beträgt der Fehler der Prognose 46%, was bei 139 327 Betten im Jahre 1980 genau 65 108 Betten entspricht. Hieraus läßt sich zweifelsfrei schließen, daß die benutzte Methode für die Planung eines künftigen Bedarfs untauglich ist. In Wirklichkeit erfolgt die Bedarfsplanung pragmatisch, die Vorgaben sind rein politisch. Wenn die Bedarfsplanung in NRW dennoch – auch jetzt noch – mit der gleichen Methode betrieben wird, so nur, um der Politik des Bettenabbaus (in NRW Verminderung der Bettenzahl um 17 000 von 1975 bis 1984) einen wissenschaftlichen Anschein zu geben.

In den anderen Bundesländern sieht es nicht anders aus. Das Dornier-Gutachten für Baden-Württemberg hält einer wissenschaftlichen Überprüfung genausowenig stand. Tatsächlich erscheint es nicht möglich, einen künftigen Bedarf, oder besser, die erforderlichen Kapazitäten hinreichend genau zahlenmäßig zu prognostizieren. Es

lassen sich jedoch Faktoren benennen, die Hinweise für künftige Entwicklungen geben. So ist mit einer Zunahme der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen zu rechnen infolge einer wachsenden Zahl alter Menschen, Alleinstehender, chronisch Kranker, AIDS-Kranker. Absehbar ist eine Ausweitung der Transplantationschirurgie, der Wirbelsäulenchirurgie, der Angiologie und Gefäßchirurgie, der Geriatrie. Nicht zuletzt ist von einer Zunahme der Erkrankungshäufigkeit infolge von Belastungen am Arbeitsplatz und durch die Umwelt auszugehen.

Auf der anderen Seite ist mit weiter sinkender Inanspruchnahme zu rechnen in der Kinderheilkunde. Darüber hinaus wäre eine Entlastung der Krankenhäuser, insbesondere in den Bereichen Allgemeinchirurgie und Innere Medizin, möglich durch finanzielle Absicherung und Ausweitung der Hauspflege und Schaffung von teilstationären Einrichtungen zur Versorgung von Langzeitkranken und Pflegebedürftigen – eine Umstrukturierung, aus der nicht zwingend eine Kostensenkung für das Gesundheitswesen folgt. Weiterhin ist eine Senkung der Bettenkapazitäten möglich durch weitere Verkürzung der Verweildauer. Dies erfordert entsprechende Personalvermehrung und führt ebenfalls nicht zwangsläufig zu einer Kostensenkung.

Von vielen Seiten wird behauptet, daß es überzählige Krankenhausbetten gibt. Je nach Interessenlage werden Zahlen bis 150 000 angegeben. Diese in die Welt gesetzten Zahlen entbehren genauso wie die Bedarfsberechnungen der Länder jeglicher wissenschaftlicher Untermauerung. Die hier angestellten Überlegungen hingegen zeigen, daß eher mit einer vermehrten Nachfrage nach Krankenhausleistungen zu rechnen ist als mit einem Rückgang, wenn nicht große Anstrengungen im ambulanten Bereich unternommen werden, um Krankenhausaufenthalt für einen Teil der Kranken überflüssig zu machen.

Krankenhausfinanzierung

Die „Verordnung über Pflegesätze“ aus dem Jahr 1954 bildete bis 1972 die Grundlage für die Krankenhausfinanzierung. Diese Verordnung führte aus verschiedenen Gründen nicht zu kostendeckenden Pflegesätzen. Auch war nicht geregelt, wer den nicht gedeckten Teil der Pflegesätze zu tragen hatte, noch, wer die Investitionskosten aufzubringen hatte. Die so entstandenen Defizite (1969: 2 Mrd. DM) wurden nur teilweise durch öffentliche Zuschüsse ausgeglichen, so daß stets noch ein reales Defizit beim Träger verblieb (1969: 800 Mio. DM). Das KHG sollte hier eine grundlegende Änderung bringen. Bei erstmaliger Anerkennung der stationären Versorgung als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge wurden die Kosten zweigeteilt in Investitionskosten, die durch öffentliche Mittel und Benutzerkosten, die über die Pflegesätze aus den Krankenkassengeldern aufzubringen sind (dualer Finanzierung). Die öffentlichen Mittel wurden von Bund und Ländern gemeinsam bereitgestellt (Mischfinanzierung). Die Pflegesätze wurden zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen ausgehandelt und vom Land festgesetzt. Investitionskosten und Pflegesatzerlöse sollten zusammen die Selbstkosten eines sparsamen und leistungsfähigen Krankenhauses decken (Selbstkostendeckungsprinzip).

Somit war die Finanzierung der Krankenhäuser zumindest anscheinend erstmals auf eine solide Grundlage gestellt. Die Erfahrung zeigte jedoch bald, daß die Krankenhäuser die tatsächlichen Kosten häufig in den Pflegesatzverhandlungen nicht gegenüber den Krankenkassen durchsetzen konnten und somit weiter mit einem Defizit zu leben hatten. Dies veranlaßte sie zu einer Einsparung von Kosten insbesondere durch eine restri-

tive Personalpolitik und durch Privatisierung von Dienstleistungen innerhalb des Krankenhauses (Reinigung, Wäscherei, Küche, Apotheke, Labor). Die Krankenkassen hingegen gerieten unter Kostendruck, weil sie jetzt über die Pflegesätze Kosten zu erstatten hatten, die vorher durch öffentliche Mittel ausgeglichen worden bzw. als Defizit beim Träger verblieben waren. Ein sprunghafter Anstieg der Pflegesätze und somit der Ausgaben der GKV für stationäre Behandlung war die unausweichliche Folge.

Der Staat entzog sich zunehmend seiner Verantwortung zur Finanzierung der Investitionskosten, was sich in einer Senkung des staatlichen Anteils an der Finanzierung von 15 auf 9% von 1973 bis 1983 bei gleichzeitigem Anstieg des Anteils der GKV von 58 auf 70% bemerkbar machte.

Unterm Strich ist also entgegen der erklärten Absicht des KHG der defizitären Lage der Krankenhäuser keineswegs ein Ende bereitet worden, den Krankenkassen ist hingegen ein wachsender Anteil der Krankenhauskosten aufgebürdet worden, während der Staat sich zunehmend der Finanzierung entzieht.

Wesentliche Änderungen der Finanzierungsmodalitäten brachte das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984. Auf Drängen der Länder, der Krankenhausträger und Krankenkassen wurde die Mischfinanzierung abgeschafft. Die Investitionskosten werden jetzt von den Ländern alleine aufgebracht. Die doppelte Finanzierung wurde aufgeweicht, indem die Möglichkeit eröffnet wurde, Kosten für Investitionen (sog. Rationalisierungsinvestitionen) den Pflegesätzen zuzuschlagen und damit die GKV zu belasten.

Während der Pflegesatz bis dahin über bereits entstandene Kosten vereinbart wurde, wird jetzt ein Budget auf Grundlage vorausgeschätzter Selbstkosten unter Annahme einer voraussichtlichen Belegung für einen künftigen Zeitraum vereinbart. Praktisch bedeutet dies folgendes: Krankenhäuser und Krankenkassen handeln zum einen den Pflegesatz für das kommende Jahr aus. Zum anderen müssen sie sich über die voraussichtliche Zahl der Pflegetage einigen. Pflegesatz multipliziert mit den prognostizierten Pflegetagen ergeben das Budget. Wird jetzt die Zahl der prognostizierten Pflegetage nicht erreicht, zahlt das Krankenhaus lediglich 25% des Pflegesatzes an die Krankenkasse zurück, für jeden Pflegetag, der über der prognostizierten Zahl liegt, erhält das Krankenhaus 25% des Pflegesatzes. Mit anderen Worten: Weicht die tatsächliche Belegung von der angenommenen ab, werden Mehr- bzw. Minder-

erlöse zu 75% ausgeglichen. (**flexibles Budget**). Hierdurch eröffnet sich den Krankenhäusern die Möglichkeit, Gewinne oder Verluste zu erzielen.

Die Aufhebung der Mischfinanzierung läßt eine je nach Finanzkraft des Landes unterschiedliche Entwicklung des Versorgungsniveaus befürchten. Ein Nord-Süd-Gefälle ist vorprogrammiert.

Die Auswirkungen der flexiblen Budgetierung sind auf Grund des noch kurzen Erfahrungszeitraums noch nicht sicher abzuschätzen. Die Pflegesatzverhandlungen für 1987 zeigen jedoch, daß die erhoffte durchschlagende Wirkung auf die Kostenentwicklung ausgeblieben ist, so daß der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 1987 bereits wieder Handlungsbedarf geortet hat.

Als weitere Neuerung aus dem Jahr 1984 können jetzt gesonderte Pflegesätze für bestimmte Gruppen von Kranken (z.B. psychisch Kranke, chronisch Kranke, Langzeitkranke, Dialysepatienten) erhoben werden. Weiterhin können Sonderentgelte für bestimmte Leistungen (z.B. Herzoperationen, Organtransplantationen) berechnet werden. Als Begründung für die Regelungen wird eine erhöhte Kostentransparenz angegeben. Diese Begründung erscheint vordergründig und überzeugt nicht. Betrachtet man Sonderpflegesätze und Sonderentgelte im Zusammenhang mit der Diskussion um das angeblich nicht mehr finanzierbare Gesundheitswesen, um die vermeintliche Selbstverschuldung von Krankheiten, um die „Anspruchsinflation“ der Versicherten, um die zynische Berechnung des Wertes eines Menschenlebens, muß man feststellen, daß hier ein Mittel geschaffen wurde, mit dessen Hilfe im Zusammenwirken mit einer (z.B. prozentualen) Selbstbeteiligung Patienten der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung erschwert oder unmöglich gemacht werden kann.

Dies würde vorwiegend die sozial Schwachen treffen, die ja bereits einen schlechteren Gesundheitszustand und eine geringere Lebenserwartung haben als die besser gestellten Gruppen der Bevölkerung. Es ist also ein Mittel geschaffen worden zur Ausgrenzung derjenigen, die gesundheitlicher Versorgung am meisten bedürfen.

Alternativen

Krankenhauspoltik beschränkt sich derzeit weitestgehend auf den Aspekt der Finanzierung. Der starre Blick auf eine vermeintlich bedrohliche Kostenentwicklung scheint keinerlei Raum für kreatives und phantasievolles Nachdenken über die

Verbesserung der Versorgungsstrukturen zu lassen. Dem setzen wir im folgenden teils ältere, aber verschüttete, teils neuere Forderungen entgegen.

1. Die Planung der stationären Versorgung muß Teil einer Gesundheitsplanung auf regionaler und kommunaler Ebene werden, welche Prävention, Rehabilitation und ambulante Versorgung einschließt. Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung ist einer regionalen bzw. kommunalen Instanz (z.B. dem kommunalen Parlament) zu übertragen. Die Beschäftigten im Gesundheitswesen und die Patienten sind an den Planungen zu beteiligen. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung ist obsolet.
2. Die Krankenhäuser sind für ambulante vor- und nachstationäre Diagnostik und Therapie zu öffnen.
3. Die Finanzierung der Krankenhäuser ist sicherzustellen. Der Staat muß die erforderlichen Mittel bereitstellen, die Mischfinanzierung ist wieder einzuführen. Der Begriff der Investitionskosten ist weit zu fassen, die Pflegesätze sind von Investitionskosten ganz und gar freizuhalten. Besonders teure Einrichtungen wie Intensivstationen, Schwerstverbranntenzentren, Dialyseabteilungen sind vom Staat zu finanzieren (Personalvorhaltekosten).
4. Die Personalausstattung hat sich an den Erfordernissen einer humanen Krankenpflege und bestmöglichen Behandlung auszurichten und nicht an der Bettenzahl. Die psychosoziale Betreuung ist wesentlicher Teil einer humanen Krankenpflege und darf nicht weiter der Personalknappheit zum Opfer fallen.
5. Eine Verminderung der Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung ist anzustreben durch finanzielle Absicherung der häuslichen Pflege und der Heimpflege durch den Staat und durch Schaffung von teilstationären und ambulanten Einrichtungen für Pflegebedürftige und Langzeitkranke.
6. Die Einschränkung der Rechte des Personals in kirchlichen Häusern (Tendenzschutz) ist aufzuheben.
7. Die Grundsätze des klassenlosen Krankenhauses sind endlich zu verwirklichen:
 - Abschaffung von Pflegeklassen, Privatstationen und Privatbetten. Abschaffung der Möglichkeit zur privaten Liquidation. Erstklassige Behandlung für alle Patienten.
 - Abschaffung der Hierarchien im Krankenhaus. Organisatorische Leitung durch ein gewähltes Kollegialorgan, in dem Ärzte, Pflegebereich, Verwaltung und Patientenvertreter Mitglied sind. Beseitigung des Chefarztprinzips. Statt dessen auf Abteilungsebene Wahl eines leitenden Arztes durch Ärzte und Pflegepersonal.

Weniger Medikamente — Bessere Therapie. Von der Dritten Welt lernen?

Internationaler Kongreß in

Vorträge (u.a.)

- Vom Mythos der Verschreibungsfreiheit
- Der rationale Gebrauch von Arzneimitteln
- Ein universelles Konzept
- Gesunde Zulassungspraxis: Das Beispiel Norwegen
- Nationale Medikamentenpolitik in Bangladesh
- Europas Verantwortung für die Dritte Welt: Rationale Exportpolitik

Workshops

- Verbraucher: Vom armen Schlucker zum aktiven Patienten
- Hilfen für den einzelnen Arzt: Listen und Informationsquellen
- Mit Krankenhauslisten arbeiten
- Nationale Medikamentenpolitik: Wo muß sich etwas ändern?
- Der internationale Medikamentenmarkt



Referenten (u.a.)

- Dr. Mira Shiva, Indien
- Charles Medawar, GB
- Dr. George Grant, GB
- Joe Collier, GB
- Dr. Gerd Glaeske, BRD
- Jane Moffatt, GB
- Dr. Zaifullah Chowdhury, Bangladesh
- Gerd Monheim, BRD
- Marc Bounicon, Belgien
- Dr. Andrew Herxheimer, GB
- Prof. Peter Schönhofer, BRD
- Gerardo P. Andamo, Philippinen
- Mary Banotti, Irland

Bielefeld vom 16.-18.10.1987

Kongreßsprachen

deutsch, englisch, französisch
Alle Plenarveranstaltungen werden simultan übersetzt

Teilnehmerbeiträge

Berufstätige 100 DM
Studenten, Arbeitslose 50 DM

Anmeldungen für den Kongreß an:

BUKO Pharma Kampagne
August Bebel Str. 62
4800 Bielefeld 1

Ein Kongreß für Ärzte Verbraucher Dritte Welt Gruppen und andere Interessierte

Angst vor Aids?

um – Angst vor Aids gibt es auch bei medizinischem Personal. Krankenhaus-hygieniker haben jetzt Empfehlungen zur Aids-Prophylaxe am Arbeitsplatz vorgelegt.

„Früher“, so erzählt ein internistischer Oberarzt, „haben wir uns zum Blutabnehmen Handschuhe doch nur angezogen, wenn bei einem Patienten der dringende Verdacht auf eine Hepatitis bestand. Seit einigen Monaten gehört es für die Ärzte unserer Abteilung aber zur Routine, sich zur Blutabnahme Einmalhandschuhe anzuziehen.“ – „Für uns hat sich eigentlich nichts geändert. Seit Jahren tragen wir im Labor Schutzkleidung, und Mundpipetten gibt es schon lange nicht mehr“, weiß eine MTA zu berichten. – „Den Mundschutz habe ich auch früher schon mal getragen wegen der Amalgam-Stäubchen. Aber wie das so ist, im Laufe der Zeit wird man wieder etwas nachlässiger. Erst seit ich einen Patienten hatte, der mir vor der Behandlung sagte, daß er HIV-positiv sei, arbeite ich konsequent wieder mit dem Mundschutz“, erklärt ein Zahnarzt. Drei zufällig zusammengetragene Äußerungen von Tätigen im Gesundheitswesen zur Frage, ob sie eine persönliche Prävention gegen eine HIV-Übertragung befolgen.

Anfangs in medizinischen Fachkreisen oft nicht besonders ernst genommen, hat die Krankheit Aids auch hier zu Nachdenklichkeit, Änderung von Gewohnheiten, aber auch Angst geführt. Das geht so weit, daß nach einer Umfrage des Westdeutschen Rundfunks eine nicht unerhebliche Zahl von Ärzten aus dem Münsterland die Behandlung HIV-positiver Patienten aus Angst vor einer Übertragung des Virus ablehnen.

Übertragungswege und Virulenz des HIV sind einem Großteil des medizinischen Fachpersonals bis heute nicht bekannt. Oben angeführte Äußerungen sind eher positive Beispiele über die Kenntnis persönlicher Schutzmaßnahmen. Erst in jüngster Zeit etwa ist das Thema Aids auch in Fortbildungsveranstaltungen für Schwestern und Pfleger vertreten. Dabei ist zur Panik kein Anlaß. Weltweit sind erst sehr wenige Fälle von HIV-Infektionen medizinischen Personals aufgrund beruflicher Tätigkeit bekannt.

Auf der dritten internationalen Konferenz über Aids, die im Juni in Washington stattfand, wurde über die In-

fektion von drei Krankenschwestern berichtet, die mit infiziertem Blut von Aids-Kranken kontaminiert wurden. Alle hatten größere Mengen Patientenblut auf die ungeschützte Haut oder in den Mund bekommen. Insgesamt wurde das Infektionsrisiko als gering eingeschätzt, wobei es durch die strikte Einhaltung der Schutzvorschriften weiter gemindert werden könnte.

Um Aufklärung des medizinischen Personals bemüht, hat der „Ausschuß für Krankenhaushygiene“ Empfehlungen zur Aids-Prophylaxe in Krankenhaus und Praxis verabschiedet und veröffentlicht. In einer kurzen Einleitung zur Epidemiologie wird hervorgehoben, daß HIV-positiv nicht bedeutet, daß der Patient isoliert werden muß (aktive Isolierung). Allerdings könne wegen der Immunschwäche eine passive Isolierung notwendig werden. Dies entspricht durchaus bisheriger Gepflogenheit, wie sie beispielsweise für Patienten mit stark erniedrigter Zahl weißer Blutkörperchen (Agranulocytose) getroffen wurde.

Die wichtigsten Empfehlungen zum Kontaminationsschutz sind:

- Tragen von Einmalhandschuhen bei der Blutabnahme
- Ablage von gebrauchten Kanülen in festen Behältern. Besonders gefährlich ist das Zurückstecken in die Schutzhülle (Stichgefahr).
- Tragen von Gesichtsmasken beim Absaugen und bei zahnärztlichen Eingriffen.
- Verbot des Mundpipettierens.
- Einführung ventilgeschützter Systeme zur Blutabnahme und bei Verweilkanülen.

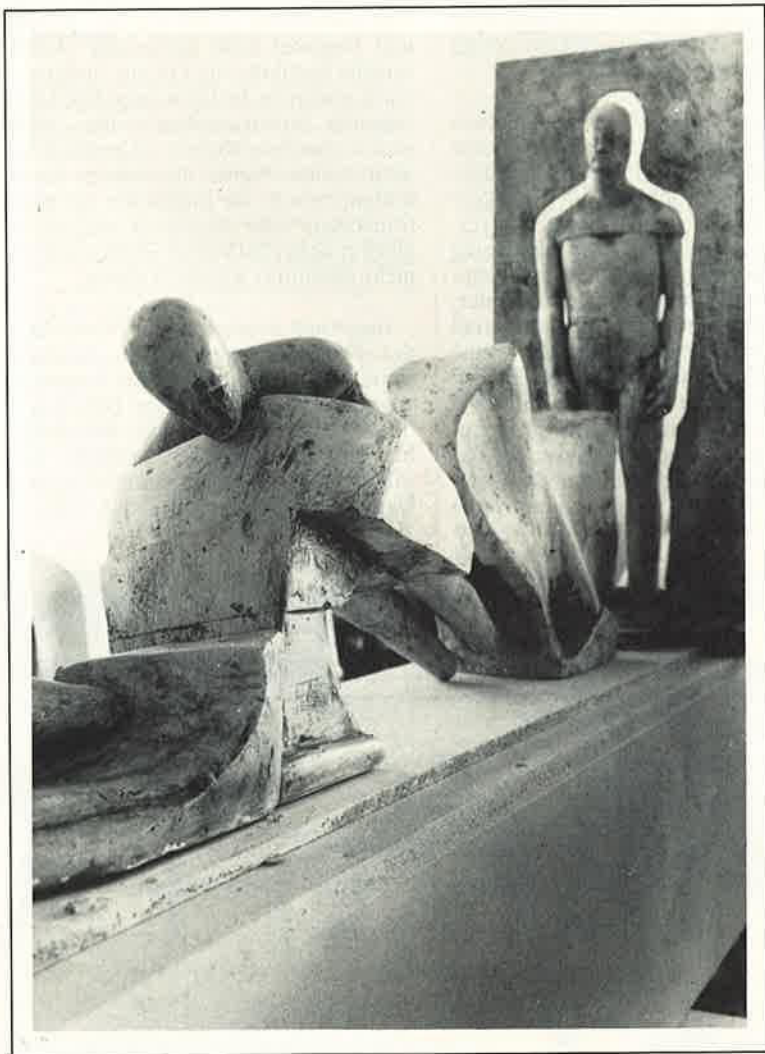
Weitere Empfehlungen beziehen sich auf Desinfektionsmaßnahmen, wobei HIV gegen herkömmliche Desinfektionsmittel empfindlich erscheint. Besondere Maßnahmen werden für Operations-, Intensivpflege- und Endoskopiebereiche empfohlen. Kritikwürdig erscheint dabei der Rat, vor invasiven Eingriffen eine HIV-Untersuchung durchzuführen. Diese routinemäßige Testanwendung erscheint für Patient und Personal nicht notwendig. Andererseits bestünde die Gefahr, aufgrund eines positiven Tests, notwendige Operationen aufzuschieben oder nicht mehr durchzuführen. Abschließend wird in dem Papier die richtige Empfehlung erteilt, die Indikation zur Bluttransfusion sehr streng zu stellen, da absolut sicher HIV-freie Blutkonserven nicht garantiert werden können.

Insgesamt erscheinen die Vorschläge der Krankenhaushygieniker durchaus sinnvoll und praktikabel zur Prophylaxe einer berufsbedingten HIV-Infektion. Weitere Hilfen und Ratschläge für das medizinische Personal, beispielsweise im zwischenmenschlichen Umgang mit Infizierten, sind notwendig. □



Foto: Linie 4/M. Bauer/M. Jung

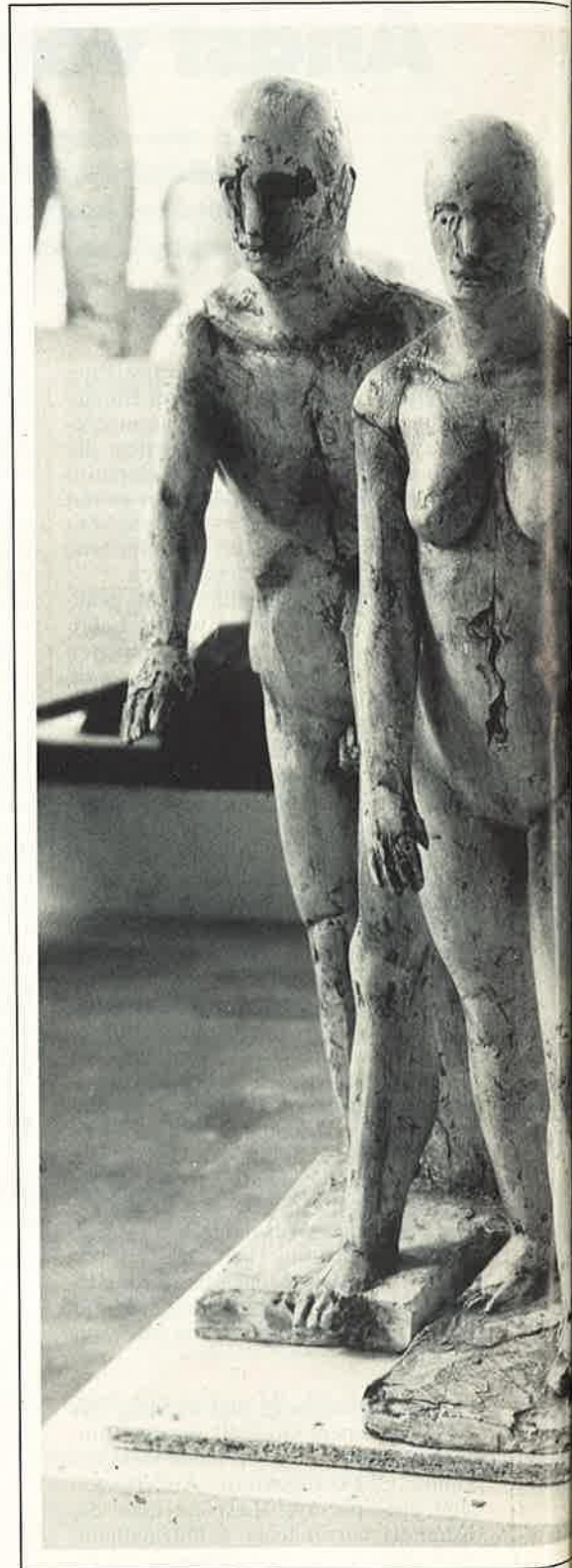
Der Bildhauer Rainer Hagl Krankheit a



Kunst im Krankenhaus ist oft nur dekoratives Beiwerk, ohne jeden inhaltlichen Bezug zu dem, was die Menschen erleben, die sich dort, sei es als Kranke oder als Beschäftigte aufhalten. Der Bielefelder Bildhauer Rainer Hagl wollte auf das Thema Krankheit eingehen, als er das abgebildete Modell im Rahmen eines Wettbewerbs für eine Plastik vor dem neuen Bielefelder

Krankenhaus anfertigte. Die Möglichkeit des Menschen zu sein oder der Sinn der Krise, so lautet der Titel der Figurengruppe, die als Bronze-guß über 13 Meter lang werden soll.

Rainer Hagl möchte die Gruppe – korrespondierend zum Inhalt – im Bronze-guß auf zwei Ebenen stehend sehen. Sie stellt modellhaft einen Pro-



zeß dar: Aus dem Zustand der Passivität, der Fremdheit, der Gesichtlosigkeit hin zu einem aktiven Zustand.

Eine Figur, die – statisch zunächst – fällt, sich dem Boden, auf dem sie steht, nähert, begreift und sich wieder erhebend in einen neuen Zustand, in einen neuen Raum eintritt, so beschreibt Hagl diesen Prozeß. Er glaubt,

Is Chance?



Foto (3) L. Kräussl

daß Krankheit einen solchen Bewußtwerdungsprozeß auszulösen vermag.

Weder will er definiert wissen, was die Schale, die die Figur im Mittelteil der Plastik verläßt, symbolisiert, noch wohin die Veränderung führt. Die Schale könne die Krankheit selbst darstellen, krankmachende Verhaltensweisen oder Bedingungen. Ihm geht es

nicht um die konkrete Ausdeutung, sondern um den Veränderungsprozeß selbst, den er darstellen wolle. Er habe mehrfach die Erfahrung gemacht, daß für Künstlerkollegen eine schwere Krankheit zum Anstoß wurde, ehemalige Ziele über Bord zu werfen und freier, besser zu arbeiten. Eine überwundene Krankheit könne einem die wesentlichen Aspekte des Lebens deut-

licher machen, und insofern sei auch die optimistische Wirkung durchaus beabsichtigt.

Rainer Hagl, Jahrgang 1947, hat Graphik an der Kunstakademie Stuttgart studiert. Seit 1986 ist er Professor für Bildhauerei an der Universität Osnabrück.

„Guter Einstieg“

Neues zur Amerikanisierung des Gesundheitswesens

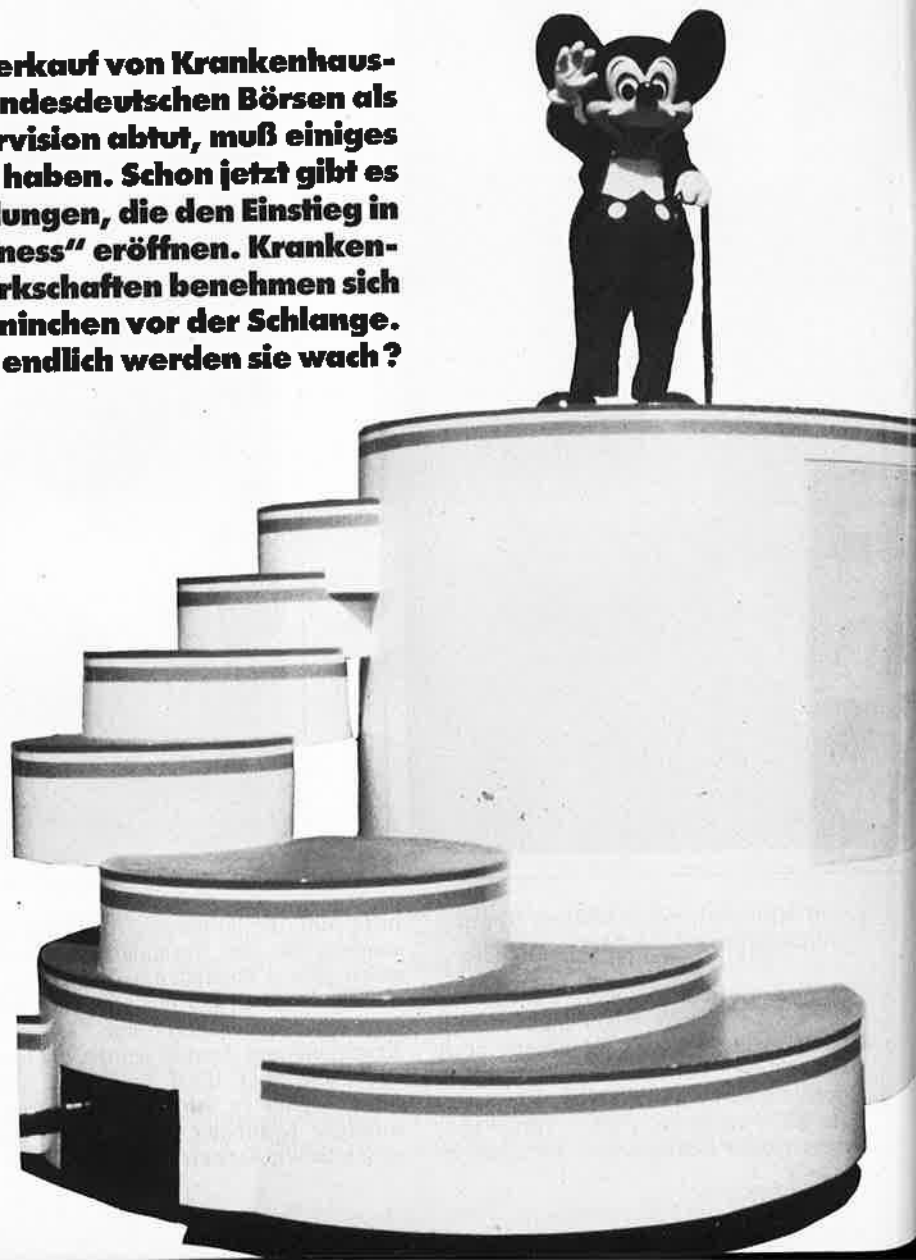
na – Wer den Verkauf von Krankenhausaktien an bundesdeutschen Börsen als Horrorvision abtut, muß einiges verschlafen haben. Schon jetzt gibt es gesetzliche Regelungen, die den Einstieg in den „big business“ eröffnen. Krankenkassen und Gewerkschaften benehmen sich weiter wie die Kaninchen vor der Schlange. Wann endlich werden sie wach?

Fangen wir auf der anderen Seite des großen Teiches an: Der finanzielle Aufwand für die medizinische Versorgung pro Kopf der Bevölkerung in den USA liegt mit weitem Abstand an der Spitze aller Länder, wie die OECD ausweist. Gleichzeitig schlug Präsident Ronald Reagan eine „Catastrophic Illness Insurance“ für Patienten vor, die mit ihrer Familie vom finanziellen Bankrott und vom Rauswurf aus dem Krankenhaus bedroht sind. Aber das ist nur scheinbar ein Widerspruch. Die Statistik gaukelt eine Gleichheit vor, wo in Wirklichkeit riesige Klassenunterschiede bestehen: 1637 Dollar wurden in den USA 1984 pro Kopf für die medizinische Versorgung ausgegeben. Im Vergleich dazu die Bundesrepublik: 1079 Dollar.

Daß das „pro Kopf“ eine statistische Lüge ist, hat jetzt auch die amerikanische Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Arthur Anderson und Co. in einer gemeinsamen Studie mit dem American College of Health Executive festgestellt. So habe zwar „grundsätzlich jeder Amerikaner Anspruch auf eine gleichwertige medizinische Versorgung“, zitiert die „Neue Ärztliche“ am 11. August aus der Studie, jedoch würden „die Einkommenslage der Patienten und der Umfang ihres Versicherungsschutzes . . . auch über den Umfang und die Qualität ihrer Versorgung mitentscheiden. Aufwendungen für unheilbar Kranke müßten aus finanziellen Gründen eingeschränkt werden, und Organtransplantationen könnten in den nächsten zehn Jahren nur an solchen Patienten vorgenommen werden, die diese bezahlen können.“ Zu deutsch heißt das: Wer arm ist, muß früher sterben, auch wenn, wie in der Studie lobend festgestellt wird, „das Gesundheitswesen weiterhin der größte Wirtschaftszweig der Vereinigten Staaten bleibt“.

Wie die amerikanischen Krankenhauskonzerne dabei mit dem Personal und langfristig damit auch den Patienten umspringen, hat sich mittlerweile herumgesprochen. Die rücksichtslose Profitmaximierung hat jedoch noch



längst nicht ihren Höhepunkt erreicht: Mittlerweile setzen die Großkonzerne auf den Versandhandel mit Medikamenten, so die „Neue Ärztliche“ vom 13. August. Amerikanische Ärzte gingen mehr und mehr dazu über, den Patienten gleich in der Praxis die Medikamente zu verkaufen. Großunternehmen wie Medco-Containment vertrieben Arzneimittel per Post – und das mit rapide steigendem Umsatz. Daß die Versandhändler ihre Kunden mit Placebos und Imitationen bedienen, tut der Umsatzerwartung keinen Abbruch, auch wenn etliche solcher Fälle an die Öffentlichkeit gerieten. Die Experten gingen, so die „Neue Ärztliche“, von einem „weiter stürmisch wachsenden Versandhandel“ aus.

Da die US-Konzerne, sei es im Krankenhauswesen, im Versandhandel oder in der Medizintechnik gigantische Gewinne eingefahren haben, suchen sie nach Expansionsmärkten. Hier sind wir schon beim Sprung nach Europa: Bereits Anfang dieses Jahres hat der amerikanische General Electric den französischen Hersteller von Medizintechnik Thompson aufgekauft. Jetzt soll ein Brückenkopf in der Bundesrepublik aufgebaut werden. Nach dem Motto „Besser, preiswerter, schneller“ will man an das große Röntgengeschäft. Dabei, das war zu erwarten, kritisieren die Amerikaner die geltende Großgeräte-Verordnung: Die armen Patienten müßten sooo weite Umwege zum Arzt fahren, weil Röntgengroßgeräte in der Bundesrepublik ungünstig verteilt seien. Tatsache ist, daß die Bundesrepublik mit weitem Abstand die größte Dichte an medizinischen Großgeräten aufweist.

Wer die Amerikanisierung des bundesdeutschen Gesundheitswesens als Horrorvision bezeichnet, braucht sich nur die Wirtschafts- und Fachpresse der letzten Wochen anzusehen. Der französische Konzern „Wagon-Lits“, der auch hier Krankenhäuser aufkaufen und führen will, plant nämlich bereits jetzt, seine Aktien zum Handel an der Frankfurter und Londoner Börse zuzulassen (Neue Ärztliche, 29. 7.). Wie es weitergeht, macht die Massa AG aus Alzey in der Pfalz vor (Neue Ärztliche, 27. 7.): In sechs seiner insgesamt über 20 Selbstbedienungsmärkten sollen jetzt „Gesundheitszentren“ eingerichtet werden. Mittelpunkt dieser Zentren: Praxen für fünf bis acht Fachärzte, Platz auch für die Homöopathie, eine Apotheke, eine Art Gesundheitsshop, in dem man frei verkäufliche Arzneimittel, Vitamin- und Aufbau-stoffe, aber auch Geräte für Freizeit – Sport – Gesundheit kaufen kann. Denn, so die Massa-Manager: „Wir wollen natürlich mit dem Gesundheitszentrum unsere Geschäfte machen.“ Also gehören dazu auch Bräunungsstudios, Fitneßcenter, Optikerbetriebe und Versicherungsbüros, die bereits ihre Arbeit mit „großem Erfolg“, so wieder die Neue Ärztliche, aufgenommen hätten.

Daß der Patient bei aller Sorgewaltung auch hier ganz oben anstcht, gehört zum reichen Schatz altbekannter Selbstverständlichkeiten: Man will vor allem der unterversorgten Landbevölkerung auf dem Lande entgegenkommen und ihr die langen Wege zum Facharzt ersparen. Das sei „Daseinsvorsorge für den Kunden im weitesten Feld“, so die Massa-Manager. Damit der Barzahler unter den Kunden des Gesundheitscenters nicht durch die Arztrechnung erblassen muß, wird in diesen Tagen eine Kundenkasse eingeführt, die auch die Bezahlung des Arztes über Kreditkarte zuläßt.

Nicht ganz so offensiv, doch unterschwellig auf gleicher Welle reiten einige Krankenkassen, Mitglieder der Regierungsparteien und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Auf einer Tagung des Bundesgesundheitsministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit in Bonn am 22. Juni äußerten sich, wie das Deutsche Ärzteblatt berichtete, Experten zwar skeptisch über die Möglichkeit, das amerikanische Finanzierungsmodell direkt auf die Bundesrepublik zu übertragen. Gleichwohl will der Bundesverband der Ortskrankenkassen eine modellhafte Erprobung der Fallpauschalenabrechnung initiieren. Zustimmung kam vom Bayerischen AOK-Landesverband und auch vom Berliner Sozialsenator Ulf Fink, designierter Vorsitzender der CDU-Sozialausschüsse. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft plädiert durch einen ihrer Protagonisten, Professor Siegfried Eichhorn, in der Augustnummer der Zeitschrift „Das Krankenhaus“ offen dafür, daß die Bestimmungen des Paragraphen 6 der Bundespflegesatzverordnung, die Ansätze einer Fallpauschalenabgeltung wie in den USA ermöglichen, erweitert werden müßten. Die Kosten für Personal und Sacheinsätze, die bisher nicht unter das Sonderentgelt fallen, sollten nicht mehr pflegetage- sondern fallbezogen berechnet werden. Auch die Arzneimittelversorgung und – hier schon der US-Begriff – die zugehörigen „Hotelleistungen“ sollten fallbezogen flexibilisiert werden.

Noch deutlicher wird der Leiter der Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung GEBERA. Die Zeitschrift „Das Krankenhaus“ zitiert eine Rede von Hans Rossels vom Mai. „Die Öffnungsklausel Paragraph 6 BPFLV ist als guter Einstieg . . . anzusehen.“ Neben dem Eigenwort dieser Klausel sei insbesondere die „Mentalitätsprägende Wirkung der Sonderentgelte von Bedeutung“. Und das heißt nichts anderes, als daß der bisherigen pflegetagebezogenen Regelung der Garaus gemacht werden soll. Rossels fordert ganz offen, daß nicht nur die sonderentgeltfähigen Kosten für Implantate, Prothesen, besonders teure Gerinnungsfaktoren und Arzneimittel sowie spezielle komplizierte medizinische Eingriffe auf diese Weise abgegolten werden sollen, sondern daß die gesamte Diagnostik, Therapie und Pflege im Einzelleistungsprinzip zur Abrechnung kommen soll.

Es bleibt nur festzustellen, daß auch diesseits des großen Wassers der Damm gegen eine rücksichtslose Kommerzialisierung der Krankenhäuser bereits mehr als Risse aufweist. Schuld daran sind nicht nur profitorientierte Kräfte, sondern auch die auf kurzfristige Einsparungen bedachten Krankenkassen. Schuld daran sind die vielen von Sachkenntnis ungetrübten Versicherungsvertreter in den jeweiligen Ausschüssen und – die Gewerkschaften, die zwar frühzeitig gegen die Kommerzialisierung und Privatisierung von Krankenhäusern mit großen Worten aufgetreten sind, die aber jede Analyse und auch Aktion versäumt haben, dieser rasanten Entwicklung ein Ende zu machen.

Daß die pflegetagebezogene Abrechnung nicht das Gelbe vom Ei ist, muß eingestanden werden. Die Lohnabhängigen, ihre Organisationen und die Kassen werden sich jedoch in nicht allzu ferner Zeit nach dieser Form der Abrechnung sehnen: Sie ist bei allen Mängeln doch eine Barriere gegen die rücksichtslose Ausbeutung der Gesundheitsbetriebe durch Privatkonzerne. □

Was muß getan werden?

Notwendig sind sofortige Absprachen zwischen der Gewerkschaft ÖTV und dem DGB über eine öffentliche Stellungnahme zur Fallpauschalenfinanzierung, insbesondere gegen jede weitere Ausdehnung der Regelungen des Krankenhausneuordnungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung. Dringend erforderlich ist die Einflußnahme des DGB und seiner Gewerkschaften auf die Versichertenvertreter. Der DGB müßte informieren, Meinungen bilden, diskutieren.

Notwendig sind – die aus unverständlichen Gründen bisher unterbliebenen – Absprachen zwischen dem DGB, seinen Einzelgewerkschaften und den gesetzlichen Krankenkassen, um die laufend zunehmende Kommerzialisierung des Gesundheitswesens zu beendigen. Notwendig ist eine umfassende Information der Beschäftigten im Krankenhaus und der Patienten – gegebenenfalls mit Protestveranstaltungen.

„Die beste Kur ist ein anständiges Begräbnis“

Gesundheitspolitik unter Corazon Aquino

Unter dem Motto „Primary Health Care“ wird jetzt Gesundheitspolitik auf den Philippinen betrieben. Ist es die „Seuche Kommunismus“, die dort bekämpft wird?

1985

wurde der philippinische Gesundheitsminister auf der regionalen Jahres-Versammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem Sasakawa-Gesundheitspreis ausgezeichnet, eine Anerkennung für die erfolgreiche Einführung eines landesweiten Primary Health Care Systems.

Primary Health Care, als gemeinschaftsgetragenes und gemeinschaftsorientiertes Konzept umfaßt sowohl wichtige vorbeugende Elemente im nicht-medizinischen Bereich (wie Nahrungsmittelversorgung und Ernährung, angemessene Versorgung mit sicherem Trinkwasser und sanitäre Entsorgung) wie auch direkte krankheitsbezogene Vorbeugemaßnahmen (Bewußtmachung von vorherrschenden Gesundheitsproblemen und der Methoden ihrer Bekämpfung und Verhütung, Mutter-Kindfürsorge einschließlich Familienplanung, Immunisierung gegen die wichtigsten ansteckenden Krankheiten) als auch einfache kurative Dienstleistungen (Bekämpfung der lokalen Seuchen, angemessene Behandlung der üblichen Krankheiten und Verletzungen, Versorgung mit den notwendigsten Medikamenten). Vor allem aber enthält das Konzept die Forderung nach Selbstverantwortung, Selbstbestimmung und Selbstbeteiligung der Bevölkerung, der Wissen und Wissenschaft, finanzielle und politische Unterstützung verfügbar gemacht werden soll, damit sie ihren eigenen Entwicklungsweg bestimmen kann.

Partizipation war schon unter Marcos auf den Philippinen gefragt. Sie wurde sogar zur Voraussetzung gemacht für die Bewilligung einer loka-



Foto: medico

len Gesundheitseinrichtung. Sie erschöpfte sich allerdings darin, daß die Betroffenen kostensparend Sand und Steine schleppen sollten, beziehungsweise daß die Gemeinden sich mit etwa zwei Dritteln an den Baukosten „selbstbeteiligen“ sollten. Die auf diese Weise eingesparten Weltbankkredite flossen statt dessen in gesündere Geschäfte, auf Privatkonten oder ins Militärbudget. Zumindest verhalf die „Partizipation“ dem Diktator zu einer eindrucksvollen Statistik. Er seinerseits schenkte ihr anlässlich seiner Geburtstage regelmäßig neue präsidiale Direktiven zur Zahl der auszubildenden „Barfußärzte.“ 1985 wurde schließlich eine Anzahl von insgesamt 365 941 Basisgesundheits Helfern genannt, ausreichend, um 99 Prozent aller Gemeinden zu betreuen. Das ideale Verhältnis von einem Gesundheitsarbeiter auf je 20 Haushalte sei erreicht. Zusätzlich wurde eine Zahl von knapp 15 000 Dorfapotheken angegeben, die mit einer entsprechenden

Zahl speziell ausgebildeter „Barfußapotheker“ besetzt sei.

Allerdings konnte sich in mehreren Umfragen ein Großteil der Bevölkerung nicht daran erinnern, wer von den Ortseinwohnern für den Kurs ausgewählt worden war; manche der Gesundheitsarbeiter selbst hatten vergessen, zu welchem Zweck sie ausgebildet worden waren. Von einer spürbaren Verbesserung der Gesundheitsversorgung konnte erst recht keine Rede sein. Das Interesse an der Sache war nie sehr groß gewesen: ein weiteres staatlich verordnetes Gemeindeprogramm, daß ebenso folgenlos über die Ortschaften hinwegrollen würde wie all die früheren.

Primary Health Care unter Marcos: Für ein Fischerdorf in Cebu etwa bedeutet das nur die Benennung eines Defizits. Hier war, ebenfalls unter „aktiver Beteiligung“ der Bevölkerung, ein Gesundheitsposten gebaut worden.

Die Hebamme, die dort arbeiten sollte, hatte jedoch noch mehrere Siedlungen zu betreuen, und da die zugesagten Sendungen von Verbrauchsmaterialien und Medikamenten ausblieben – sie wurden im Fall, daß wirklich einmal etwas geschickt wurde, schon unterwegs an Apotheken oder Privatärzte verkauft –, kam sie immer unregelmäßiger, bis sie schließlich ganz wegblieb.

1984 richtete sich das Militär in dem Gesundheitsposten ein. Man fand die Stelle hervorragend geeignet für die Einrichtung einer ständigen Straßensperre. Schon einige Zeit zuvor hatte man sich für die Ansiedlung von Industrieprojekten in der Küstenregion entschieden, dazu mußten die Kleinfischer jedoch vertrieben werden. Die zahlreichen Einschüchterungsversuche blieben hingegen wirkungslos, im Gegenteil, die Bevölkerung versuchte selbst aktiv, Gemeinschaftseinrichtungen zu schaffen und auszubauen. Man bat eine städtische, nicht-staatliche Gesundheitsorganisation um Unterstützung. Diese schickte einmal pro Woche einen Krankenpfleger, der nicht nur Sprechstunden hielt, sondern dabei gleichzeitig versuchte, sein Wissen weiterzuvermitteln, die häufigsten Diagnosen und die einfachsten Therapien zu erklären. Er half den Fischerfamilien, einen gemeinschaftlichen Heilkräutergarten anzulegen. In Zukunft würde das Dorf fähig sein, schmerzstillende und fiebersenkende Tees, Hustensirups und Salben selbst herzustellen...

Der Heilkräutergarten wurde zerstört, der Pfleger auf offener Straße erschossen. Immerhin konnte durch den lautstarken Protest der Dorfbewohner soviel öffentlicher Druck auf die Behörden ausgeübt werden, daß eine Untersuchungskommission eingerichtet und – vorübergehend – der Gesundheitsposten geräumt wurde. Lange stand er nicht leer. Die Soldaten bezogen dort wieder Stellung, als mit dem Sturz Marcos' und der Aufwirbelung von Skandalen größeren Maßstab der Vorfall in den Medien in Vergessenheit geriet und auch der Untersuchungskommission keine Ergebnisse ihrer Recherchen mehr abverlangt wurden. Der Machtwechsel in Manila hatte für die Fischerbevölkerung in Cebu keine gesundheitsverbessernden Konsequenzen. Die Industrieprojekte werden weiterverfolgt, die Vertreibung der auf öffentlichem Boden angesiedelten Fischer wird erneut intensiviert. Wieder werden nächtliche Ausgangssperren verhängt, Häuser zerstört, die Bevölkerung terrorisiert. Die Fischerfamilien weigern sich weiterhin, die Küste zu verlassen. Das Wasser ist ihre Lebensgrundlage. Ihre „subversiven“ Basisgesundheitskurse halten sie nun auf See ab.

Der Gesundheitsminister des Aquinokabinetts ist einer der wenigen liberal-fortschrittlichen Kräfte der neuen Regierung. Er sieht die verheerenden Defizite der Gesundheitsversorgung,

aber auch die finanziell gesetzten Grenzen von Strukturformen. Der Haushalt für das Öffentliche Gesundheitswesen lag 1986 gut 40 Prozent unter dem 81er Budget. Zwar wurden die Mittel für 1987 leicht erhöht, längst nicht jedoch in dem dringend erforderlichen Maße.

So ist vor allem Kostendämpfung die Devise. Rationalisierung innerhalb des Ministeriums und der Krankenhausverwaltungen und Einsparungen durch gemeinsame Nutzung teurer Technologien sind erste Schritte, die in der Öffentlichkeit allgemein begrüßt werden. Beifall ernten aber vor allem die darüber hinausgehenden Pläne. Dazu gehört speziell die Ankündigung einer Arzneimittelpolitik, die entsprechend dem Konzept der Weltgesundheitsorganisation eine nationale Liste essentieller Medikamente einführen will. Dies würde eine Marktberreinigung von allen unsicheren gefährlichen und unwirksamen Arzneimitteln bedeuten, eine Forderung, die schon seit Jahren von kritischen Gesundheits- und Verbraucherorganisationen erhoben wird. Ganz abgesehen von den wertvollen Devisen, die das hochverschuldete Land einsparen würde, liegen die Vorteile einer rationalen Arzneimitteltherapie für den Verbraucher auf der Hand.

Primary Health Care soll dem neuen Gesundheitsministerium zufolge hohe Priorität genießen. Die nicht-staatlichen Gesundheitsorganisationen, die schon jahrelang in PHC-Programmen arbeiten, sind kooperationsbereit, äußern jedoch gleichzeitig skeptische Zurückhaltung. Auch Marcos hatte nicht an großspurigen Versprechungen gespart.

Das erste große Gesundheitsprogramm des neuen Ministeriums stand jedenfalls in krassem Widerspruch zum Primary-Health-Care-Modell der WHO. Wie die altbekannten „Civic Action“-Programme unter Marcos (Aufstandsbekämpfungsmaßnahmen) wurde ein politisch „unruhiger“ Landesteil ausgesucht. Hier wurde in einem flächendeckenden Vertikalprogramm mit massiver ausländischer Beteiligung von zwielichtigen amerikanischen Hilfsorganisationen (US-AID) Vitamin A in hohen Dosen und ohne Voruntersuchung an Kleinkinder, Schwangere und stillende Mütter ausgeteilt. Begleitet wurde dieses Programm von einer umfangreichen Sozialdatenerhebung. Weder war die zugrunde liegende Hypothese einer schützenden, durchfallverhindernden Wirkung von Vitamin A auf die Darmschleimhaut ausreichend wissenschaftlich fundiert, noch waren die Mütter darüber informiert, welche Substanz in den fürsorglichen „Geschenken von Cory“ enthalten waren. Von Partizipation der Bevölkerung konnte keine Rede sein.

Erst nach gehäuften Berichten über Vergiftungsfälle nach Überdosierung

und durch den öffentlichen Druck der Basisgesundheitsorganisationen konnte das Projekt gestoppt werden. Kritisiert wurde der selektive Ansatz dieses Programms, das die Ursachen des verbreiteten Mangels an Vitamin A unberücksichtigt ließ. Vitaminmangel sei nichts anderes als Ausdruck der Massenarmut, speziell eine Folge der rasanten Verteuerung von Fisch, der durch das zunehmende Weltmarktinteresse nun für den Export reserviert bliebe und der einheimischen Bevölkerung nicht mehr zur Verfügung stehe. Fisch ist nicht nur die traditionelle Haupt-Protein-Quelle (über 50 Prozent des Eiweißbedarfs wird durch Fisch gedeckt), sondern auch wesentlicher Lieferant von Vitamin A.

Aber auch wenn man dem Gesundheitsminister dieses Programm nachsieht, wenn man es auf seine Unerfahrenheit in Primary Health Care schiebt oder es der allgemeinen Resignation und Reaktualisierung von selektiven Vertikalprogrammen zuordnet, selbst wenn man dem Minister die besten sozialausgleichenden gesundheitspolitischen Absichten unterstellt: Welche Chancen hätte Primary Health Care in einem vollständig militarisierten Land, das nun offiziell den Krieg erklärt hat gegen jeden Unzufriedenen, der sich in der neuen Regierung nicht vertreten fühlt?

Eine weitere „Wohlfahrtsorganisation“ hat inzwischen den Wert der „menschlichen Ressourcen“ entdeckt. Methodisch dem Primary-Health-Care-Konzept entsprechend, wird nun auch der „Krieg für Demokratie“ auf die Dorfebene verlagert. Man bedient sich der „traditionellen Potentiale“ fanatischer Sekten und kriegerischer Stammesvölker, entwirft „ganzheitliche Horizontalprogramme“ inklusive Dorfentwicklung, Straßenbau und Arbeitsbeschaffung, arbeitet intersektoral unter Einbeziehung aller konservativen Kräfte (Lokalverwaltung, Kirchenhierarchie, Großgrundbesitzer) und fördert die „lokale Selbstbeteiligung“ („Töte einen Kommunisten“). Vergleichbar mit der Mediengesundheitskampagne unter Marcos dient nun eine landesweite antikommunistische „Öffentlichkeitsarbeit“ zur Synchronisierung und Koordinierung dezentraler Aktionen.

Die Militärs geben sich nicht mehr zufrieden mit der „Neutralisierung“ der Dorf- und Slumbewölkerung, die man unter Marcos durch Zwangsumsiedlung, Massenverhaftung und -erschießungen, Dorfblockaden und Flächenbombardements zu erreichen suchte. Nun sollen ortsansässige „Barfußoffiziere“ als „Multiplikatoren“ den Kampf gegen die „schlimmste und ansteckendste Krankheit, den Kommunismus“, verbreitern, basisnah und kostenfreundlich machen helfen. Abgeschlagene Köpfe, bis zur Unkenntlichkeit verstümmelte Leichen werden zum „Multiplizieren“ benutzt. „Wer nicht zu uns gehört, ist gegen uns!“

Seit Amtsübernahme Aquinos sind die Dorfkampfgruppen wie Pilze aus dem Boden geschossen. Weit über 100 solcher Gruppen mit zum Teil mehreren hunderttausend Mitgliedern haben sich als Bürgerwehren oder Todesschwadronen bereits einen Namen gemacht. Sie genießen die offizielle Unterstützung der Präsidentin, die sie als neue Institution von „people's power“ würdigt und zur Teilnahme an der nationalen Verteidigung aufruft. „Die Gewalt geht vom Volke aus“ – ein neues makabres Demokratieverständnis.

Oft wurde das PHC-Konzept als medizinisches Billigprogramm für die Dritte Welt kritisiert. Handelt es sich bei diesem Dorf-Kampftruppen-Phänomen nun um den Billigkrieg?

Die neuen „Gesundheitsarbeiter“, die in medizinischer Terminologie von ihrem „Heilauftrag“, von präventiven Maßnahmen gegen die „kommunistische Seuche“, von „Eigenbluttherapie“ oder von „den Rebellen eine Dosis ihrer eigenen Medizin geben“ reden, sind überzeugt, daß nur „Radikaloperationen“ den Patienten retten: „Die beste Kur für einen Kommunisten ist ein anständiges Begräbnis.“ Die alten Gesundheitsarbeiter haben es zunehmend schwer: Kaum noch gibt es fortschrittliche Selbsthilfe-Organisationen, die nicht von der Verfolgung durch die Todesschwadronen betroffen sind. Ihre Arbeit ist als kommunistische Subversion gebrandmarkt, als einflußreiche Personen sind sie besonderes Angriffsziel exemplarischer Gewaltaktionen.

„Was spielt das praktisch für eine Rolle?“, fragt ein Regierungsbeamter die Ärztedelegation, die sich über eine nur minimal veränderte Verordnung aus der Kriegsrechtszeit beschwert: Die Meldepflicht über Schußverletzungen besteht nun nicht mehr gegenüber dem Militär, sondern gegenüber der zuständigen Gesundheitsbehörde, die wiederum dem Militär gegenüber auskunftspflichtig ist. „Was spielt das praktisch für eine Rolle? Die Todesschwadronen werden schon zu verhindern wissen, daß sich Ärzte weiterhin um die Versorgung von kommunistischen Widerstandskämpfern kümmern.“

Eva Wichtmann

Maris Presto und Gerry Andamo, zwei philippinische Gesundheits-„Kader“, werden vom 14. 10. bis 9. 11. 87 in verschiedenen Städten über die neuen Entwicklungen und Funktionen des philippinischen Gesundheitswesens nach Marcos berichtet. (Ortstermine: 14. 10. Bielefeld, 19. 10. Münster, 21. 10. Bergkamen, 22. 10. Köln, 24. 10. Heidelberg, 25. 10. Mannheim, 28. 10. Frankfurt, 31. 10. Koblenz, 2. 11. Mainz, 4. 11. Freiburg, 5. 11. Tübingen, 7. 11. Ingolstadt, 8. 11. München)

Nähere Informationen bei: Medico international e.V., Obermainanlage 7, D-6000 Frankfurt/M. 1

Spenden für bedrohte PHC-Projekte auf den Philippinen: Medico international, Postgironkonto Köln 6999-508, Stichwort „Philippinen“

Erstmals kein Spezialistentreffen, sondern ein Kongreß, auf dem Vertreter vieler Disziplinen diskutierten. Trotzdem blieb die Schmerzbekämpfung ein Puzzle aus 5000 Teilen.
Eindrücke von Harald Kamps.

Schmerz, laß nach

5. internationaler Schmerzkongreß

3000 Forscher aus 59 Ländern hatten Anfang August den Weg nach Hamburg gefunden: die meisten Anästhesisten, aber auch Psychiater, Krankengymnasten, Neurochirurgen, Psychologen, Orthopäden, Neuropsychologen oder auch Allgemeinärzte – so wie ich. Schon das Programmbuch, 470 Seiten dick, vermittelte eine positive Vielfalt – gar nicht selbstverständlich für einen schulmedizinischen Kongreß. Endlich einmal keine Versammlung hochspezialisierter Experten – diesmal wurde das Problem in den Mittelpunkt gestellt. Seit 1974 bemüht sich die „International Association for the Study of pain“ (IASP), Schmerzforschung zu fördern, indem sie den Dialog ermöglicht zwischen „Grundlagenforschern, Ärzten und anderen Gesundheitsarbeitern unterschiedlicher Disziplinen und Erfahrungen“.

Und der Dialog wurde möglich. Von morgens früh bis in den späten Nachmittag wurden die neuesten Forschungsergebnisse vorgestellt, so daß es einem am Abend fast weh in den Ohren tat. Für mich als Allgemeinarzt gab es eine Menge Neues: über Migräne, über Rückenschmerzen, über muskelerheumatische Schmerzen, über den richtigen Gebrauch von Opiaten, psychologische Schmerztherapien, und und und. Alleine die Überschriften aller interessanten Themen, die in Vorträgen, Seminaren, Postern vorgestellt wurden, würden den Rahmen hier sprengen.

Gesundheitspolitisch war die Botschaft des Kongresses eindeutig: Die Versorgung schmerzgeplagter Menschen ist weltweit nicht gewährleistet.

Prof. Zimmermann aus Heidelberg machte dafür vor allem die mangelhafte Ausbildung an den Universitäten – „Schmerz ist da kein Thema“ – und die Aufsplitterung des Gesundheitswesens in viele Fachdisziplinen verantwortlich.

Der Kongreß zeigte, daß diese Fachdisziplinen auch zusammenfinden können, um gemeinsam ein Problem zu lösen. Von der Lösung sind wir aber noch weit entfernt und das aus mindestens zwei Gründen: Erstens fangen wir gerade erst an, die wichtigsten körperlichen Schmerzprozesse zu verstehen. Von Endorphinen etwa wurde zu meiner Studienzeit auf jeden Fall nicht gesprochen. Die Zahl der chemischen „Schmerzvermittler“ wächst mit der Anzahl der Forscher, die sich damit beschäftigen.

Zweitens wurde dem Kongreß eine verwirrende Vielfalt neuer Erkenntnisse angeboten: ein Puzzle mit 5000 Teilen ohne Anleitung, wie man das Ganze zusammenlegen kann.

Nicht umsonst weckte ein Stand des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke einige Aufmerksamkeit: wurde doch die „holistische Einschätzung des Schmerzes“ versprochen. Aber auch hier wurde ich enttäuscht: Ich lernte nur einen weiteren Teil des Puzzles kennen, nämlich daß es wichtig ist, die soziokulturellen Bedingungen und lebensgeschichtlichen Erfahrungen des Patienten zu kennen, um seinen Schmerz erfolgreich behandeln zu können. Es wurde zu Recht die Trennung von Körper und Geist kritisiert, die vom Philosophen Descartes begründet wurde und bis heute das Menschenbild in der Medi-

Eva Wichtmann ist Mitarbeiterin bei Medico international in Frankfurt

zin bestimmt. Aber von der Entwicklung eines einheitlichen („holistischen“) Modells war man weit entfernt.

Nur fünf der 835 Forschungsberichte versuchten, den Zusammenhang zwischen Familie und Schmerzpatienten darzustellen. Man suchte vergeblich nach Berichten über Belastungen im Arbeitsleben und mögliche Interventionen. Den Einfluß der Ernährung auf chronische Schmerzen beleuchteten nur zwei Studien, die eine bezahlt von der Firma Merck, die gerne die gute Wirkung von Vitamin B bewiesen hätte.

Es wäre ungerecht zu behaupten, daß Therapeuten in den wenigen Schmerzkliniken sich nicht bewußt sind, wie wichtig einseitige Arbeitsbelastungen für zum Beispiel Rückenschmerzen sind. Ergotherapeuten ge-

hören deshalb zum festen Stab vieler „Schmerzteams“. Problematisch ist, daß das therapeutische Angebot vieler Schmerzkliniken und die wissenschaftliche Vielfalt der Forschungsberichte ei-

Aber es ist nicht genug. Um die Schmerzforschung und Schmerztherapie wirklich ein Stück nach vorn zu bringen, müssen wir mühsam das Puzzle fertigen und eine Landkarte der

Schmerz ist nicht das Ergebnis eines „multifaktoriellen“ Geschehens, wie auch der Kongreß glauben machte, sondern Ausdruck für ein „System im Ungleichgewicht“.

nem kalten Büfett gleicht: man probiere alles und nehme vom Besten. Dies ist bereits ein ungeheurer Fortschritt im Verhältnis zu der stupiden Einfalt, die der Schmerzgeplagte häufig in der Allgemeinanzpraxis kennenlernt und die ihn dann zum Pillenschlucker werden läßt.

Schmerzentstehung zeichnen, die wirklich Orientierungshilfe gibt. Gerade hier wird der Allgemeinarzt zum „Schmerzspezialist“. Er oder sie weiß, daß die Schmerzen eines gerade am Rücken operierten Patienten nicht nur von der Narbenheilung abhängig sind, sondern auch von den schlaflosen Nächten, in denen nichtbezahlte Schulden die Gedanken beherrschen. Er oder sie weiß, daß die Schmerzen seiner Patientin, die Symptome eines Muskelrheumatismus (myofasciale Schmerzen) hat, eben nicht nur Folge eines nachweisbaren pathologischen Muskelstoffwechsels sind, sondern daß die Patientin „sich gleichzeitig zu lang streckt“. Sie muß tagtäglich die Schikane ihres alkoholisierten Ehemannes aushalten und fühlt sich gleichzeitig für ihre gerade geschiedene Tochter verantwortlich.

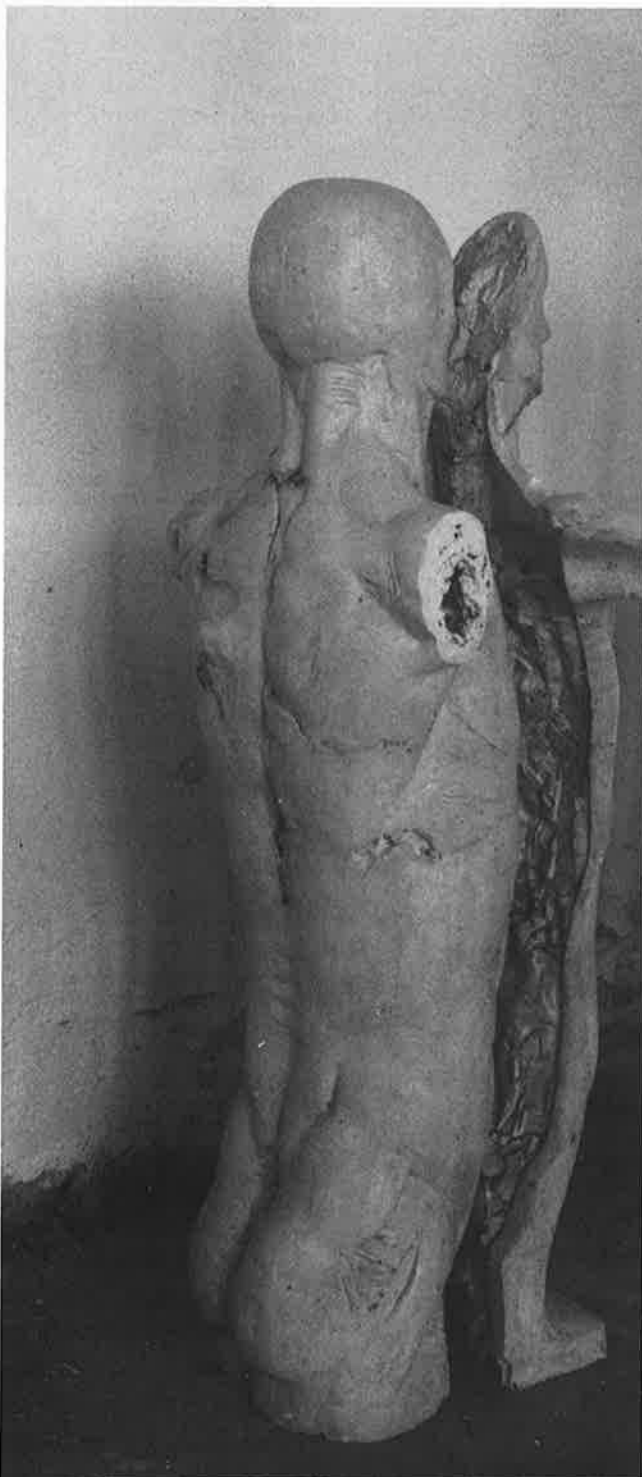
Dieses „gleichzeitig“ ist eigentlich der springende Punkt. Schmerzen sind nicht das Ergebnis eines „multifaktoriellen“ Geschehens, wie uns der Kongreß in Hamburg und die Flut von wissenschaftlichen Publikationen glauben läßt, sondern Ausdruck für ein „System im Ungleichgewicht“. Um das menschliche „System“ zu verstehen, müssen wir soviel wie möglich wissen über körpereigene Schmerzmechanismen, über psychologische Schmerzverarbeitung, über die Bedeutung der Kommunikation in der Familie aber auch im Arzt-Patient-Verhältnis, über die Arbeitsverhältnisse eines Schmerzpatienten, über die gesellschaftlichen Bedingungen, die das Leben der Frauen bestimmen und über kulturelle Unterschiede zwischen Völkern. Gelingt es uns, die Gleichzeitigkeit dieser Geschehnisse zu einem ganzen Bild zu vereinen, sind wir wirklich ein Stück weiter in der Überwindung des unglückseligen Leib/Seele-Dualismus.

Der Kongreß in Hamburg vermittelte eine Menge neues Wissen, gab reichlich Inspirationen und ermöglichte den Kontakt zwischen vielen spannenden Menschen unterschiedlichster Erfahrungen. Allein das war die Reise wert.

Harald Kamps

Gesellschaft zum Studium des Schmerzes für Deutschland, Österreich und die Schweiz.
Prof. Dr. M. Zimmermann, Im Neuenheimer Feld 326, D-6900 Heidelberg
Sekretariat des Schmerztherapeutischen Kolloquiums, Roßmarkt 23, 6000 Frankfurt 1

Harald Kamps,
ehemaliger dg-Redakteur, arbeitet als Allgemeinanz in Norwegen



Skulptur: R. Hagl



Wisch-Wasch

Bilder aus einer Krankenhauswäscherei

Die Krankenhauswäschereien gehören zu den Hauptleidtragenden der Kostendämpfungspolitik: Seit Jahren sind Privatisierung, Rationalisierung und Personalabbau Thema für Gewerkschaft und Beschäftigte. dg hat in diesen Teil des Krankenhauses geschaut, der normalerweise wenig im Rampenlicht steht, und Mitarbeiterinnen einer großen Zentralwäscherei über ihre Arbeit befragt.





Foto: E. Nötzel (5)

„In unserer Zentralwäscherei arbeiten 51 Kolleginnen und Kollegen, davon 45 Frauen. Die sechs Männer sind hauptsächlich im Bereich der Waschstraße und der Sortierung eingesetzt. Die Arbeitsplätze sind hitze- und feuchtigkeitsbelastet, besonders im Sommer. Aber die Arbeitszeit ist begehrt: von 7 bis 15.30 Uhr, ohne Spät- oder Nachtdienst. Viele der hier Beschäftigten sind ausländische Kolleginnen.“

„Früher wurden die Kittel von vier Frauen per Hand sortiert. Heute werden sie, wann sie aus dem Trockner kommen, über eine mechanische Druckertaste gesteuert, auf 21 Ständer verteilt – pro Kittel ein Ständer. Extra sortiert werden die Arbeitskittel für die Zivildienstleistenden, die PJ-Studenten, die technischen Bereiche und den Hol- und Bringdienst.“



„Wir bekommen neun bis zehn Tonnen Schmutzwäsche pro Tag. Diese wird grob sortiert und geht dann in zwei Waschstraßen, die vollautomatisch über Computer gesteuert sind. Der Computer steuert Wasch- und Trockendauer, ebenso die Verteilung der Wäsche.“



„Der große Wäschekuchen kommt aus dem Trockner und wird auseinandergezogen. Das ist schon körperlich schwere Arbeit und deshalb stehen hier Männer.“



„Die Wäsche wird schrankfertig gefaltet angefordert und in Zehnerpacken gestapelt. Der Bedarf an Wäsche hat unheimlich zugenommen. Heute liefern wir täglich so viel wie früher zweimal die Woche.“

Arbeit und Gesundheit

Dynamische Konzepte nur von Konservativen?

Flexible Zeitbudgets, Verkürzung oder Verringerung einer unbefriedigenden oder belastenden Arbeit durch Teilzeitarbeit sowie die Möglichkeit, nach Feierabend bis 22 Uhr einkaufen zu können, finden viele Kollegen gut. Unvereinbare Vorstellungen über Arbeitszeitregelungen, wie sie zum Beispiel zwischen den Einzelgewerkschaften Handel, Banken und Versicherungen und IG-Chemie, Papier, Keramik existieren, werden in der gewerkschaftlichen Öffentlichkeit jedoch nicht diskutiert. Ähnliche Widersprüche bestehen auch innerhalb der Belegschaften. Obwohl etwa ÖTV-Gewerkschaftler in den Betrieben eine Erweiterung von Teilzeitarbeit und zusätzliche ABM-Stellen strikt ablehnen und gewerkschaftliche Gremien entsprechende Beschlüsse dagegen fassen, machen Gewerkschaftsmitglieder vom Angebot an Teilzeitarbeit regen Gebrauch oder fordern selbst ABM-Stellen an. Gewerkschaftliche Beschlüsse und Prinzipien werden so im Alltag praktisch unterlaufen, ohne daß dieser Prozeß öffentlich thematisiert wird.

Durch die Privatisierung vieler öffentlicher Dienstleistungen und die Ausgliederung gewerblicher Betriebsbereiche, etwa durch den Einsatz von Fremdfirmen oder durch gesetzgeberische Maßnahmen wie das Beschäftigungsförderungsgesetz werden immer mehr befristete Arbeitsverträge, Werkverträge, legale und illegale Leiharbeit, Arbeit auf Abruf möglich. Es entsteht dadurch eine schnellwach-



sende Grauzone „ungesicherter Beschäftigungsverhältnisse“, für die schon lange vorhandene Arbeitsschutzgesetze nicht mehr gelten oder nicht mehr zur Geltung gebracht werden können. Beschäftigte in der Grauzone, zum Beispiel Leiharbeiter, werden von den traditionellen Instituten des Arbeitsschutzes im Betrieb nur unzureichend oder gar nicht erfaßt. Für sie ist niemand mehr zuständig. Die häufig mit den am meisten gesundheitsgefährdenden Arbeiten befaßten, zumeist ausländischen Leiharbeiter, sind faktisch eine Art „Gesundheitsschutz für deutsche Stammbeschafteten“.

Gegen die sogenannte „kollektive und staatliche Versorgungsmentalität“ versuchen konservative Politiker schließlich die „eigenverantwortliche Selbsttätigkeit“ durchzusetzen. Entsprechende Antiraucher-, Abmagerungs- und sonstige auf das individuelle Verhalten abzielende Kampagnen werden oft auch von den Unternehmen angeregt und staatlich unterstützt.

Fortschritte im Bereich „Arbeit und Gesundheit“ waren in der Vergangenheit gewerkschaftlichen Forderungen an Unternehmer und Staat sowie einer aktiven Mitarbeit bei der Gestaltung des Arbeitsrechts zuzuschreiben. So haben die Gewerkschaften in der bundesdeutschen Nachkriegszeit Arbeitszeitverkürzungen durchgesetzt, den Urlaubsanspruch erheblich ausgedehnt, die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall erkämpft und das Arbeitssicherheitsgesetz durchgesetzt.

Konservative Politiker versuchen zur Zeit, mit den politischen Konzepten der Flexibilisierung, Privatisierung und Selbstverantwortung auch das traditionell von den Gewerkschaften bearbeitete Feld der gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeit zu dynamisieren. Indem sie an Bedürfnisse vieler Berufsanfänger anknüpfen, gelingt es ihnen nicht nur, ihre eigenen konservativen Parteigänger zu mobilisieren, sondern auch ihren Einfluß innerhalb der Bevölkerung, selbst in der Gewerkschaftsbasis, zu erweitern.

Trotz einer insgesamt positiven Bilanz der teils erkämpften und teils erkaufte Erfolge scheinen sich die Gewerkschaften derzeit schwer zu tun, auf die konservativen Herausforderungen angemessen zu reagieren. Das mag an der hohen Zahl von Arbeitslosen liegen, aber wohl auch daran, daß man auf Seiten der Gewerkschaften an den altbewährten Politikformen festhält. Auf unübersehbare Mängel reagiert man nach wie vor mit einer Anrufung des Staates, mit der nachdrücklichen Forderung, weitere bzw. bessere Gesetze zu verabschieden.

Die nach allen Regeln der Bürokratie ausdifferenzierte Kompetenzverteilung mitsamt einem umständlichen Delegationsprinzip macht den ganzen Apparat äußerst träge, zu einem Zeit- und Energieverschlinger. Außerdem wirkt er als Informationsfilter in beiden Richtungen und erschwert sowohl schnelles und flexibles als auch politisch effizientes Reagieren auf die konservative Strategie der Dynamisierung der Verhältnisse.

Unter anderem wurde deshalb innerhalb der alternativen Gesundheitsbewegung in den letzten Jahren damit begonnen, quer zu den gewerkschaftlichen Apparaten und sonstigen beteiligten Institutionen eine Infrastruktur für Fragen von Arbeit und Gesundheit aufzubauen. Die konservative Dynamisierung wird dort als Herausforderung begriffen, ohne daß bisher allerdings klare Konzepte dagegen gesetzt werden konnten.



Foto: Döhrn

ben“ auszusehen hat. Was statt dessen geleistet werden mußte, ist eine ebenso offene wie tabulose Auseinandersetzung mit sämtlichen an der Gewerkschaftsbasis versammelten Bedürfnissen und Bewältigungsformen für Gesundheitsprobleme am Arbeitsplatz. So wird beispielsweise die langjährige Praxis, Gesundheitsverschleiß in Form tariflich geregelter Zulagen zu vergelten, von vielen Kollegen gutgeheißen. Wenn inzwischen einige wohlmeinende Tarifpolitiker versuchen, das Zulagenwesen zurückzudrängen, kollidieren sie mit dem Interesse dieser Kollegen nach höherem Lohn. Es entstehen Widersprüche und Risse. Der dahinterstehende Interessenkonflikt wird machtpolitisch ausgetragen. Ist der Unwille an der Basis groß genug, werden die von oben initiierten Reformversuche von oben gestoppt. Eine gemeinsame Auseinandersetzung in der Sache wäre unserer Meinung nach die Voraussetzung für eine solidarische Form der Interessenvertretung.

Eine erste Vorstellung von einer solchen Auseinandersetzung konnte man kürzlich auf dem Kasseler Gesundheitstag gewinnen. Dort waren zum ersten Male außerordentlich viele Veranstaltungen zum Thema Arbeit und Gesundheit in eigenem Schwerpunkt angeboten worden. Erstmals waren auch offizielle Gewerkschaftsvertreter in Podien und als Mitveranstalter von Seminaren vertreten. Diskutiert wurde in recht produktiver Atmosphäre. Wo sonst streiten sich Gewerkschaftsfunktionäre mit ausgeschlossenen Ex-Mitgliedern oder mit Betriebsräten von oppositionellen Listen, von denen einige auf dem Gebiet Arbeit, Gesundheit und Umwelt arbeiten, in der Öffentlichkeit? Auf dem Gesundheitstag hingegen war es möglich, ohne falsche oder taktische Rücksichtnahmen „Klartext“ zu reden, was von mehreren Betriebsräten, Kollegen und Vertrau-

Auch die Alternativen betonen die Stärkung der Kompetenzen des einzelnen, seiner Selbstbestimmung und Selbstverantwortung. Aber anders als in der von den Konservativen betriebenen, letztendlich entsolidarisierenden Art und Weise. Vielmehr, meinen sie, ist dazu ein kollektiver Prozeß der kulturellen Selbstvergewisserung nötig, in dem sicherlich auch vieles in Frage gestellt werden muß: so zum Beispiel die in der deutschen Gewerkschaftsbewegung entstandene Tradition, die Interessen und Bedürfnisse der Gewerkschaftsmitglieder als monolithischen Block aufzufassen, den die Organisation nach außen zu vertreten hat. Daß dies eine unzulässige Vereinfachung ist, macht schon ein erster Blick auf die einander widersprechenden Interessen einzelner deutlich:

So kommt es oft vor, daß viele sich im Arbeitsalltag gegen die eigene Gesundheit entscheiden. Häufig werden beispielsweise Sicherheitsmaßnahmen oder Sicherheitsvorrichtungen ignoriert, nicht nur, weil sie umständlich sind, mehr Zeit kosten und eben als Zumutung empfunden werden, sondern weil die Arbeit „ohne Netz“ interessanter, aufregender ist, nämlich als Herausforderung gelebt wird. Das gute Gefühl, „seine Maschine völlig im Griff zu haben“, während man mal eben reingreift, wiegt dann aktuell das Bedürfnis nach Sicherheit und körperlicher Unversehrtheit mehr als auf.

Ein weiteres Beispiel hierfür ist die Art und Weise, in der Kollegen am

Arbeitsplatz miteinander umgehen. Denn Krankheiten entstehen auch aus Kränkungen, die den einzelnen am Arbeitsplatz zugefügt werden, und zwar nicht nur durch Meister und Vorgesetzte, sondern auch durch die „lieben Kollegen“, die ein solidarisches Miteinander nur allzu oft vermissen lassen. Dies nicht nur, weil man sich seine Kollegen meistens nicht aussuchen kann oder aus Konkurrenzgründen. Ursache ist oftmals eine kleinkarierte Intoleranz in Verbindung mit der verbreiteten Ge-

wohnheit, das eigene psychische Gleichgewicht wiederherzustellen, indem man Kollegen „als Fußabtreter“ oder „Blitzableiter“ mißbraucht. Auch dieses Verhalten ist Teil einer Arbeitskultur, die es im Interesse der Gesundheit grundsätzlich in Frage zu stellen gilt.

Nun erwarten wir von den Gewerkschaften keinesfalls, daß sie ihren Mitgliedern klarmachen, wo deren „objektive“ Interessen und Bedürfnisse liegen, und wie ein „gesundes Arbeitsle-

ensleuten als „positive Erfahrung“ gewertet wurde.

In vielen Veranstaltungen kam es auf diese unorthodoxe Weise zu fruchtbaren Kontroversen. So waren in einer Veranstaltung über ergonomische Untersuchungen an Bildschirmarbeitsplätzen für die anwesenden Betriebsräte zahlreiche nützliche, im Rahmen des Betriebsverfassungsgesetzes „durchsetzbare“ Informationen über eine gesundheitsgemäße Arbeitsplatzgestaltung gegeben worden (Beleuchtung, ▶

Die Gewerkschaften tun sich schwer, eine Antwort auf die Herausforderung zu finden. Auf dem Gesundheitstag in Kassel wurde vorgemacht, wie das geschehen könnte.

Höhe der Arbeitsfläche, Neigungswinkel des Bildschirms usw.). Es war jedoch einer anwesenden Kollegin vorbehalten, die durch diese Arbeit arbeitsunfähig geworden war, die widersprüchlichen Arbeitsanforderungen als Krankheitsfaktoren zu benennen: Teiloperationen werden beschleunigt, was als Kompetenzzuwachs erlebt wird, bei gleichzeitigem Verlust der Kontrolle über den Gesamtprozeß. Der Gewinn dieser Veranstaltung lag darin, widersprüchliche Arbeitsanforderungen als einen wesentlichen Grund für Krankheitsentstehung gemeinsam zu diskutieren.

Mehrere Diskussionsredner, auch aus dem Publikum, stimmten in dieser Veranstaltung darin überein, daß die Entwicklung einer „neuen Arbeitskultur“ erforderlich sei, die es dem einzelnen ermögliche, Belastungen und Befindlichkeitsstörungen im Kollegenkreis zu einem Zeitpunkt zu artikulieren, zu dem sie noch nicht zu manifesten Krankheiten geworden sind.

Konservative und Alternative thematisieren die Selbstverantwortung und Selbsttätigkeit der einzelnen bei der Entstehung von Krankheit auf eine durchaus entgegengesetzte Art und Weise. Den Alternativen genügt es nicht, den einzelnen nur als „Vernunftwesen“ zu akzeptieren, das in der Lage ist, durch Einsicht und Erkenntnis sein privates Verhalten zu verändern. Für sie sind Menschen immer auch „soziale Wesen“, die sich am Arbeitsplatz und darüber hinaus zunächst über ihre unterschiedlichen Bedürfnisse und Interessen offen und gleichberechtigt auseinandersetzen müssen, wenn es darum geht, gestündere Arbeit und Lebensbedingungen durchzusetzen.

Horst Czock, Eberhard Göbel,
Beate Guthke, Barbara Maria Köhler

Katalyse (Institut für angewandte Umweltforschung)/ Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland/Öko-Institut/Umwelt- und Diagnose-Labor Fulda (Hrsg.), Chemie am Arbeitsplatz. Gefährliche Arbeitsstoffe, Berufskrankheiten und Auswege. Reinbek 1987 (rororo aktuell, Bd. 5990). 456 Seiten, 16,80 Mark.

Daß die meisten chemischen Stoffe den Betrieb nicht durch die Schornsteine, sondern in den Körpern der Beschäftigten durch das Werkstor verlassen, ist weder eine neue, noch sonderlich überraschende Erkenntnis. Angesprochen ist damit die alltägliche Vergiftung am Arbeitsplatz, die jedoch angesichts eines geschärften Umweltbewußtseins in der Öffentlichkeit, das sich allerdings immer noch weitgehend auf schädigende Umwelteinflüsse auf Gesundheit und Leben außerhalb des Arbeitsprozesses konzentriert, leicht in Vergessenheit gerät. So richtet sich das Augenmerk der Medien zumeist auf die „großen Umweltskandale“, während die schleichende Vergiftung am Arbeitsplatz allenfalls auf Betriebsversammlungen die Gemüter erregt.

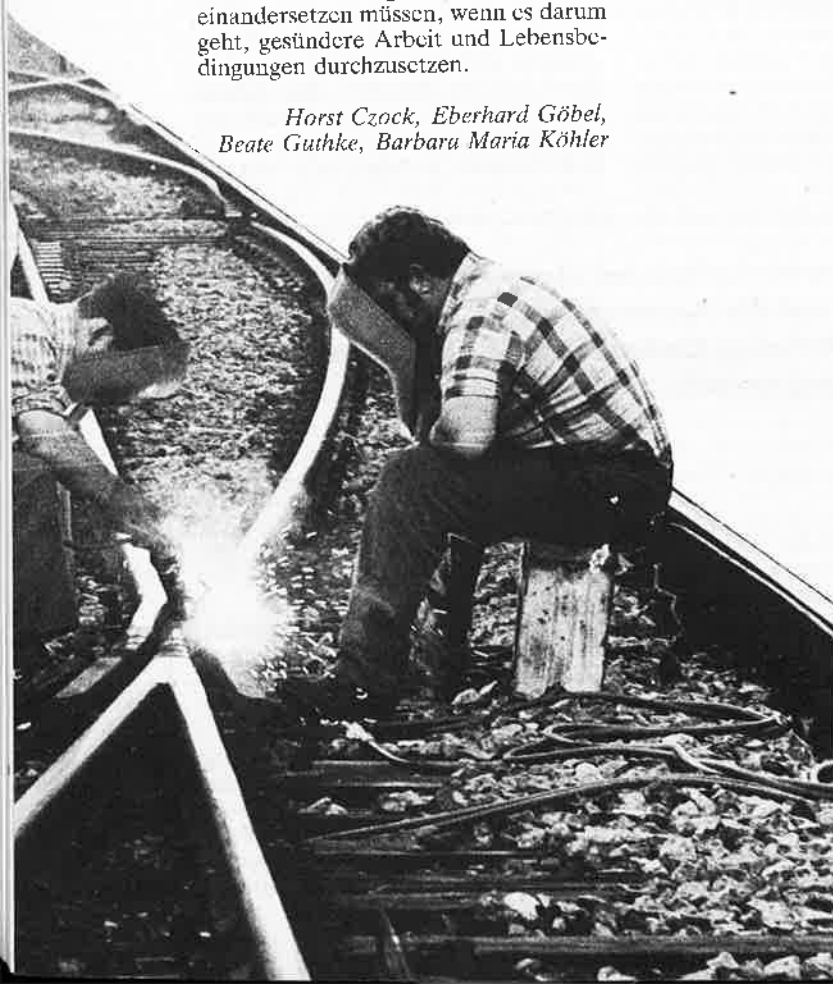
Dem abzuhelpen – dazu kann das vorliegende Buch, verfaßt von Mitarbeitern ökologischer Forschungsgruppen und -institute, beitragen. Vorrangiges Interesse der Verfasser ist es, Beschäftigte in bestimmten Branchen und an speziellen Arbeitsplätzen erst einmal darüber zu informieren, worin eigentlich die jeweils spezifische Gefährdung durch chemische Arbeitsstoffe bestehen könnte. Dies erscheint angesichts von jährlich (!) 1000 bis 2000 neu produzierten chemischen Stoffen um so notwendiger als aus der betrieblichen Arbeitsschutzpraxis hinreichend bekannt ist, wie wenig ernst die Unternehmer, die eigentlich dazu gesetzlich verpflichtet wären, ihre Informationspflicht über gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen gegenüber den Beschäftigten nehmen. Daß darüber hinaus in sehr vielen Betrieben noch nicht einmal die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen im Arbeitsschutz eingehalten werden, ist ebenfalls kein Geheimnis. Hier auf zu bestehen, das heißt die Betriebsleitungen zum Einhalten von Schutznormen zu zwingen, könnte nach Auffassung der

Verfasser dazu beitragen, das Niveau des betrieblichen Arbeitsschutzes zu erhöhen.

Die Verfasser widmen sich ausführlich den besonderen Gesundheitsgefahren in 13 ausgewählten Branchen (unter anderem der Metall-, Gummi-, Druck-, Holz-, Textil- und Nahrungsmittelindustrie, dem Steinkohlenbergbau, dem Baugewerbe, dem Gesundheitsdienst und der Landwirtschaft) und Tätigkeitsbereichen (Chemische Reinigungen, Friseurläden, Büros), soweit sie durch chemische Stoffe hervorgerufen werden. Dies geschieht im Einzelfall sehr detailliert auf der Grundlage vorhandenen arbeitsmedizinischen und chemischen Wissens, was die Leser in die Lage versetzen könnte, die eigenen Arbeitsplätze kritisch unter die Lupe zu nehmen. Die Auflistung wichtiger Arbeitsschutzvorschriften, von Experten-Anschriften und ausgewählter Fachliteratur für die einzelnen Bereiche mag als Hilfestellung für Betriebs- und Personalräte, die Veränderungen im betrieblichen Arbeitsschutz herbeiführen wollen, nützlich sein.

Für „nicht eben ermutigend“ halten es die Verfasser, „daß ausgerechnet in dem Bereich, in dem man sich berufsmäßig um die Gesundheit kümmert, eine beträchtliche Anzahl von Krankheitsfällen gemeldet wird“ (S. 250): Zwar ist die Zahl der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten im Gesundheitswesen, verglichen mit anderen Wirtschaftszweigen, immer noch relativ gering, dennoch erleidet jährlich jeder 20. Beschäftigte im Gesundheitswesen einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit. Die Zahl derjenigen, die bleibende Gesundheitsschäden unterhalb der Schwelle berufsgenossenschaftlich erfaßt und damit „offizieller wahrgenommener“ Unfälle und Krankheiten erleiden, dürfte um ein Vielfaches höher liegen. Insofern stellen Hepatitis, Tbc, Hautkrankheiten und die sogenannte Desinfektionsmittel-Überempfindlichkeit als häufigste anerkannte Berufskrankheiten im Gesundheitswesen nur die nicht zu verbergende Spitze des Eisbergs arbeitsbedingter Erkrankungen dar.

Da sich die Verfasser auf die gesundheitsschädigenden Ein-



wirkungen chemischer Stoffe am Arbeitsplatz beschränken, stehen in ihrer Darstellung naturgemäß solche Gefährdungsfaktoren wie Medikamente und Narkosemittel, Reinigungs- und Desinfektionsmittel, nickelhaltige medizinische Geräte usw. im Mittelpunkt. Neben dem Formaldehyd kommen Narkosegase und -dämpfe sowie Zytostatika als wichtige Krankmacher zur Sprache. Die Darstellung chemischer Gefährdungsrisiken beschränkt sich nicht allein auf Krankenhaus und Arztpraxis, sondern bezieht Zahnarztpraxen, Dentallabors und die Pathologie/Gerichtsmedizin mit ein. Hinweise darauf, welche Arbeitsbereichsspezifischen Schutzmaßnahmen ergriffen werden sollten, fehlen ebenso wenig wie der Hinweis auf geltende Schutznormen und Richtwerte.

Ausdrücklich weisen die Verfasser jedoch darauf hin, daß es mit einem auch noch so geschärften Blick auf die gesetzlich vorgeschriebenen und empfohlenen Grenzwerte (MAK-, TRK- und BAT-Werte) für giftige Arbeitsstoffe nicht getan ist. Diese könnten vielmehr nur Anhaltspunkte dafür bieten, wie viel (oder auch: wie wenig) „die Wissenschaft“ (oder der Gesetzgeber) gegenwärtig über das chemische Stoffen innewohnende Gefährdungspotential weiß. Hier gilt es – auch und gerade im Gesundheitswesen – die weit verbreitete Experten- und Grenzwertgläubigkeit zu überwinden und zunehmend eigene Wahrnehmungen zum Ausgangspunkt betrieblicher Arbeitsschutzpolitik zu machen.

Gerda Hornemann, Sozialstationen in Berlin. Ihre Vorgeschichte und Entstehung. Eine Dokumentation. Rheinbach 1986 (Tintenfaß-Verlag), 141 Seiten, 13,80 Mark.

Mit dem im letzten Jahrzehnt vorzugsweise über Sozialstationen erfolgten schrittweisen Ausbau des ambulanten Pflege- und Betreuungssektors im Gesundheitswesen der Bundesrepublik konnte ein sich seit langem abzeichnendes Defizit in der pflegerischen Versorgung alter, chronisch kranker und behinderter Pflegebedürftiger zumindest ansatzweise verringert werden. Zwar sind wir in der Bundesrepublik – entgegen der viel benutzten Formel von der

Existenz eines „flächendeckenden Netzes der ambulanten pflegerischen Versorgung“ – noch weit davon entfernt, auch nur annähernd den (geschätzten) Bedarf an ambulanten Pflegediensten abzudecken –, doch sind gewisse Fortschritte auf diesem Feld der gesundheitlichen Versorgung unübersehbar.

Fast parallel zur Ausweitung des ambulanten Pflegesektors hat sich auch die – vorwiegend medizinsoziologisch orientierte – Gesundheitsforschung diesem „neuen“ Versorgungstyp zugewandt. In zahlreichen Studien unterschiedlicher Herkunft wurden Entstehungsbedingungen und Arbeitsweise von Sozialstationen analysiert, ihre Einbettung in das System der gesundheitlichen Versorgung untersucht sowie auf Defizite in diesem Sektor aufmerksam gemacht. Da es sich bei diesen Studien zumeist um mehr „qualitativ“ orientierte Fallstudien in einzelnen Bundesländern handelte, wissen wir jedoch kaum etwas über die Lage der ambulanten pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik insgesamt. Noch nicht einmal eine annähernd genaue Zahl ambulanter pflegerischer Einrichtungen in der Bundesrepublik ist bekannt (Schätzungen gehen von zirka 1500 Einrichtungen aus). Um so verdienstvoller ist es, daß wenigstens für einige Bundesländer flächendeckende Erhebungen über Zahl, Struktur, Beschäftigte und Leistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen vorliegen, aus denen man sich ein zumindest ungefähres Bild der Verhältnisse machen kann.

In dieser Absicht ist wohl auch die vorliegende Dokumentation der Entwicklung der Sozialstationen in West-Berlin entstanden. Ihre Verfasserin, die Sozialpädagogin Gerda Hornemann, ist seit 1975 beim West-Berliner Senator für Arbeit und Soziales tätig, koordiniert die häuslichen Pflegedienste und war wesentlich am Aufbau der Sozialstationen in dieser Stadt beteiligt.

Ihr Büchlein enthält eine Chronologie der Entstehung der Sozialstationen in der Nachkriegszeit, die sich im wesentlichen auf die zusammenfassende Wiedergabe entsprechender Senatsdokumente stützt und bei der die protokollartige Skizzierung der Zusammenarbeit

von „Wohlfahrtsverbänden“ und Senatsverwaltung in dieser Frage im Mittelpunkt steht.

Die „Wende“ auf dem Weg zur flächendeckenden Einrichtung von Sozialstationen hat – liest man G. Hornemanns Dokumentation auch zwischen den Zeilen richtig – in West-Berlin offensichtlich mit der Regierungsübernahme der CDU und der Berufung von Ulf Fink zum Gesundheitssenator begonnen. Dabei stand die Idee, die Kosten der Krankenhausversorgung zu reduzieren, eindeutig im Mittelpunkt des Interesses am Ausbau des Sozialstations-Sektors: „Die angespannte Haushaltslage des Landes zwingt zum Sparen und gleichzeitigen Gestalten. ... Parlamentarischen Bedenken wegen des hohen Finanzierungsbedarfs kann nur mit der Gestaltung flächendeckender Sozialstationen und der Reduzierung stationärer Einrichtungen begegnet werden.“ (S. 59) Der nach 1982 erfolgte Ausbau der Sozialstationen wurde dann auch mit einigen Millionen Mark aus der Senatskasse unterstützt, die für die baulich-räumliche und personelle Ausstattung der Stationen verwendet werden sollten. Gleichzeitig erhöhten und pauschalierten die Krankenversicherungsträger ihre Gebührensätze, was den Stationen insgesamt mehr Spielraum verschaffte. So weit, so gut und informativ.

Was man in der vorliegenden Dokumentation allerdings vermißt, ist zum Beispiel eine Aufstellung darüber, wieviele Krankenhausbetten in der Zwischenzeit in West-Berlin abgebaut wurden und ob (und gegebenenfalls auf welchen Wegen) Kosten in anderen Teilbereichen des Gesundheitswesens reduziert werden konnten.

Die unkritische Sicht der Verfasserin verbietet es offensichtlich, auch nur eine Zahl über den Bedarf und den erreichten Grad der Bedarfsdeckung im ambulanten pflegerischen Sektor anzuführen: Wieviele – und wie ausgebildete – Pflegepersonen arbeiten in den ambulanten Einrichtungen überhaupt? Wie ist die Einwohner-Pflegepersonen-Relation? Wieviele ältere Menschen und Pflegebedürftige kommen auf eine Pflegekraft? Wie sind die Einrichtungen und Pflegekräfte über das Stadtgebiet verteilt? Gibt es privilegierte

und weniger privilegierte Stadtbezirke und Wohnlagen? Wie korrespondieren ambulante Pflegedichte, Arztdichte in der ambulanten Versorgung, Krankenhausbetten-Dichte und Nutzungsgrade dieser Einrichtungen des Gesundheitswesens nach Stadtbezirken? Welches Spektrum an Pflege- und Betreuungsleistungen wird – mit welcher Gewichtung insbesondere von grund- und behandlungspflegerischen Leistungen – durch die ambulanten Dienste erbracht? Wie schätzen die Nutzer von Sozialstationen (Patienten, Klienten) das erreichte Versorgungsniveau ein? Wo bestehen Defizite? Welche Forderungen zur Weiterentwicklung des ambulanten Pflegesektors werden insbesondere von Einrichtungsträgern und in Sozialstationen Beschäftigten erhoben? Wie sind die – auch in West-Berlin zunehmend auf den Markt drängenden – privaten Anbieter von Pflegeleistungen einzuschätzen?

Die Beantwortung dieser und weiterer Fragen hätte – das sei zugegeben – aus der vorliegenden Dokumentation eine sozialwissenschaftliche Studie gemacht. Trotzdem: Daß sie mehrheitlich nicht einmal angesprochen, geschweige denn problematisiert werden, entwertet die vorliegende Veröffentlichung beträchtlich. Selbst wenn man in Rechnung stellt, daß von der Vertreterin einer Institution, in deren politischen Verantwortungsbereich die häusliche Krankenpflege liegt, eine (selbst)kritisch-analytische Bestandsaufnahme der ambulanten pflegerischen Versorgung offenbar nicht erwartet werden kann, hätten wenigstens einige Hinweise auf nach wie vor existierende Probleme in diesem Bereich des Gesundheitswesens es den Leserinnen und Lesern ermöglicht, sich ein realistisches Bild von der Wirklichkeit zu machen. So ist die vorliegende Schrift leider kein Beitrag zur Analyse von Versorgungsproblemen im Gesundheitswesen, sondern eher eine Festschrift zu Ehren des gegenwärtigen CDU-Gesundheitssenators, deren Publikation durch eine Senatsverwaltung verständlich erschiene, im Programm eines Verlages, der sich mit der Herausgabe einer verdienstvollen Zeitschrift („Forum Sozialstation“) profiliert hat, dagegen eher verwundert.

Klaus Priester

Klaus Priester ist Diplom-Soziologe und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Klinikum der Universität Frankfurt

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Kölnstr. 198, 5300 Bonn 1, Tel. 0228/693389 (9.00 Uhr bis 17.00 Uhr).

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

Redaktion:
Chefredaktion: Ursula Daalman (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 Raupp (urp); **Umwelt:** Peter Walger (pw); **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Matthias Albrecht (ma); **Edl Erken (ee); Ausbildung:** Eckard Müller (em); **Internationales:** Gunar Stempel (gst); **Stephan Schölzel (sts); Frauenprobleme:** Brigitta Mews (bm); **Karin Kleseyer (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, Stadtsparkasse Köln 10652236 (für Abgebühren).

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. Preis (Jahresabonnement): 51,- Mark inkl. Porto.

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Novemberheft: 10. Oktober 1987

Graphik: Jutta Karras, Christian Paulsen

Titelblatt: Linie 4/M. Bauer/M. Jung

Layout: Ursula Daalman, Joachim Neuschäfer, Gregor Weinrich

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

ISSN: 0932-5425

UM HIMMELS WILLEN, EINE FRAU,
DIE GANZ NACH OBEN WILL,
DAS KÖNNTE JA EINE LAWINE
AUSLÖSEN!



wir über uns

Vielen Dank

„dg – habe ich noch nie gehört“, sagen viele, die wir auf unsere Zeitung ansprechen. Deshalb haben wir vor einiger Zeit rund 100 Mitarbeiter und Abonnenten, die wir persönlich kennen, angeschrieben und um eine Spende für unseren lächerlichen Werbetopf gebeten. 5000 Mark sind dabei zusammengekommen. Wir möchten uns hier ganz herzlich bei allen Spendern dafür bedanken. Sie werden in den kommenden Monaten dg-Anzeigen auch in Zeitschriften finden, in denen wir bisher unsere Zeitung nicht vorstellen konnten. Eins müssen wir aber noch anfügen: Einige Spender haben uns um eine Spendenquittung gebeten, eine Bitte, der wir nicht nachkommen können. Leider sind wir nicht als gemeinnützig anerkannt, nur als verfassungsfeindlich.

Wer – wie – was im dg?

Wie funktioniert eigentlich die Arbeit der dg-Redaktion? Wie schafft ihr es, die Zeitung jeden Monat fertig zu bekommen? Wer entscheidet bei euch über den Abdruck von Artikeln? Die Arbeitsweise der dg-Redaktion ist vielen Lesern und Leuten, die sporadisch mitarbeiten, unklar, wie wir immer wieder in Gesprächen feststellen. Eine zentrale Rolle spielt dabei unsere monatliche Redaktionssitzung, die meist bei Familie Andersch in Essen stattfindet. Durch die Vorarbeit unserer Hauptamtlichen schaffen wir es meist in vier bis

fünf Stunden, die Tagesordnungspunkte Heftkritik und Heftplanung zu diskutieren. Dort wird entschieden, welche Artikel, die bis dahin angekommen sind, abgedruckt werden. Dort berichten die Redakteure über geplante Themen. Dort wird auch besprochen, welche Autoren wir bitten wollen, uns zu wichtigen Themen etwas zu schreiben, wenn wir dies selbst nicht schaffen. Außerdem diskutieren wir bei den Redaktionssitzungen jedes Mal ein aktuelles, gesundheitspolitisches Thema, vorbereitet von einem der Redakteure.

Bei allem gesundheitspolitischen Konsens der Redaktion liegt die Verantwortung für die einzelnen Themenbereiche beim zuständigen Redakteur. Wenn es Kontroversen gibt, so kommen sie auf den Redaktionssitzungen zur Sprache. Wenn sie sich nicht lösen lassen, so findet man das auch im dg wieder, so zum Beispiel bei der Diskussion über Methadon. Viele Entscheidungen sind bei monatlichem Erscheinen bei uns nicht basisdemokratisch zu lösen, weil wir uns nicht öfter als einmal im Monat treffen können. Hier haben unsere hauptamtlichen Redakteure weitgehend Handlungsfreiheit, wobei in heiklen Fragen eben die Redakteure angeklingselt werden.



dg-Kontakte

Aachen: Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 75459; **Ansbach:** Brigitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8900 Ansbach, Tel. (0981) 14444; **Berlin:** Hermann Ditttrich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8226328; **Bonn:** Edi Erken, Eckenstr. 28, 5202 St. Augustin 2 (Hangar), Tel. (02241) 29178; **Stefan Schölzel**, In der Asbach 29, 5305 Alfthor-Impekoren, Tel. (0228) 6420034; **Kurt Straß**, Reuterstr. 121, 5311, Tel. 212696; **Gregor Weinrich**, Schumannstr. 30, 5311 Tel. 219778; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 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-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kühlenweg 22, 4800 Dortmund 50, Tel. (0231) 753980; **Detlev Uhlenbrock**, Droste-Hülshoff-Str. 1, 4611, Tel. 421788; **Düsseldorf:** Joseph Gill-Rode, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 349204; **Duisburg:** Thomas Wietig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (0203) 342188; **Essen:** Christian Paulsen, Overbeckstr. 18, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 743731; **Norbert Andersch**, Pollerbergstr. 22, Tel. 747131; **Walter Popp**, Sunderholz 32, 4311, Tel. 441630; **Flensburg:** Ralf Cüppers, Apenrader 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, Faaßweg 3, 2000 Hamburg 20, Tel. (040) 488927; **Hanau/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47231; **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, 7600 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 849948; **Kassel:** Matthias Dippel, Waitzstr. 2 d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 54925;

Thomas Melcher, Tannengrund 33, 8950 Kaufbeuren 2, Tel. (08341) 2684; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8424; **Köln:** Peter Liebermann, Gartheistr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 763844; **Helmut Schaaf**, Benenrather Str. 359, 5141, Tel. 443818; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 503355; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 855405; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Mönchengladbach:** Eckhard Kleinlützum, Wilhelm-Strauß-Str. 127, 4050 Mönchengladbach 2, Tel. (02166) 44157; **Mühlacker:** Helmut Jäger, Hermann-Hesse-Str. 43, 7103 Mühlacker, Tel. (07041) 15399; **München:** Margret Lambardt, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 781504; **Münster:** Helmut Copak, Gelststr. 67 a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; **Barbara Halbeisen-Lehnert**, Hoyastr. 11, Tel. 287431; **Uli Menges**, Davensberger Str. 10 a, Tel. 788399; **Ulli Raupp**, Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7, Tel. 7801437; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 83856; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 15453; **Riedstadt:** Harald Skobles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06168) 6161; **Siegburg:** Richard Beltzen, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 383590; **Siegen:** Michael Regus, Berleburger Str. 59, 5900 Siegen, Tel. (0271) 63847; **Solingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5650 Solingen 1, Tel. (02121) 47885; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 52798; **Ulm:** Wolf Schleinzer, Reschweg 12, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 66088; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmatal 1, Tel. (02163) 4191; **Westerland:** Achim Harms, Norderstr. 81, 2280 Westerland/Sylt, Tel. (04651) 27925; **Wiesbaden:** Brigitta Ende-Scharf, Matthias-Claudius-Str. 11, 6200 Wiesbaden, Tel. (06121) 300214; **Wuppertal:** Michael Sünner, Meiningen Str. 17, 5600 Wuppertal 22, Tel. (0202) 649667.

Postvertriebsstück
Gebühr bezahlt

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

Miriam N

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

THE QUEEN OF AFRIC

4800 BIELEFELD 1



„... Die Lieder, die ich singe, sollen die Schreie des
Zorns und der Leiden eines Volkes ausdrücken, denen
ihre Rechte als menschliche Wesen verweigert
wurden, früher im Namen des Kolonialismus und
heute im Namen der Apartheid ...“
(Miriam Makeba im Frühjahr 1987)

neue LP:

MIRIAM MAKEBA
The Queen Of African Music

11 GREAT
SONGS

LP 88570
CD 88571

