

# dg

Demokratisches  
Gesundheitswesen  
Nr. 11 - November 1987

G 2961 E  
Einzelheft 5 Mark  
Abonnement 3,70 Mark



Medizinstudenten:  
**Resigniert?**

Sozialstationen:  
**Schatten-**

**Teufelswerk?**  
Neue Fertilisationstechniken

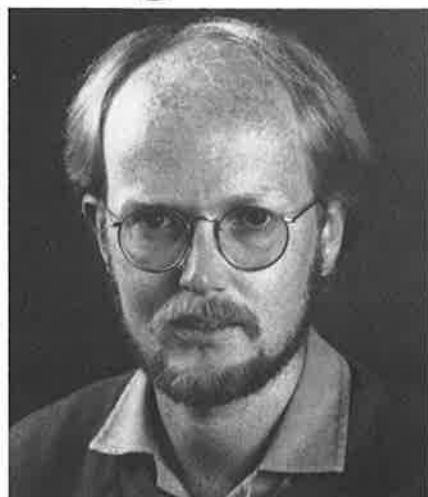
PAHL-RUG, GOTTESW. 54 5000 KOEHLN  
G 2961 E 394711 361 \*\*\*\*\*

KARL BOEKER  
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1



## Ordnungswidrig?



dg-Redakteur  
Ulli Raupp ist  
Kinderarzt und  
arbeitet in der  
Kinder- und  
Jugend-  
psychiatrie

**D**ie Frankfurter Zeil Nummer 127 ist eine „erste Adresse“. Von Ende September an sollten hier Gebärmütter vermietet werden. Für rund 60 000 bot sie der Anwalt Noel P. Keane feil, der im letzten Jahr erfolgreich die Auftraggeber im Prozeß Ehepaar Stern contra Leihmutter Mary Beth Whitehead in Hackensack / New Jersey vertreten hatte. Hier war erstinstanzlich entschieden worden, daß der Leihmuttervertrag alles, die Leihmutter ein Nichts ist.

Zwar hat auch bereits ein Sprecher des Bundesjustizministeriums die Eröffnung des Zentrums unter dem Firmenschild „United Family International“ „aufs schärfste“ mißbilligt und darauf verwiesen, daß die kommerzielle Vermittlung von Leihmüttern auch dann eine Ordnungswidrigkeit bedeute, wenn das Kind noch nicht gezeugt sei. Zwar will die Stadt Frankfurt das Büro bereits wieder schließen lassen. Doch das braucht bei der jetzigen Rechtslage Keane, die Nummer Eins im internationalen Leihmütter-Business, keine schlaflose Nacht zu machen. Wer will ihn daran hindern, es in einer anderen Stadt zu versuchen und die möglicherweise verbotenen Teile des Geschäfts in den USA abzuwickeln? Bei den Profiten ist ein läppisches Ordnungsgeld allemal drin.

Keane ist nicht dumm: Damit im Sinne der Auftraggeber nichts schiefgeht, sind de-

taillierte Verträge vorgesehen. Das eine Mal muß eine Medikamenteneinnahme von einem Vertragsarzt genehmigt werden, das andere Mal eine Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt werden, und bei Mary Beth Whitehead konnte der Vater sogar den Abort verlangen. Ihr Recht auf Selbstbestimmung muß die Leihmutter an der Kasse abgeben.

Den tollsten Coup landete eine einflußreiche Frauschaft aus den USA, die Modellgesetze für die Reproduktionstechnologien mit erarbeitet: Sie fordert, daß Leihmutterverträge rechtlich bindend sein müssen, damit Frauen endlich beweisen, daß sie „Herr“ ihrer Emotionen und verlässliche Vertragspartner sein können. Die Damen reklamieren für sich das Attribut „feministisch“. Dabei ist das hier eingeforderte Recht jeder Frau, mit ihrem Körper machen zu können, was sie will, nur vergleichbar dem Recht des Bettlers, unter Brücken zu schlafen und sich von Abfällen zu ernähren. Es ist das Recht, sich in die Rechtlosigkeit zu begeben und die Kontrolle über den eigenen Körper zu verkaufen.

Das ist moderne Sklaverei und keine Ordnungswidrigkeit. Rita Süßmuth und Hans Engelhardt werden sehr schnell harte gesetzliche Maßnahmen gegen Gebärmuttermakler, Profiteure, ärztliche Helfershelfer und nicht gegen die betroffenen Frauen auf den Weg bringen müssen, wenn sie glaubwürdig bleiben wollen. Und wenn sie engagierten und entschlossenen Frauen zuvorkommen wollen, die ein solches Büro weder auf der Zeil geduldet hätten noch woanders dulden werden.

dg 11/87

## dg-Report

Teufelswerk?  
Neue Fertilisationstechniken und Ethik 10

## Umwelt

Dicke Luft  
Blutbildveränderungen in  
Dortmund-Scharnhorst 18

## Arbeitsmedizin

Schleudersitz  
Betriebsärztin von der LVA Düsseldorf  
gekündigt 23

## Patientenversorgung

Schattendasein  
Sozialstationen im Test 24

## Gewerkschaft

Nix als Arbeit?  
ÖTV-Kundgebung zur  
35-Stunden-Woche 26

## Internationales

Opfer des Staates  
Systematische Folter an Kindern  
in Südafrika 28

## Krankenpflege

„Ich habe ihm Pappgeschirr gegeben“  
Krankenpflege und Aids 30

## Ausbildung

Resigniert?  
Die neuen Medizinstudenten 32

## Aktuelle Gesundheitspolitik

Gummi drum!  
Aids-Workshop in der SPD-Baracke 33

## Pharma

Fliegenpatsche Landgericht  
Bayer AG prozessiert gegen  
Bayer-Coordination 34

## Dokumente

Pflegebedürftigkeit in der Bundes-  
republik  
Daten zur Gesundheits- und  
Sozialpolitik 19

Was bringt die neue Gebührenordnung  
für Ärzte?  
Eine Kritik von Heinz-Harald Abholz 21

## Rubriken

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



**In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer – ist das alles Teufelswerk? Wer will sich eigentlich anmaßen, die Bedürfnisse von Frauen zu zensieren? Ulli Raupp hat merkwürdige Übereinstimmungen bei den Positionen gefunden. Seite 10**



**Wie viele Menschen in der Bundesrepublik bedürfen der Pflege? Wie kommen die offiziellen Zahlen zustande? Mit dem Thema „Pflegebedürftigkeit“ beginnen wir eine Serie „Daten zur Gesundheits- und Sozialpolitik“. Seite 19**



**„Die neuen Medizinstudenten sind alle so unpolitisch“, jammern gestandene Fachschafter an den Universitäten. Uschi Thaden relativiert ein paar Vorurteile und bestätigt andere. Seite 32**

Foto: Heisl



## Tendenziös

dg 9/87: „Aber wir kommen vorwärts“

Es mag sein, daß das durchschnittliche monatliche Pro-Kopf-Einkommen der arabischen Bevölkerung auf der Westbank bei 50 Dollar liegt; es ist jedoch eine Tatsache, daß der Lebensstandard in der Westbank und im Gazastreifen seit der Anpassung an das israelische Wirtschaftssystem gestiegen ist. Fest steht, daß die Kindersterblichkeit seit 1967, dem Jahr der Vertreibung der jordanischen und ägyptischen Besatzer, die Lebenserwartung gestiegen und die Kindersterblichkeit gesunken ist, trotz (oder wegen?) der Schließung arabischer Krankenhäuser. Und schließlich, was soll die tendenziöse Frage nach Entvölkerung bei einem jährlichen Netto-Bevölkerungszuwachs von 2,8 Prozent, einem der höchsten der Welt?

DR. NATHAN WARSZAWSKI  
Bonn

## Brisant

dg 7-8/87: Mickey-Mouse-Krankenhouse

Norbert Andersch geht in seinem Artikel (auf Seite 14, 3. Absatz) ansatzweise auf die Problematik diagnoseabhängiger Fallpauschalen ein und erwähnt unter anderem den auf drei Jahre befristeten Längsschnittversuch am Bonner Sankt-Marien-Hospital, der als Modellprogramm aus Landesmitteln gefördert werden soll.

Richtigzustellen und zu ergänzen ist zunächst, daß dieser Modellversuch weder mit Landes- noch mit Bundesmitteln unterstützt worden ist. Das Forschungsvorhaben „Möglichkeiten und Grenzen für krankenhauserneuerungssysteme im Hinblick auf Krankenhausleistungsfähigkeit und -wirtschaftlichkeit im Rahmen einer alternativen Krankenhausfinanzierung“ ist von der Robert-Bosch-Stiftung GmbH finanziert und vom Deutschen Krankenhausinstitut durchgeführt worden. Gegenstand dieser Untersuchung war das Sankt-Marien-Hospital Bonn mit seinen drei Betriebsstellen Franziskus-Hospital, Herz-Jesu-Hospital und Kinderkrankenhaus Dottendorf. Das Modellvorhaben wurde möglich, weil nach Paragraph 21 Bundespflegesatzverordnung alte Fassung die Landesregierung das Krankenhaus durch Rechtsverordnung ermächtigt hatte, für einen bestimmten Zeitraum von den Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung abzuweichen.

Auf dieser Grundlage wurden in den vorgenannten Einrichtungen ab 1.1.1984 in Abweichung von dem geltenden Pflegesatzsystem fachabteilungsbezogene Fallpauschalen berechnet, die auf der Basis der tatsächlichen Kosten 1982 und 1983 ermittelt und zwischen den örtlichen Krankenkassen und dem Krankenhaus vereinbart waren. Gleichzeitig erfolgte eine Modellrechnung auf der Grundlage des bisherigen Pflegesatzverfahrens, um eine Vergleichsbasis zu gewinnen. Die konkreten Fallpauschalen für 1984 betrugen unabhängig von der Schwere und Behandlungsdauer des Einzelfalles zwischen 869,— DM in der HNO-Abteilung und 4002,— DM in der Chirurgie.

Es zeigten sich jedoch nach wenigen Monaten erhebliche finanzielle Einbußen, die von dem Krankenhaus und seinen Betriebsteilen in diesem nicht erwarteten Umfang nicht zu verkraften waren. Bezogen auf den Vergleichszeitraum Januar bis April 1983 ergaben sich für die Vergleichsmonate 1984 folgende Veränderungen:

- Rückgang der Fallzahlen um 173
- Rückgang des Nutzungsgrades um 5,3 Prozent
- Rückgang der Kurzlieger um 86 Fälle (= 15 Prozent) bei gleichzeitiger Zunahme der Langlieger
- Rückgang der selbstzahlenden Patienten je nach Fachabteilung bis zu 50 Prozent.

Der dem Krankenhaus durch diese Entwicklung entstandene

Finanzschaden wurde mit 600 000,— DM beziffert und nicht vom Träger des Modellversuchs, der Robert-Bosch-Stiftung, getragen.

In Anbetracht der Tatsache, daß die umliegenden Bonner Krankenhäuser den Anschluß an diesen Modellversuch verweigert hatten und in Erwartung der Tatsache, daß auch zukünftig die „Kurzlieger“ in die normal abrechnenden Nachbarkrankenhäuser abwandern und dem Modellkrankenhaus im wesentlichen die „Langlieger“ und „Problemfälle“ erhalten bleiben würden, wurde die sofortige Aufhebung der Modellverordnung beantragt, um in Einstimmung mit den RVO-Kassen den Pflegesatz ab 1.7.1987 wieder „normal“ berechnen zu können.

Aus gewerkschaftlicher Sicht ist basierend auf diesen gemachten Erfahrungen festzustellen, daß sicherlich nicht nur Krankenhäuser und Patienten/Patientinnen erster und zweiter Klasse finanzierungsbedingt existieren, sondern auch bei längerfristiger Anwendung diagnoseabhängiger bzw. abteilungsbezogener Fallpauschalen erhebliche Qualitätsverluste in der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu erwarten sind, bis hin zu durch die Mindereinnahmen bedingten Personalreduzierungen.

Wenn Norbert Andersch weiter ausführt, daß das Ergebnis dieses Modellversuches trotzdem weitere Modellversuche dieser Art nicht unmöglich gemacht hat, dann ist ihm sicherlich darin zuzustimmen, daß sowohl der Deutsche Gewerkschaftsbund wie auch die Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr den diagnoseabhängigen bzw. abteilungsbezogenen Fallpauschalen eine klare Absage erteilen müssen. Die vom Artikelverfasser angesprochene „Funkstille der Gewerkschaften“ kann meines Erachtens daher auch nur auf diesen Punkt reduziert werden. Keinesfalls kann der im oben genannten Artikel vermittelte Eindruck verbleiben, daß die Brisanz der Auswirkungen aus Bundespflegesatzverordnung und Krankenhausneueordnungsgesetz bei weitem nicht erkannt und erfaßt worden sei.

WILFRIED KÜHLE  
ÖTV-Bezirksverwaltung NRW II  
Bochum



Foto: Linie 4

## Ärztestatistik 1986

Fachgebiet	berufst. Ärzte/ -innen	darunter Ärztinnen
o. Gebietsbez.	73 252	24 218
Internisten	19 933	3 030
Allgemeinärzte	14 854	2 540
Gynäkologen	8 355	1 473
Chirurgen	8 063	435
Kinderärzte	5 791	2 296
Anästhesisten	5 446	2 225
Nervenärzte	4 403	1 124
Augenärzte	3 766	1 042
Orthopäden	3 661	182
Radiologen	2 988	453
HNO-Ärzte	2 918	344
Hautärzte	2 328	854
Urologen	2 272	28
Insgesamt	165 015	41 857

Quelle: Statistik der Bundesärztekammer

## ÖTV Duisburg gegen Fallpauschalen

Auf ihrer Kreisdelegiertenkonferenz am 19. September hat sich die ÖTV Duisburg einstimmig gegen die Einführung sogenannter „diagnoseabhängiger Fallpauschalen“ in den Krankenhäusern ausgesprochen. Die Hauptabteilung Gesundheitswesen der Gewerkschaft ÖTV wird aufgefordert, ihre Mitglieder in den Krankenhäusern umfangreich über die neue Sonderentgeltordnung in der Bundespflegesatzverordnung zu informieren. Außerdem solle die Hauptabteilung eindeutig Stellung gegen die Einführung der „diagnoseabhängigen Fallpauschalen“ beziehen und alle geeigneten Maßnahmen treffen, um deren Einführung zu verhindern.

## ÄK Berlin: Methadonprogramm abgelehnt

Die Berliner Ärztekammer hat Ende September die Einführung von Methadon-Programmen zur Aids-Prophylaxe abgelehnt. Die Aids-Beauftragte der Ärztekammer, Constanze Jakobowsky, führte an, daß nach Erfahrungen in Italien und Spanien durch die Methadongabe die HIV-Durchseuchung drogenabhängiger Fixer nicht gesenkt worden sei. Methadon lindere zwar die Entzugsscheinungen, habe jedoch keine euphorisierende Wirkung, so daß die Betroffenen häufig zu-

sätzlich Rauschgift spritzen würden. Rüdiger Salloch-Vogel, Beauftragter für Suchtfragen in der Ärztekammer, erklärte, daß in Einzelfällen das Medikament verabreicht werden könne, etwa bei einer suchtkranken Schwangeren. Die Aufstellung eines Indikationskatalogs wird jedoch abgelehnt. Die Ärztekammer forderte vielmehr „Niederschwelligere Therapieangebote zur Drogenbekämpfung und Versorgung von Aidskranken“. Dazu sei ein personalintensiver Ausbau der Drogenhilfe und der Therapieangebote, verstärkte Arbeit in der Szene und Angebote für drogenabhängige HIV-Positive und Aidskranke notwendig. Zur Vermeidung berufsrechtlicher Probleme sollten Ärzte, die Methadon abgeben wollen, die Verschreibung mit den Drogenbeauftragten der Ärztekammer abstimmen.

## Nicht genügend Schwerbehinderte eingestellt

Die meisten Bundesländer erfüllen nicht die Auflagen des Schwerbehindertengesetzes zur Beschäftigung im Öffentlichen Dienst. Wie das Bundesarbeitsministerium mitteilt, kommt allein Bremen der Auflage nach, daß mindestens sechs Prozent der Beschäftigten Behinderte sein müssen. In Baden-Württemberg und Bayern etwa sind unter vier Prozent der Beschäftigten Schwerbehinderte. Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und das Saarland kamen immerhin noch auf über fünf Prozent.

## Erste Professorin für Andrologie berufen

Zum ersten Mal gibt es in der Bundesrepublik Deutschland eine Professorin für Männerheilkunde. Seit Beginn des Sommersemesters ist Bärbel Schütte Inhaberin der Professur für Andrologie an der Universität Münster, berichtet die Kölner Agentur frauenpress.

## Preiserstattung bei zu hohen Becquerelwerten

Zu hohe Strahlenbelastung in Lebensmitteln muß von den Verbrauchern nicht hingenom-

men werden. Sie haben das Recht, die Ware zurückzugeben und den Kaufpreis erstattet zu bekommen. Dies geht aus einem Urteil des Amtsgerichts Kiel hervor.

Im konkreten Fall hatte die Heilpädagogin Christiane Ruhberg Babynahrung gekauft, die mit 55,2 Becquerel Caesium pro Kilogramm belastet gewesen war. Das Gericht verurteilte den Beklagten, einen Drogerie markt, dazu, ihr den vollen Kaufpreis plus vier Prozent Zinsen zurückzuzahlen (Az.: 8 C 2/87). Nach Auffassung der Zeitschrift „natur“ gewinnt das Urteil große Bedeutung, wenn die Europäische Gemeinschaft die Grenzwerte für radioaktive Belastung von Lebensmitteln anhebt. Der Verbraucher könne sich dann auf das oben genannte Urteil berufen.



Foto: Döhnm

## Gefährdung durch Bildschirmarbeit

Bildschirmarbeit kann krank machen, wie die Untersuchung der Physikerin Ute Boikat von der Hamburger Gesundheitsbehörde und des Bremer Forschungs- und Informationsbüros ergeben hat. Dabei seien zwar die einzelnen Einflußfaktoren aus Gerät und Arbeitsumgebung nicht so intensiv, um akute Erkrankungen auszulösen. Es seien vielmehr die vielfachbeeinflussungen, die zu Störungen führten. Dabei könne keine scharfe Grenze zwischen Befindlichkeitsstörungen und Krankheit gezogen werden. Die Klagen reichten von Schlaf-

und Verdauungsstörungen über Appetit- und Lustlosigkeit bis zu Kopfschmerz, Schwindelgefühl und muskulären Beschwerden. Die Ergebnisse der Vergleichsuntersuchung sind ausführlich dargestellt in der Zeitschrift „P. M.“, die per Einzahlung von 7,50 Mark auf das Postgirokonto Hamburg Nr. 7115-203 bestellt werden kann.



## AOK-Bundesverband: Freie Kassenwahl gefordert

Die beiden Vorstandsvorsitzenden des Bundesverbands der Ortskrankenkassen, Detlev Balzer und Wilhelm Heitzer, haben in einer Erklärung zur Strukturreform im Gesundheitswesen gefordert, die Beitragsunterschiede zwischen den verschiedenen Krankenkassen zu verringern. Es sei sozial und wirtschaftlich nicht mehr zumutbar, daß vor Ort für vergleichbare Leistungen unterschiedliche Beiträge gezahlt würden. In diesem Zusammenhang betonten die Vorstandsvorsitzenden, daß die versicherungsrechtliche Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten ein Gebot der Stunde sei. Im Gegensatz zu den Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen besteht zur Zeit eine



Karl Kaula, Vorsitzender des Verbands der Angestelltenkrankenkassen: Keine Stütze für eine Einheitsversicherung

solche Gleichsetzung bei den Ersatzkassen nicht.

Karl Kaula, Vorsitzender des Verbands der Angestelltenkrankenkassen, wandte sich gegen die allgemeine Öffnung der Kassen. Die Ersatzkassen für Angestellte wollten nicht zu den Stützen einer Einheitsversicherung umfunktioniert werden. Eine Kassenwahlfreiheit für Arbeiter könne man auch durch den Ausbau der Arbeiterersatzkassen und gegebenenfalls durch Neugründungen erreichen, erklärte Kaula.

## ÖTV Göttingen: Privatisierung geplant

Das Land Niedersachsen plant die Privatisierung von drei Fachkliniken: der für psychogene Erkrankungen in Tiefenbrunn bei Göttingen, der Landesfrauenklinik in Hannover und der Fachklinik für Lungenkrankheiten in Unterstedt bei Rotenburg an der Wümme. Gegen den Verkauf der Klinik Tiefenbrunn protestierten die Gewerkschaft ÖTV, der Personalrat und die Ärztliche Leitung der Klinik. Die ÖTV befürchtet, daß längerfristig mindestens 50 der 200 Arbeitsplätze abgebaut würden. Auch der Ärztliche Direktor der Tiefenbrunner Klinik hält nicht für sicher, daß die Klinik auf dem bisherigen Niveau weitergeführt werden könne. Er befürchtet Streichungen in der Kinder- und Jugendtherapie, die sehr personal- und damit kostenintensiv seien. Offiziell ist der Personalrat der Klinik bisher nicht informiert worden, wozu die Landesregierung nach dem niedersächsischen Personalvertretungsgesetz verpflichtet wäre. Man sei nur durch einen Zufall darauf gekommen, daß geplant sei, die Klinik zu verkaufen, bestätigte Manfred Bartsch, ÖTV-Sekretär in Göttingen. Die Gewerkschaft habe zunächst einmal einen Termin im Sozialministerium vereinbart. Man habe aber nichts dagegen, wenn ein ganzer Sonderzug von Beschäftigten mitführe, meinte Bartsch.

## ÄK Saarland: Richtlinien zur IVF/ET beschlossen

Die Ärztekammer Saarland hat Ende September Richtlinien für die In-vitro-Fertilisation und den Embryotransfer beschlossen. Danach darf die IVF/ET nur mit Samen und Eizellen des kinderlosen Paares (homologes System) durchgeführt werden. Außerdem müsse die Zell-Kultur sofort abgebrochen werden, wenn die Embryonen für die IVF/ET nicht mehr benötigt würden, erklärte Professor Franz Carl Loch, der Präsident der saarländischen Ärztekammer. Die zuständige Gesundheitsministerin, Brunhilde Peters, erklärte, daß sie die Richtlinien

genehmigen wolle. Allerdings sei auf Dauer die ärztliche Selbstverpflichtung nicht ausreichend. Sie halte ein Bundesgesetz oder möglichst einheitliche Ländergesetze für notwendig.

## Auswahlgespräche: Kontrolle durch Rektor notwendig

Die Hochschulrektoren müssen sich bei der Vergabe von Studienplätzen für Medizin durch Auswahlgespräche persönlich vergewissern, ob die Bewerber ausreichend qualifiziert und

motiviert sind. Dies geht aus dem Urteil des Hochschulsenats beim baden-württembergischen Verwaltungsgerichtshof (VGH) in Mannheim hervor. Der VGH gab damit der Klage einer Studentin statt, durch einstweilige Anordnung die negative Auswahlentscheidung der Hochschule in Ulm aufzuheben. Da der Rektor die Ablehnung nur unterschrieben hatte, habe er die besondere Verantwortung, die aus dem Staatsvertrag zur Vergabe von Studienplätzen und der Vergabeverordnung abzuleiten sei, nicht wahrgenommen. In der gleichen Sache sind weitere Verfahren vor anderen Verwaltungsgerichten anhängig. (Az.: S 786/87)

## Getreide unterschiedlich radioaktiv belastet

Getreidesorten aus der diesjährigen Ernte sind nicht mit radioaktivem Caesium belastet. Dies teilte der Hessische Sozialminister, Karl-Heinz Trageser (CDU), im 64. Meßbericht seines Ministeriums mit. Belastetes Mehl sei aber nach wie vor im Handel, erklärte das Berliner „strahlentelex“. Mehle, die aus der Ernte von 1986 stammten, seien mit einem Haltbarkeitsdatum bis in die zweite Hälfte des Jahres 1988 versehen. Besonders belastet sei Roggenmehl, bei dem Spitzenwerte von über 40 Becquerel pro Kilogramm (Bq/kg) gemessen worden seien. Da der radioaktive Fall out nach Tschernobyl hauptsächlich die äußeren Schichten der Pflanzen erreicht habe, seien Vollkornmehle stärker belastet als niedrig ausgemahlene Mehle; deren Anteil des Ausgangsgetreides geringer sei. Allerdings enthielten diese auch weniger Vitamine, Mineral- und Ballaststoffe.

Weizenmehl sei nicht so stark belastet wie Roggenmehl, stellte die Arbeitsgruppe Umweltschutz (Argus) in Berlin (West) fest. Nach ihren Meßergebnissen weist Vollkornmehl 6,8 Bq/kg, der niedriger ausgemahlene Mehltyp 405 eine mittlere Aktivität von weniger als 2 Bq/kg auf. Die Mehluuntersuchungen sind in einer Broschüre veröffentlicht, die gegen Vorauszahlung von 4,60 Mark bezogen werden kann bei: Argus, Flotowstr. 2, 1000 Berlin 45.



Foto: Döhm

## Bayern: Aids-Informationen aus NRW verboten

Das bayerische Innenministerium hat den ihm unterstellten Gesundheitsämtern, den Landratsämtern und den kreisfreien Städten die Verbreitung von Informationsmaterialien zu Aids

aus Nordrhein-Westfalen untersagt. Die Materialien des nordrhein-westfälischen Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales stehen unter dem Motto „Rettet die Liebe, stoppt Aids“. Unter anderem wird darin die Benutzung von Kondomen propagiert. Laut bayerischem Innenministerium handele es sich dabei um „Desinformationsmaterialien“, die lebensgefährliche Verhaltensweisen verharmlose.



## Hartmannbund: AiP zurücknehmen

Der Hartmannbund hat die Zurücknahme der AiP-Regelung in der letzten Ausgabe des Verbandsorgans „Der Deutsche Arzt“ gefordert. Eine Umfrage des Hartmannbundes habe ergeben, daß die bereits im nächsten Jahr erforderlichen 6000 Stellen bislang keineswegs gesichert seien. Kein Bundesland denke daran, zusätzliche Mittel für den AiP bereitzustellen, also auch keine neuen Stellen einzurichten. In Niedersachsen sei nicht einmal die genaue Zahl der Anwärter für 1988 bekannt. Nach Berechnungen des Hauptgeschäftsführers des Hartmannbundes, Klaus Nöldner, gingen bundesweit im ersten Ausbildungszyklus 9000 Planstellen für die ärztliche Weiterbildung verloren.

Kernpunkte einer Reform müßten, so Nöldner, die Aufhebung der Änderung der Approbationsordnung, eine Senkung der Studienanfängerzahlen um wenigstens 2000 bis 3000 pro Jahr, eine Regelstudienzeit von zehn Semestern und die Zulassung zum Kassenarzt nach dreijähriger Pflichtweiterbildung sein.

## 30 Jahre Contergan

Am 1. Oktober jährte sich zum 30. Mal die Freigabe des Schlafmittels Contergan für den Arzneimittelmärkte. Ende der fünfziger Jahre war das Präparat der Arzneimittelfirma Grünenthal, das rezeptfrei erhältlich war, vor allem von Schwangeren genommen worden. Als am 13. Dezember 1967 Anklage gegen den Hersteller erhoben wurde, waren über 2600 Fälle von Mißbildungen nach der Einnahme von Contergan bekannt. Zwar befanden die Richter, daß der zentrale Wirkstoff, Thalidomid, mit hoher Wahrscheinlichkeit für die Mißbildungen verantwortlich sei, gaben aber der Anklage auf schuldhaftes Verhalten der leitenden Angestellten bei Grünenthal nicht statt. Das Unternehmen zahlte 5000 bis 25 000 Mark Entschädigung an die Betroffenen. Daneben gründete es mit den Nebenklägern die Stiftung „Hilfswerk für behinderte Kinder“, an der sich die Bundesregierung zur Hälfte beteiligte.



## Tschernobyl: Strahler '87

Nahrungsmittel mit weniger als 10 bq/kg werden als strahlenarm bezeichnet. Nahrungsmittel, die eine Belastung zwischen 10 und 30 bq/kg aufweisen, sind für Schwangere, Stillende und Kleinkinder nicht unbedenklich. Von einem stärkeren Verzehr ist diesen Risikogruppen abzuraten. Nahrungsmittel mit 30 bis 100 bq/kg müssen als stark belastet bezeichnet werden. Für Schwangere, Stillende und Kleinkinder sind sie nicht geeignet, andere 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

### Frische Milch

Frische Vollmilch ist in den meisten Regionen Deutschlands unter 5 bq/l belastet; in Süddeutschland schwanken die Werte zwischen 5 und 10 bq/l.

### Babynahrung

(angegeben ist das Haltbarkeitsdatum)

3/88	Hippon 2	1
1/88	Hippon A	3
2/88	Baby-Fit, Humana	unter 3
6/88	Kindergriß, Humana	unter 2
6/88	Humana 2	2
6/88	Folgemilch, Humana	2
6/88	Pre Humana 1	5
5/88	Milumil	unter 3
8/88	Nektamil	unter 3
6/88	Pre Aptamil	10
6/88	Pre Aletamil	1

### Kondensmilch

A & P, 7,5 % F.	2
Glücksklee, 7,5 % F.	33
Milsani, 10 % F.	9
Plus, 7,5 % F.	11
Alpenkrone, 7,5 % F.	19
Latisso, 10 % F.	47
Penny, 7,5 % F.	44
Bärenmarke, 10 % F.	41
Bärenmarke, 4 % F.	53
Libby's, 7,5 % F.	35
B & B, 10 % F.	4
Die Weißen, 7,5 % F.	10

### Sonstiges

(angegeben ist das Haltbarkeitsdatum)

3/88	De Beukelaer Vollkornkeks	9
	Lebkuchen, Contrella	7
5/88	Vollkornzwieback, Brandt	unter 3
	Vollmilchschokolade, Marabou	7
	Vollmilchschokolade, Stollwerck	15
8/88	Weizenvollkorngrüß, Demeter	51
8/88	Schoko-Mac, Schwartzau	14
2/88	Baliato-Korn-Mix	8

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

## Kammerwahl in Bremen:

## Trick 17?

**Erstmalig hat die  
oppositionelle „Liste  
Gesundheit“ im  
kleinsten Bundesland  
eine Chance, in die  
Delegiertenver-  
sammlung der Ärzte-  
kammer gewählt zu  
werden.**

Als die Bremische Bürgerschaft im Frühjahr 1987 eine Änderung des Heilberufsgesetzes plante, derzufolge endlich das Wahlsystem geändert werden sollte, wehrte sich die Ärztekammer mit Händen und Füßen dagegen. In einer Stellungnahme vor der Bürgerschaft hatte sich Karsten Vilmar, der Präsident der Bundesärztekammer, eindeutig gegen eine Änderung ausgesprochen und dem Bremer Landesparlament „fehlendes Demokratieverständnis“ vorgehalten. Einige Wochen später wurde dann mit den Stimmen von SPD und Grünen ein Verhältniswahlrecht beschlossen. Nach dem bisherigen Wahlrecht mit Persönlich-

keitswahl war nur bekannten Ärztopolitikern ein Wahlerfolg sicher. Minderheiten waren dagegen chancenlos. Jetzt kandidieren – wie in praktisch allen anderen Kammerbezirken – Gruppen und Listen mit ihrem Programm für die Kammerwahl. Zitat „Deutsches Ärzteblatt“: „Mit Trick zu Amt und Einfluß...“

Seit Jahrzehnten ist die Delegiertenversammlung der Bremer Ärztekammer eine etablierte Männergesellschaft: Chefärzte waren reichlich vertreten, vier Radiologen und viele Praktiker fanden sich unter den Gewählten, aber nur zwei Frauen unter 23 Delegierten. Im Dezember stehen nun die Neuwahlen nach dem neuen Wahlrecht an. Die traditionsverbundene Ärzteschaft ist von der veränderten Situation konsterniert. Zwar sind viele mit der bisherigen Kammerpolitik und Geschäftsführung nicht einverstanden, von „Erbhöfen“, „Entgleisungen“ und „Krebsgeschwür an der Spitze der Kammer“ ist die Rede, aber hinter der „Liste Gesundheit“ wittern sie Böses. „Wer von Frieden spricht, unterstellt allen anderen, sie seien für den Krieg“, wird da gewettert, Kumpanei mit der bremischen Landesregierung wird vermutet, die Änderung der Wahlordnung gar mit dem Ermächtigungsgesetz

verglichen. Nun sollen die Standesvertreter selbst Listen aufstellen. „Brauchen wir denn ein Programm? Nein! Wir haben ja noch nie eines gehabt“, war der treffende Kommentar eines alt-eingesessenen Kollegen.

In der „Liste Gesundheit“ haben sich die Ärztinnen und Ärzte zusammengeschlossen, die sich nicht erst seit gestern für eine soziale Medizin, für mehr Demokratie im Gesundheitswesen einsetzen. Sie kommen aus der Gewerkschaft ÖTV, der Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit der SPD, der IPPNW, sind Mitglieder im bundesweiten „Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte“. Statt der bisherigen Standespolitik setzt sich die „Liste Gesundheit“ besonders ein für gesündere Lebensbedingungen, besseren Arbeits- und Umweltschutz, Unterstützung einer Friedenspolitik, Kooperation mit anderen Berufsgruppen, stärkere Orientierung an Patienten und humanere Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen.

Für einen guten Wahlerfolg der „Liste Gesundheit“ sprechen die gründliche Wahlvorbereitung, die engagierte Aktivität der Listen-Kämpfer und das allgemeine politische Klima in Bremen, das sich noch immer wohltuend von vielen anderen Bundesländern unterscheidet. Allein durch persönliche Kontakte und Mundpropaganda war es möglich, schon über 200 Unterschriften von Bremer Ärzten unter den Wahlauftrag der Liste zu erreichen. Das entspricht bereits rund zehn Prozent der Bremer Ärzte. Die anderen ärztlichen Gruppen müssen erst kurzfristig eine Wahlstrategie erarbeiten und sind demnach weniger gut auf die neue Situation vorbereitet.

Nicht nur in der Hansestadt wird die Wahl mit Spannung erwartet, auch bundesweit blickt man nach Bremen, da es um das Abschneiden von Karsten Vilmar geht, dem bisherigen Präsidenten der Bremer Ärztekammer und der Bundesärztekammer. Gewählt wird zwischen dem 8. und 18. Dezember per Briefwahl, in Bremen 25 Delegierte, in Bremerhaven fünf Delegierte. Das Wahlergebnis wird am 21.12. bekannt gegeben.

Felix Richter-Hebel

## 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.

## 4.–6.11.

### Bonn

Symposium und Fachtagung der Arbeiterwohlfahrt: „Kinder der Krise – Kinder von Arbeitslosen“  
Kontakt: Arbeiterwohlfahrt, Opelher Str. 130, 5300 Bonn 1, Tel.: (02 28) 6 68 50.

## 4.–6.11.

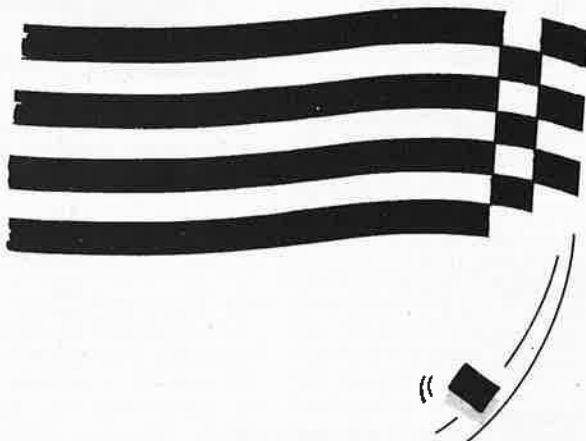
### Mainz

4. Fortbildungstagung des Deutschen Berufsverbandes für Krankenpflege (DBfK): „Perspektiven psychiatrischer Pflege“  
Kontakt: DBfK, Fachgruppe Psychiatrie, z.H. Lutz Felgner, Königgrätzstr. 12, 4300 Essen 1, Tel.: (02 01) 28 55 99.

## 5.–6.11.

### Hannover

9. Fortbildungsveranstaltung der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst in Niedersachsen. Rahmenthemen: „Aids und der öffentliche Gesundheitsdienst“, „Jugendzahnpflege“  
Kontakt: Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V., Postfach 61 01 80, 3000 Hannover 61, Tel.: (05 11) 532-54 08.





6.-8. 11.

**Essen**

„Aus der Bedrohung zum Handeln“. 7. Medizinischer Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges

Kontakt: Walter Popp, Sunderholz 32, 4300 Essen 1, Tel.: (02 01) 44 16 30.

6.-8. 11.

**Charlottenberg**

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie-Arbeitsgemeinschaft: „Frauen in der psychosozialen Versorgung“

Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT), Postfach 13 43, 7400 Tübingen, Tel.: (070 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.

13.-15. 11.

**Loccum**

Tagung: Umweltethik und Umweltpolitik. Zu ihrer Verhältnisbestimmung: Diskrepanz oder fruchtbarer Wechselbezug?

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

14.-15. 11.

**Bonn**

20. Sitzung des Arbeitskreises Medizin und Psychologie von Amnesty International

Kontakt: Dr. Johannes Bastian, Meisenweg 8, 7130 Mühlacker, Tel.: (070 41) 4 31 55.

18.-21. 11.

**Osnabrück**

Seminar: Gesundheitsinteressen und Gewerkschaftspolitik

Kontakt: Universität Osnabrück, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8b, 4500 Osnabrück, Tel.: (05 41) 6 08 42 34, 38, 43-45.

18.-21. 11.

**Düsseldorf**

Medica '87, Internationaler Kongreß und Ausstellung

Kontakt: Düsseldorfer Messengesellschaft mbH, NOWEA, Postfach 32 02 03, 4000 Düsseldorf 30, Tel.: (02 11) 45 60-01.

19.-20. 11.

**Darmstadt**

Forum: Kinder arbeitsloser Eltern. Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf Familien und Kinder - Konsequenzen für die Arbeit in Kindertagesstätten.

Kontakt: Abteilung Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift, Stiftstraße 14, 6100 Darmstadt, Tel.: (061 51) 40 33 48.

20.-21. 11.

**Göttingen**

Einführungssseminar 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.

20.-22. 11.

**Darmstadt**

Seminar: Gesundheitswesen und „Dritte Welt“. Was können wir bieten - was müssen wir lernen?

Kontakt: Dienste in Übersee, Gerokstr. 17, 7000 Stuttgart 1, Tel.: (07 11) 24 70 81.

23.-27. 11.

**Rösrath-Hoffnungsthal**

Seminar für Krankenpflegekräfte, ausländische Sozialarbeiter und Mitarbeiter aus Krankenhäusern: „Ausländische Patienten in deutschen Krankenhäusern“

Kontakt: Allgemeiner Kranken- und Altenpflegeverband e.V., Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstraße 55, 4370 Marl/Westf., Tel.: (023 65) 3 46 66.

25.-27. 11.

**Loccum**

Seminar: „Gibt es eine Gesundheitspflicht? Von der Versorgungsmedizin zur gesundheitsgerechten Lebensführung“

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

28.-29. 11.

**Hamburg**

Symposium: „Kultur und psychosoziale Situation in Lateinamerika“

Kontakt: Universität Hamburg, Dr. H. Riquelme, Edm.-Siemers-Allee 1, 2000 Hamburg 13, Tel.: (0 40) 4 12 31.

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.

30. 11.-3. 12.

**Petershagen**

Seminar für Mitarbeiter/-innen in der Krankenpflegeausbildung: „Eine Humanisierung des Gesundheitswesens erfordert unser Umdenken - über die Notwendigkeit, das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit neu zu definieren.“

Kontakt: Heimvolkshochschule „Alte Molkerei Frille“, Freitshof 16, 4953 Petershagen 1, Tel.: (057 02) 97 71.

3. 12.

**Essen**

Treffen der Arbeitsgruppe „Neurologische Krankenpflege“ des DBfK

Kontakt: Jörg-Michael Meudt, Kükenshove 17, 4800 Bielefeld 13.

8. 12.

**Münster**

Jahrestagung der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung

Kontakt: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, Warendorfer Straße 24, 4400 Münster, Tel.: (02 51) 5 91-36 79.

Preis pro Zeile  
(25 Anschläge) 2,50 Mark.

<b>NAMIBIA</b>	<b>DIN A 2</b>
	<b>Querformat</b>
	<b>Siebdruck</b>
	<b>DM 24.80</b>
	<b>Bestellungen</b>
	<b>an:</b>
	<b>medico</b>
	<b>international</b>
	<b>Obermain-</b>
	<b>anlage 7</b>
<b>6000 Frankfurt</b>	
<b>am Main 1</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>0 69 / 4 99 00 41</b>	
<b>ISBN</b>	
<b>3-92 28 45-01-0</b>	
<b>Kalender 1988</b>	

**Universität Osnabrück**  
Berufsbegleitender Studiengang: **Weiterbildung für Lehrpersonen an Schulen des Gesundheitswesens**

Unterrichtsschwestern und Unterrichtspfleger treffen in Osnabrück gleichgesinnte, für Neues aufgeschlossene Kolleginnen und Kollegen. Sie reflektieren ihre Berufserfahrung und aktualisieren ihre Kenntnisse in Fachtheorie/-praxis, Erziehungs-, Sozial- und Naturwissenschaften.

Das Lehrangebot, das sich auch an die Berufsgruppen der Logopädie/Sprachtherapie und Medizinisch-Technische Assistenz richtet, wird 2mal jährlich veröffentlicht. Anfragen bei: Arbeitsgruppe LGW, An der Katharinenkirche 8b, Tel.: (05 41) 608-42 45.

**Bis 30. 11. 1987 können noch Bewerbungsunterlagen für den Studienbeginn April 1988 an das Immatrikulationsamt, Universität Osnabrück, Postfach 44 69, 4500 Osnabrück, eingereicht werden.**

Für eine Ausstellung im Rahmen einer **Psychiatrie-Filmwoche** im Herbst dieses Jahres in Salzburg suchen wir noch **Plakate zum Thema Psychiatrie**, wemöglich geschenkt oder geborgt.

Zuschriften bitte an: Arbeitskreis Psychiatrie, Mühlbacher Hofweg 6, A-5020 Salzburg.



**Mephisto:**  
**Was gibt es denn?**

**Wagner:**  
**Es wird ein Mensch gemacht.**

**Mephisto:**  
**Ein Mensch? Und welch verliebtes Paar**  
**habt ihr ins Rauchloch eingeschlossen?**

**Wagner:**  
**Behüte Gott! wie sonst noch**  
**Zeugen Mode war,**  
**Erklären wir für eitle Possen.**

**Wenn sich das Tier noch weiter dran ergetzt,**  
**So muß der Mensch mit seinen großen Gaben,**  
**Doch künftig höhern,**  
**Höhern Ursprung haben!**

# **Teufels- werk?**

## **Neue Fertilisations- techniken und Ethik**

**Wenn es gegen In-vitro-Fertilisation und Embryo-transfer geht, finden sich auf einmal ganz neue Bündnispartner, zum Beispiel die Katholische Kirche und die Grünen. Die einen wie die anderen maßen sich an, die Bedürfnisse ungewollt kinderloser Frauen zu zensieren.**

**Und doch sind Illusionen darüber, daß die neuen Fertilisationstechniken aus reiner Menschlichkeit eingesetzt werden, fehl am Platz.**

**dg-Redakteur Ulli Raupp plädiert dafür, Frauen in Notlagen zu helfen, wenn es darum geht, ihr ein künstlich befruchtetes Ei einzupflanzen oder eine Schwangerschaft abzubrechen.**





**F**ür Heike Klingenberg und ihren Ehemann war es „eben nur ein Versuch“. „Nach der Geburt von Louise Brown haben wir zum ersten Mal an diese Möglichkeit gedacht“, erzählt sie. „Wir haben uns total unvorbereitet und ohne zu wissen, was auf uns zukommt, in Kiel angemeldet.“ Ethische Probleme waren und sind für die Klingenbergs kein Thema: „Ich meine, das muß jede Frau für sich selbst entscheiden. Wir können froh sein, daß die Wissenschaft heute so weit fortgeschritten ist, und daß es diese Möglichkeiten gibt.“ Weit

fortgeschritten waren medizinische Techniken auch schon acht Jahre vorher. Trotzdem hatten damals Frauenärzte Frau Klingenberg wegen einer verschleppten Eileiterentzündung operiert und sie dabei faktisch sterilisiert. Allerdings erfuhr sie das erst Jahre später – kurz nach ihrer Heirat. Die Klingenbergs haben einen heute dreijährigen Sohn. Die extrakorporale Befruchtung hatte bereits beim ersten Mal geklappt. „Wir waren nicht auf Biegen und Brechen auf ein Kind aus. Ich glaube, daß uns diese Einstellung dabei geholfen hat.“



**Was man an der Natur Geheimnisvolles pries,  
Das wagen wir verständig zu probieren,  
Und was sie sonst organisieren ließ,  
Das lassen wir kristallisieren.**

„Die Frau hat Blut für vier oder fünf Kinder. Wenn sie keine bekommt, verwandelt sich ihr Blut in Gift.“ Nicht wenige, die heute noch diesen Ausspruch des spanischen Dichters Federico Garcia Lorca sinngemäß anwenden, wenn sie von „alten Jungfern“ reden. Im Nationalsozialismus galt bewußte Kinderlosigkeit als entartet. Sie war ein Scheidungsgrund. Die katholische Kirche steuert heute noch ihre Moral bei, nach der nicht Mißhandlung oder Vergewaltigung in der Ehe, wohl aber die Unfruchtbarkeit Grund zur Auflösung des heiligen Sakraments sind.

„Frauen ohne Kinder gelten als Feiglinge, die sich ihrer Verantwortung entziehen, als Egoistinnen, die nur an sich denken, als verwöhnte Luxusweibchen, die nur Angst um die Figur oder vor dem Kinderstreß haben, als Mannweiber, weil sie überhaupt keinen Kinderwunsch haben. Im günstigsten Falle glaubt man, sie seien irregeleitete Karrierefrauen“, so faßt Dorothee Schmitz-Köster die gängige Meinung in ihrem Buch „Frauen ohne Kinder“ zusammen. „Ich fühle mich wirklich behindert.“ – „Ich sehe wirklich keinen Unterschied zwischen Unfruchtbarkeit und Taubheit oder Blindheit.“ – „Ich dachte, er würde mich vielleicht nicht mehr so lieben, wenn ich keine Kinder bekommen könnte. Vielleicht würde er mich nicht weiblich finden.“ Eindrückliche Aussagen von Frauen in einer Fernsehsendung über das Thema, Retortenbabies. Kinderlosigkeit kann ein Leid mit Krankheitswert sein.

Rebecca Albury, Dozentin für Politik und Frauenstudien an der Universität Sydney, stellt fest, daß die Verzweiflung von Frauen, die nicht Mutter werden können, von medizinischen Forschern akzeptiert wird. Andererseits tue man aber kaum etwas dafür, Fehldiagnosen und Fehlverschreibungen, die nicht selten die Unfruchtbarkeit mit verursachen, zu erforschen. Warum eigentlich wurde Heike Klingenberg nicht gefragt oder wenigstens hinterher informiert, als man sie sterilisierte?

Die Ergebnisse der neuen Geburtshelfer können sich sehen lassen: Nach einer Erhebung vom September 1986, die auf der 46. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe bekanntgegeben wurde, fanden bis dahin fast 20000 Embryoverpflanzungen statt, die zu 3791 Schwangerschaften führten. Allein in der Bundesrepublik gab es nach Angaben der Zeitschrift „Fertilität“ bis Anfang 1987 457 Geburten nach IVF. Die Chance, daß sich ein Embryo in die Gebärmutter einnistet und die Frau schwanger wird, beträgt in erfahrenen Zentren heute zwischen 20 und 25 Prozent bei

steigender Tendenz. Bei natürlicher Befruchtung liegt die Quote bei etwa 40 Prozent. Da aber nach erfolgreicher Embryoverpflanzung häufiger ein Abgang stattfindet, liegt die Chance, ein Kind zu bekommen, bei nur knapp zehn Prozent.

Frau Klingenberg hatte Glück. Sie konnte auf eine vierjährige Erfahrung des Kieler Zentrums mit der künstlichen Befruchtung und eine noch längere in der Embryonenforschung bauen. Für diesen Erfolg mußten viele Embryonen vernichtet werden. „Nein, das war für mich kein Thema“, sagt sie. „Ich hatte nur einen Embryo, und der wurde gebraucht. Das ist absolut nicht die Regel, eher die große Ausnahme.“

Auch die offiziellen Befürworter der extrakorporalen Befruchtung verdrängen oder lügen sich bei diesem Problem in die Tasche. „Experimente mit befruchteten Eizellen oder ihre Vernichtung scheiden aus“, formuliert der „Förderverein zur Erforschung und Durchführung der Sterilitätsbehandlung durch extrakorporale Befruchtung und Embryotransfer e. V.“, kurz ECB, in seinen ethischen Grundsätzen. Dabei mußten es die Vereinsmitglieder, unter ihnen viele Ärzte von Fertilisationszentren, eigentlich besser wissen. Auch ohne Forschung an „überzähligen“ Embryonen, die die meisten bundesrepublikanischen Zentren zumindest öffentlich ablehnen, werden zwangsläufig Embryonen getötet, „verbraucht“, wie Insider es beschönigend nennen. Allein dadurch, daß es mittlerweile 33 Zentren gibt, von denen 15 noch keine Geburt zuwege gebracht haben, ist ein erheblicher „Embryonenverbrauch“ Preis für mangelnde Erfahrung. Die Schwangerschaftsraten pro Punktion bewegen sich hier zwischen drei und 15 Prozent. Aber auch diejenigen mit hohen Quoten wissen, warum sie drei bis fünf Embryonen transferieren: damit einer Überlebenschancen hat. Die anderen sind quasi nur Steigbügelhalter, die die hormonellen Impulse, die Embryonen aussenden, optimal verstärken sollen. Gewollte Vernichtung nach getaner Arbeit. Auch diejenigen, die durch Tiefrieren, die „Kryokonservierung“, überzählige Embryonen für spätere Transfers zu erhalten vorgeben, wissen, daß etwa 40 Prozent von ihnen das Auftauen nicht überleben. Diese Fakten und das Wissen um die zeit- und kostenaufwendige, psychisch und physisch äußerst streßbeladene Prozedur werden keiner Frau erspart werden dürfen.

**B**ereits 1956 verwarf Papst Pius XII. die Versuche „einer künstlichen menschlichen Befruchtung in vitro“ als „unmoralisch und ab-

**Ist der Kinderwunsch ein „natürliches Bedürfnis“ oder eine „gesellschaftlich bedingte Neurose“? Oder ist die ganze Fragestellung einfach falsch?**



solut unstatthaft“. Johannes XXIII. bestätigte 1961 in seiner Enzyklika „Mater et Magistra“ diese Haltung. Wenig verwunderlich also, daß die Katholische Kirche am 10. März 1987 unterstreicht, daß „liebende Vereinigung und Fortpflanzung“, Sinngehalte, die dem „ehelichen Akt innewohnen“, von Gott unlösbar miteinander verknüpft seien. Es sei dies ein Gesetz, das in die Natur des Mannes und der Frau eingeschrieben sei. Konsequenterweise lehnt die Kirche auch jegliche künstliche Form der Schwangerschaftsverhütung und die Schwangerschaftsunterbrechung ab. Ungern erinnert man sich an

Kirchenvater Augustinus, der die Abtreibung weiblicher Embryonen sogar bis zum 80. Schwangerschaftstag zuließ: Kirchenrecht bis 1869.

Die heutige kompromißlose Haltung wird in der philosophischen Fachsprache als „deontologische Ethik“ bezeichnet. Ausgehend von Prinzipien, die unter keinen Umständen verletzt werden dürfen, läßt sich leicht zwischen „Gut“ und „Böse“ unterscheiden.

Mit der Positionsbestimmung zur künstlichen Befruchtung bei Ehepartnern, im sogenannten homologen System, hat sich die Kirche eher schwer getan. Die offizielle Verlautbarung kam sehr spät und wurde von führenden Moralthologen nicht geteilt. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung hatte der technische Fortschritt schon Tatsachen geschaffen, die die Kirche veranlaßten, eine Abstufung des „Bösen“ vorzunehmen. Als besonders verwerflich gelten Fertilisationsverfahren außerhalb der Ehe, unter Beteiligung von „Spenden“, und die Leihmutterchaft.

Zweideutige Positionen aus dem katholischen Umfeld und der späte Zeitpunkt der offiziellen Stellungnahme erlaubten es den Parteien mit dem „C“ im Namen, Kriterien festzuschreiben, die einerseits medizinisch fachlichen Regularien entgegenkommen und patriarchalisch-konservativer Moral entsprechen, andererseits dem Markt keine entscheidenden Hindernisse in den Weg legen. Auch die Bundesärztekammer, maßgeblich beeinflußt von Angehörigen der „C“-Parteien, legte im Mai 1985 fest, daß nur Ärzte diese Sterilitätsbehandlung durchführen dürfen, daß zuvor eine medizinische Ursachenabklärung stattgefunden habe und daß die IVF/ET nur bei Ehepaaren anzuwenden sei. In ihren „Richtlinien zur Forschung an frühen menschlichen Embryonen“ vom Oktober 1985 läßt sie die Forschung bis zum 14. Tag nach der Befruchtung zu.

Wie wenig solche medienfruchtigen „freiwilligen Beschränkungen“ wert sind, demonstrierte die Ärztekammer Westfalen-Lippe, die noch im selben Monat einen neuen Passus für ihre Berufsordnung verabschiedete, durch den der Arzt, der „mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe“ forscht, lediglich durch eine Ethik-Kommission der Fakultät oder der Ärztekammer beraten werden „soll“. Letztendlich zwang die SPD-Regierung als Aufsichtsbehörde die Kammer, folgenden Passus in die Berufsordnung aufzunehmen: „Die Erzeugung von menschlichen Embryonen zu Forschungszwecken sowie der Gentransfer an Embryonen sind verboten.“

**D**ie Brüder sind sich einig geworden: ein Stück gewonnenes Terrain für die Technokraten, ein Stück gewonnenes Terrain für die Pfaffen, ein Stück verlorenes Terrain für die Unabhängigkeit und Selbstbestimmung von Frauen“, stellte Christiane Erlemann 1984 fest. Heute aber finden sich der Klerus und die Grünen unversehens in einem Boot. Die Bundesversammlung der Grünen lehnte im Februar 1986 pauschal „die neuen Techniken um Zeugung, Schwangerschaft und Geburt“ ab. Dies seien „neue Techniken, deren Folgen sich besonders gegen Frauen richten, eine neue Form

von Gewalt, die gelenkt ist vom Kapital und Forschungsinteresse“.

Anders als die katholische Kirche aber setzen sie auf eine „Konsequenzen-Ethik“, die nicht prinzipiell wertet, sondern von den Folgen ausgeht, die die Anwendung mit sich führt. Doch die pauschal rigorose Ablehnung der „neuen Techniken“ bringt die Grünen in eine problematische Nähe zur Position des katholischen Klerus und zusätzlich in erhebliche Argumentationsschwierigkeiten, wenn erklärt werden soll, ab welchem Eingriff in die gute alte Natur die Technisierung der Fort-

pflanzung verwerflich sein soll. Denn schließlich läßt sich die Beurteilung „frauenfeindlich und gelenkt vom Kapital- und Forschungsinteresse“ auf jede andere Verhütungstechnik, die in den letzten 30 Jahren eingeführt wurde, anwenden.

„Immer war es so, daß die Technik der Vergangenheit für unproblematisch gehalten wurde, und nur die Innovationen der Gegenwart für problematisch gehalten wurden“, bemerkt der Wissenschaftsforscher Kurt Bayerz. „Natürlich“ sei es auch, an Seuchen zu sterben und den Nichtschwimmer ertrinken zu lassen. „Moral ist daher immer ‚unnatürlich‘. Sie hat nicht damit zu tun, was ‚natürlich‘, sondern damit, was ‚menschlich‘ ist.“ Die Qualität und Humanität einer Technik entscheidet sich einzig in Abhängigkeit von den gesellschaftlichen Verhältnissen. Gerade an diesen Verhältnissen, die nicht erst seit der Einführung einer neuen Reproduktionstechnik patriarchalisch und von Kapital- und Profitinteressen bestimmt werden, hat sich in den letzten Jahrzehnten aber nur im Detail etwas geändert. Daher werden sich die Grünen fragen lassen müssen, wie lange sie die Pauschablehnung gegenüber wissenschaftlichen und technischen Neuerungen durchhalten wollen und ob es nicht einer differenzierteren Argumentation bedarf, um fortschrittliche Gegenpositionen glaubwürdig zu vertreten.

**P**aula, was würdest du denn einer Frau sagen, die sich ein Kind wünscht, die aber unfruchtbar ist und erwägt, eine In-vitro-Befruchtung in Anspruch zu nehmen?“ Paula: „Ich wäre heute dafür, kurzfristig der Frau zu helfen, ihr zu einer selbstbestimmten Entscheidung zu verhelfen. Langfristig aber möchte ich diese Techniken sozusagen austrocknen.“ Marille: „Wir haben uns noch recht wenig Gedanken gemacht, wie wir Frauen mit Kinderwunsch helfen können. Das sollten wir nachholen. Und es wäre ganz gut, wenn wir die Nähe suchten zu Frauen, die Kinder haben oder wollen... Dann fände ich es gut, wenn es nicht nur eine Abtreibungsberatung in den Frauenzentren gäbe, sondern daß wir uns, zum Beispiel in den Frauengesundheitszentren, auch um Kinderwunsch und pränatale Diagnostik kümmern könnten.“

Kernsätze eines Streitgesprächs zwischen Paula Bradish, Biologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin der grünen Bundestagsfraktion, und Marille Herrmann, Ärztin und Journalistin, das das Frauenmagazin „Emma“ im Juli veröffentlichte. Herrmann fordert Einflußnahme als politische Strategie, damit



**Ein großer Vorsatz scheint im Anfang toll;  
Doch wollen wir des Zufalls künftig lachen,  
Und so ein Hirn, das trefflich denken soll,  
Wird künftig auch ein Denker machen.**



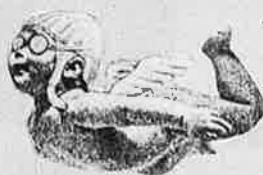
nicht „Frauen wieder mal ihre Interessen zurückstellen, weil es um angeblich höherwertige ethische Ziele geht“. Sie macht deutlich, daß es zu einfach ist, das Leid von Frauen, die ungewollt kinderlos bleiben, als „gesellschaftlich bedingte Neurose“ abzutun. Auch hier hält der Gegensatz „natürliches Bedürfnis“ contra „gesellschaftlich produziertes Bedürfnis“ einer kritischen Betrachtung nicht stand. „Ich denke, daß niemand das Recht hat, Bedürfnisse zu zensieren“, schreibt Kurt Bayerz. „Wer leidet, hat einen moralischen Anspruch auf Hilfe auch dann, wenn die Ursache seines Leidens berechtigterweise Objekt soziologischer oder feministischer Kritik sind.“

Auf konservativer Seite sieht man das wohl etwas anders. Die Zulassungskriterien zu den IVF-Programmen wurden ausdrücklich als moralische Eckpfeiler für die öffentliche Diskussion eingerammt: IVF soll nur bei Ehepaaren und nur im homologen System, also nur mit Samen oder Eizellen der Ehepartner, durchgeführt werden.

Unterstellt wird dabei eine vornehmlich kirchlich geprägte Moralvorstellung, nämlich die vom natürlichen und beispielhaften Charakter der Ehe. Über die Formel von der Familie als der „Keimzelle des Staates“ ist das Kinderkriegen dann auch Symbol für gute Staatsbürgerschaft. Es bestehen allerdings gute Gründe, am beispielhaften Charakter von Ehe und Familie zu zweifeln: Ständig steigende Scheidungsquoten, Vernachlässigung und Mißhandlung der Kinder in diesen „natürlichen Beziehungen“ sind nur einige.

Gegen die diffuse Natürlichkeitsduellei sprechen auch die Ergebnisse der Psychoanalytikerin und Ethnologin Geneviève Delaisi de Parseval. Ihre Untersuchungen an Ureinwohnern Australiens, Afrikas und Nordamerikas („Was wird aus den Vätern?“) ergab, daß nicht die biologischen Fakten für die Beziehungen zwischen Eltern und Kindern entscheidend sind, „sondern der Gebrauch, den die Ideologie einer Gesellschaft von ihnen macht“. Gerhard Amendt, Sexualwissenschaftler an der Universität Bremen, befürchtet, daß ein in-vitro erzeugtes Kind für die Eltern zu einem unbewußten oder bewußten Symbol der Demütigung und Erinnerung an die immer noch fortbestehende körperlich-seelische Zeugungsunfähigkeit werden könne. Die Hervorbringung eines Kindes mit Hilfe von Dritten, Technikern und Substanzgebern werde in unserer kulturellen Tradition und psychosexuellen Identitätsbildung für die Partner zu einer schweren narzißischen Kränkung. Immerhin leben in der Bundesrepublik

**Muß eigentlich,  
wer gegen IVF/ET  
ist, auch gegen  
die Straffreiheit  
eines Schwangerschaftsabbruchs  
sein?  
Selbst bei  
Fortschrittlichen  
purzelt da einiges  
durcheinander.**



inzwischen mehr als 25 000 Menschen, die ihre Existenz einer künstlichen Samenübertragung verdanken.

**I**n der Fertilisationsforschung werden die Embryonen zum Wohle der Menschheit verbraucht – bei einem Schwangerschaftsabbruch werden sie leichtfertig und grundlos brutal zerstückelt.“ In geradezu bewundernswerter Manier hat es die konservative Lobby geschafft, diese „Moral“ offensiv zu transportieren. Selbst alternative und fortschrittliche Gehirne werden erfolgreich angelnagt. Meinungen, die die so-

ziale Indikation für eine Einstellung der Embryoforschung preisgeben wollen, mehren sich. Das Gegeneinander-ausspielen ethischer Positionen kann jedoch nur dort glücken, wo das Schicksal des werdenden Menschen unabhängig von seiner Trägerin diskutiert wird. Der Schutz von Embryonen aber ist immer nur möglich zusammen mit dem Schutz von Frauen: Schutz vor sozialer Benachteiligung, vor Vergewaltigung, sexueller Ausbeutung und Entmündigung, Schutz vor jeder Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts. Dann stehen sich ethische Argumente gegen die Fertilisationstechniken und den Schwangerschaftsabbruch nicht mehr gegenüber: Hier wie dort ist es nicht zu rechtfertigen, wenn medizinische Eingriffe eine Alibifunktion für das Ausbleiben sozialer und gesundheitsspolitischer Maßnahmen erfüllen sollen. Hier wie dort muß bei individuellem Leid Hilfe angeboten werden, die von Frauen selbstbestimmt in Anspruch genommen werden kann.

In diesem Sinn ist eine breite Förderung der Sterilitätsforschung ebenso zu fordern wie ein Moratorium bei der Förderung und Propagierung von Fertilisationstechniken. Die bereits abschätzbaren Risiken stehen in keinem Verhältnis mehr zu möglichen Folgen. Fest steht, daß Methoden der Genmanipulation an menschlichen Embryonen überhaupt nur durch die Eingriffe in die menschliche Zeugung möglich geworden sind. Keiner der beteiligten Wissenschaftler leugnet noch, daß in absehbarer Zeit die Klonierung von Menschen „machbar“ ist. Genauso wenig wird noch ernsthaft bestritten, daß man auf dem Weg ist, den Mutterkuchen nachzubauen und die Gebärmutter überflüssig zu machen. Bereits Anfang der siebziger Jahre gelang es in London, ein Kanincheneinbryon in ein isoliertes Stück Gebärmutter einnisten zu lassen. Der Embryo entwickelte sich so weit, daß das Herz zu schlagen begann. Auch Edwards und Streptoe, die „Väter“ des ersten Retortenbabys, unternahmen Versuche, Menschenembryonen in der Retorte einnisten zu lassen. Erst 13 Tage nach der Befruchtung starben die letzten ab.

Gleichzeitig konnte der Zeitpunkt, zu dem ein Frühgeborenes überlebensfähig ist, innerhalb weniger Jahre bis auf die 22. Schwangerschaftswoche gesenkt werden. Es scheint nur noch eine Frage der Zeit, wann die Mutter durch eine künstliche Placenta ersetzbar sein wird. Eine Frage der Zeit ist es auch nur noch, wann auf genetische Merkmale Einfluß genommen werden kann.

Die Forschung schreitet hier zügig voran. Das Arbeitnehmerscreening, ein quasi genetisches Tauglichkeits-

zeugnis, gehört in den USA in vielen großen Betrieben schon zur Routine. Da die Methodik der extrakorporalen Befruchtung der Genomanalyse Tür und Tor öffnet, sind die Gefahren einer Zuchtauswahl im Sinne rassistischer Eugenik eine durchaus reale Perspektive. Daß eine erbliche Schädigung in näherer Zukunft einmal nicht mehr als menschliches Schicksal akzeptiert, sondern nur noch als technischer Unfall deskreditiert werden könnte, ist heute schon gerade für Behinderte eine entsetzliche Vision.

Illusionen darüber, daß diese Techniken nur aus reiner Menschlichkeit eingesetzt werden, sind wohl fehl am Platz. Ein Blick auf die Landkarte bundesdeutscher Fertilisateure zeigt, daß es weit weniger um Therapie und Bedürfnisbefriedigung geht, sondern oft nur noch darum, Bedürfnisse zu wecken und Marktanteile zu sichern: Allein in der bayerischen Landes-Nobel-Hauptstadt kämpfen bereits fünf Arbeitsgruppen um die Anteile am Mutterkuchen.



Und doch darf die Technik nicht für alles herhalten: Die profitträchtige Vermarktung unserer Gesundheit findet tagtäglich statt, über die Massenmedien gibt es eine billigere und effizientere Gleichschaltung der Gehirne, als sie durch Klonierung möglich wäre. Wie Frauen effektiv klein gehalten werden, ist jahrhundertlang bis zur Perfektion eingeübt worden. Rassistische und eugenische Programme wurden in der Vergangenheit in wesentlich „natürlicherer“ Weise umgesetzt. Der Hobby-Hühnerzüchter und SS-Reichsführer Himmler brauchte nur den Verein „Lebensborn“ zu gründen, in dessen „Kopulationsanstalten“ SS-Männer mit blonden, blauäugigen deutschen Mädchen verknüpft wurden. Der „Zeugungsbefehl“, der es ihnen zur Aufgabe machte, „über die Grenzen bürgerlicher Gesetze und Gewohnheiten hinaus auch außerhalb der Ehe“ dem Führer ein Kind zu schenken, hatte Erfolg: 14 880 Kinder wurden auf diese Weise zwischen 1935 und 1945 gezeugt. □

## Keine Auswahlkriterien

### Aus dem Positionspapier der saarländischen Jungsozialisten zur IVF/ET

1. Die Paare, die die IVF in Anspruch nehmen wollen, müssen sich einer Sterilitätsbehandlung und -beratung unterziehen. Ähnlich wie bei der Regelung der Schwangerschaftsabbrüche sollen diese Beratungszentren den freien Trägern (pro familia, Diakonisches Werk, etc.) zugeordnet sein. Die Sterilitätsberatung führen Ärzte und Psychologen gemeinsam mit den Paaren durch. Ziel der Beratung ist die Hilfe bei der Lösung der (sicherlich vielfältigen) Probleme, die durch die Sterilität auftreten. Die Beratung soll auch Möglichkeiten aufzeigen (Stichwort: Leben ohne Kinder, Adoption. Warum eigene Kinder? Problem in der Partnerschaft). Da sie jedoch lediglich Beratung und persönliche Hilfe anbietet, bleibt die Entscheidung über die Durchführung der IVF der einzelnen Frau bzw. dem Paar überlassen.

2. Die IVF darf lediglich bei eindeutig festgestellter Eileitersterilität durchgeführt werden. Auch dies wird in den o. g. Beratungszentren festgestellt.

3. Wir fordern zudem die gesetzliche Verankerung des Rechts des Menschen auf Untastbarkeit seines Erbgutes, ein Verbot „künstlicher Geschlechtswahl“ und einen Stopp der öffentlichen Förderung von Fortpflanzungstechniken.

4. Die IVF wird in wenigen, von der Bundesärztekammer zugelassenen Kliniken durchgeführt.

5. Die IVF muß immer von drei Ärzten gemeinsam geführt werden, bei denen jeweils ein Arzt oder eine Ärztin regelmäßig ausgewechselt wird. Somit wird dem Entstehen einer Elitetruppe vorgebaut.

6. Die Ärzte/innen, die die Indikation schreiben (Sterilitätsberatung) und die Ärzte/innen, die die IVF durchführen, dürfen niemals dieselben sein.

7. Es dürfen keine Auswahlkriterien bestehen, lediglich der Wunsch der Frau bzw. des Paares ist ausschlaggebend.

8. Die IVF wird von den Krankenkassen einschließlich der Anreise- und Übernachtungskosten übernommen.

9. Bei der IVF dürfen keine überschüssigen Embryonen entstehen, an denen geforscht wird. Die behandelnden Ärzte/innen garantieren hierfür gemeinsam.

10. Der Embryonenhandel wird untersagt.

11. Jeglicher Verstoß gegen diese Grundsätze hat den Verlust der Approbation und die Verfolgung als Straftatbestand zur Folge.

# Die Schwerpunkte aus UNSEREM Gesamtprogramm.

## Pahl-Rugenstein

Dieter Engels/Jürgen Scheffran/Ekkehard Sieker (Hrsg.)

### SDI – Falle für Westeuropa

Militärische, politische und ökonomische Dimension der US-Weltraumrüstung  
KB 415, 345 Seiten, DM 16,80  
ISBN 3-7609-1074-2

Udo Schellb (Hrsg.)

**Reaktoren und Raketen**  
Bonn auf dem Weg von der zivilen zur militärischen Atomenergie  
KB 462, 220 Seiten, DM 14,80  
ISBN 3-7609-1156-0

Frank Niess  
**Das Erbe der Conquista.**

Geschichte Nicaraguas.  
KB 406, 504 Seiten, DM 19,80  
ISBN 3-7609-1058-0

Herbert Schui

### Die Schuldenfalle

Schuldenkrise und Dritte-Welt-Politik der USA  
KB 465, 200 Seiten, DM 14,80  
ISBN 3-7609-1159-5

Reinhard Kühnl (Hrsg.)

### Streit ums Geschichtsbild

Die „Historiker-Debatte“. Darstellung, Dokumentation, Kritik  
KB 434, 330 Seiten, DM 16,80  
ISBN 3-7609-1114-5

Sigrid und Wolfgang Jacobeit  
**Illustrierte Alltagsgeschichte des deutschen Volkes.**

Bd. 1: 1550-1-10

Bd. 2: 1810-1900

Bd. 3: 1900-1945 (Erscheint Herbst '88)

Subskriptionspreis bei Vorbestellung statt DM 114,- nur DM 98,-. Einzelpreis DM 38,-.  
ISBN für die drei Bände: 3-7609-1996-0

## Weltkreis

### Ernesto Che Guevara

Ausgewählte Werke in Einzelausgaben. Band 2: Kubanisches Tagebuch  
302 Seiten, DM 16,80  
ISBN 3-88142-382-6

Adrian Geiges

### China im Aufbruch

Stationen einer Reise  
Illustriert, 271 Seiten, DM 14,80  
ISBN 3-88142-399-0

Peter Schütt

### ... wenn fern hinter der Türkei die Völker aufeinander schlagen

Bericht einer Reise in den Iran  
Eine Streitschrift  
192 Seiten, DM 14,80  
ISBN 3-88142-411-3



Weltkreis

## Röderberg

Ruth Rewald

### Vier spanische Jungen

Roman. Mit einem Nachwort von Dirk Krüger  
176 Seiten, DM 16,80  
ISBN 3-87682-838-4

Harry Naujoks

### Mein Leben im KZ Sachsenhausen

Erinnerungen des ehemaligen Lagerältesten (1936-1942)  
400 Seiten, DM 24,80  
ISBN 3-87682-836-8

## RÖDERBERG

## Röderberg Taschenbücher

### Otto von Bismarck

Dokumente seines Lebens.  
Herausgegeben von H. Wolter  
RT 159, 480 Seiten, DM 12,50  
ISBN 3-87682-350-1

Antonio Gramsci

### Gedanken zur Kultur.

RT 336 Seiten, DM 9,80  
ISBN 3-87682-367-6

Mikis Theodorakis

### Meine Stellung in der Musikszene.

RT 156, 288 Seiten, DM 7,50  
ISBN 3-87682-358-7

Käthe Kollwitz

### Bekenntnisse

63 Abb., 112 Seiten, DM 9,80  
ISBN 3-87682-372-2



**PAHL-RUGENSTEIN**  
Unsere Bücher  
sind Lebens-Mittel.



Dezernats Kokereien beim Landesoberbergamt Nordrhein-Westfalen, in der Zeitschrift „Glückauf“ fest: „Benzolemissionen können im Koksofenbetrieb bei Leckagen an Ofentüren, Steigrohr- und Fülllochverschlüssen sowie bei Füllvorgängen auftreten.“ Und weiter: „Auch bei moderner Ausrüstung einer Kokerei ist der Mensch für einen emissionsarmen Betrieb ein wichtiger Faktor.“

Im Jahre 1984 ließ das Landesamt für Immissionsschutz eine Untersuchung zur Immissionsüberwachung in Nordrhein-Westfalen durchführen. Die höchste Belastung mit Polyzyklischen Aromatischen Kohlenwasserstoffen ergab sich dabei im Bereich der Kokerei Gneisenau in Dortmund-Derne. Auf Wunsch der Stadt Dortmund beauftragte das Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalens Professor Einbrodt von der Abteilung für Hygiene und Arbeitsmedizin der Technischen Hochschule Aachen im August 1986, eine epidemiologische Untersuchung zur Einschätzung möglicher gesundheitlicher Gefährdungen bei den Anwohnern der Kokerei Gneisenau vorzunehmen.

Die erste Auswertung der Untersuchungsergebnisse verblüffte alle: Nicht die vermeintlich belasteten Kinder aus Derne wiesen signifikante Veränderungen des Blutbildes auf, sondern die der zufällig ausgewählten Kontrollgruppe aus Scharnhorst. Im Januar 1987 wurde deshalb von Professor Einbrodt eine Kontrolluntersuchung in Scharnhorst vorgenommen (dg berichtet in 6/87). Auch bei dieser Nachuntersuchung wurden Veränderungen des Blutbildes gefunden, wobei als wichtigstes Merkmal eine Verminderung der weißen Blutkörperchen auffiel.

Auffällig war in beiden Untersuchungen eine deutliche Abhängigkeit der Zahl der roten Blutkörperchen von der Phenol-Ausscheidung im Urin: Die Kinder mit der höchsten Phenolabscheidung zeigten im Mittel die ausgeprägtesten Veränderungen des roten Blutbildes. Professor Einbrodt schlußfolgert deshalb in seinem Gutachten: „Die nachgewiesenen Abhängigkeiten ... sind nicht nur als statistisch relevant, sondern auch als medizinisch bedeutsam anzusehen. Hier muß eine Exposition aus dem Umweltbereich angenommen werden, die die Wirkungen am Blutbild speziell dieser Kinder verursacht.“ Erhöhte Phenol-Werte im Urin jedoch sind ein klarer Hinweis auf eine Belastung mit Phenol und Benzol.

Als bedeutsamste Emissionsquelle des Benzols muß der Kraftfahrzeugverkehr angesehen werden. Nicht unerheblich ist jedoch der Anteil durch Verbrennung fossiler Brennstoffe und durch Kokerei-Emissionen. Dies wird auch von Fachleuten nicht bestritten. So stellt Joachim Fiedler, Leiter des

Südwestlich vom Wohngebiet Dortmund-Scharnhorst liegen zwei Kokereien: die Kokerei Kaiserstuhl und die Hoesch Westfalenhütte. Die Hauptwindrichtung in dieser Gegend: Südwest. Deshalb vermutet die Scharnhorster Bürgerinitiative dort die Benzol-Emittenten, die für die Belastung der Kinder die wichtigste Rolle spielen. Sie fordert deshalb eine gründliche Untersuchung der Emissionen.

**um – „Alles Panik-  
mache“, urteilte die Stadt  
Dortmund über die  
Befürchtungen der  
Bürgerinitiative in  
Scharnhorst. Dort waren  
Blutbildveränderungen  
bei den Kindern  
festgestellt worden. Die  
jetzt veröffentlichte  
wissenschaftliche  
Stellungnahme sollte die  
Stadt eines Besseren  
belehren.**

## Dicke Luft

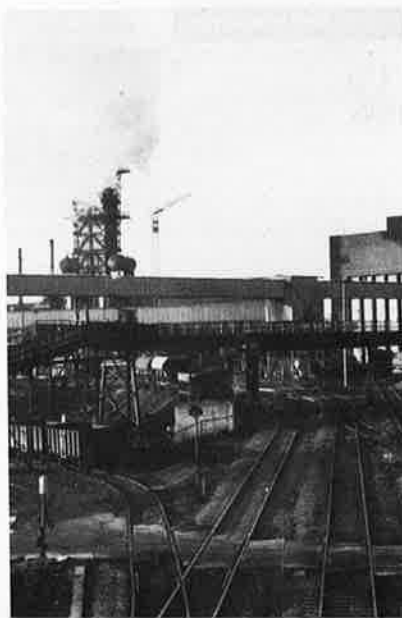


Foto: Wilms

Inzwischen hat auch die Stadt Dortmund, die anfangs „keinen Handlungsbedarf“ sah, reagiert und eine Meßstation auf der Scharnhorster Hauptschule eingerichtet. Diese ist nach Erkenntnissen der Bürgerinitiative allerdings nicht kontinuierlich besetzt, so daß einmalige hohe Emissionen durchaus der Messung entgehen könnten. Nach Einschätzung von Professor Einbrodt können jedoch auch solche einmaligen Spitzenbelastungen zur Aufnahme in den Organismus führen.

In einer Ratssitzung der Stadt Dortmund kamen die Scharnhorster Ereignisse inzwischen auf die Tagesordnung. Nachdem der Gesundheitsdezernent Stolle noch vor kurzem der Bürgerinitiative Panikmache vorwarf, sieht er jetzt den neuen Untersuchungen mit „großer Ernsthaftigkeit“ entgegen. Die scheint auch dringend geboten. Ist doch in Dortmund die Luftverschmutzung nach einem neuen Gutachten bis zu 25mal höher als im Umland. Und etwa zehn Prozent der gesamten bundesdeutschen Kokerei-Benzol-Emissionen werden in Dortmund in die Luft gepustet. Zu Recht stellt die Stadt Dortmund in ihrem Umweltbericht fest: „Die Gesamtbelastung hat jedoch in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Die höchsten Werte für die Langzeitwirkungen waren in den Siedlungsbereichen Scharnhorst und Kuri anzutreffen. Auch die Werte für die Kurzzeiteinwirkungen haben in den letzten Jahren stark zugenommen.“ Um so unverständlicher erscheint es, daß sich die Stadt in der Angelegenheit Scharnhorst bislang so bedeckt gehalten hat.

Die Scharnhorster Bürgerinitiative wartet mit Spannung auf die neue Untersuchung der Aachener Wissenschaftler, die für November in Auftrag gegeben wurde. Geht es doch auch darum, neben den Kokerei-Emissionen mögliche andere Ursachen für die hohe Benzolbelastung ausfindig zu machen. In einem Gespräch mit Vertretern der Initiative deutete Professor Einbrodt bereits an, daß er einen Synergismus verschiedener Schadstoffquellen für nicht ausgeschlossen hält. Neben dem Straßenverkehr kämen dafür unter anderem Schuttabladungen im Umkreis sowie die im Krieg evakuierte Hoesch-Benzin-GmbH mit entsprechenden Altlasten, in Frage. Handlungsbedarf ist jedenfalls für die Stadt Dortmund zur Genüge gegeben. □

# Pflegebedürftigkeit in der Bundesrepublik

## Daten zur Gesundheits- und Sozialpolitik

**Mit den vorliegenden Daten zur Pflegebedürftigkeit in der Bundesrepublik beginnt die in loser Folge den Abdruck von Zahlen und Fakten zur Sozial- und Gesundheitspolitik. Zusammengestellt wurden sie von Klaus Priester.**

Das Problem Pflegebedürftigkeit (und hier insbesondere alter Menschen) begleitet wie kaum ein anderes Thema die gesundheits- und sozialpolitische Diskussion der letzten Jahre. Dies ist nicht weiter verwunderlich, denn Pflegebedürftigkeit ist als nahezu einziges der „klassischen“ sozialen Lebensrisiken vom System der Sozialpolitik in der Bundesrepublik traditionell ausgeklammert geblieben, während etwa die materielle Sicherung im Alter (Rentenversicherung), bei Arbeitsunfähigkeit und Krankheit (Lohnfortzahlung, Krankenversicherung), bei Unfall und Invalidität (Unfallversicherung) sowie bei Arbeitslosigkeit (Arbeitslosenversicherung) schon in der Frühzeit staatlicher Sozialpolitik in Deutschland gesetzlich geregelt wurden.

Pflegebedürftigkeit als Massenphänomen unserer Zeit ist sehr eng mit langfristigen Veränderungen der gesundheitlichen Verhältnisse sowie der Altersstruktur der Bevölkerung verbunden: Parallel zu dem im Verlauf der letzten hundert Jahre erfolgten drastischen Rückgang der Sterblichkeit und einer deutlichen Steigerung der Lebenserwartung in allen Altersgruppen hat sich ein Panoramawandel des Krankheits- und Todesursachenspektrums in Richtung auf chronisch-degenerative Erkrankungen vollzogen. Viele dieser Krankheiten und Todesursachen haben eine lange Entstehungs- und Entwicklungszeit, führen zwar erst in relativ fortgeschrittenem Alter zum Tod, können jedoch häufig eine sich über viele Jahre erstreckende medizinisch-pflegerische Behandlung und Betreuung erfordern. Zwar ist der Zusammenhang von Alter und Pflegebedürftigkeit keineswegs ein „naturgesetzlicher“ in dem Sinne, daß alte Menschen immer pflegebedürftig wären bzw. es quasi „automatisch“ würden; aber angesichts der u. a. durch die Arbeits- und Lebensbedingungen „produzierten“ Zunahme der chronischen Erkrankungen, des Frühverschleißes der Arbeitskraft (Frühinvalidität) sowie des hierzulande nur geringen Stellenwertes der Rehabilitation (insbesondere älterer Menschen), stellt sich Pflegebedürftigkeit heute in erster Linie, aber nicht ausschließlich, als Altersproblem dar.

### Wer gilt als pflegebedürftig?

Eine allgemeingültige und sozialrechtlich eindeutig festgelegte Definition von Pflegebedürftigkeit gibt es nicht. Folgt man der recht weitgefaßten Regelung nach den Paragraphen 68 und 69 Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dann gelten diejenigen Menschen als pflegebedürftig, die „infolge von Krankheit oder Behinderung so hilflos sind, daß sie nicht ohne Wartung und Pflege bleiben können“. Pflegebedürftige in diesem Sinne sind also „Dauerpflegefälle“ infolge Krankheit oder Behinderung, die Krankenpflege oder Hilfen im Haushalt benötigen. Anspruch auf „Hilfe zur Pflege“ als Leistung der Sozialhilfe besteht dann,

wenn die Pflegebedürftigen die Betreuung weder selbst noch durch unterhaltspflichtige Angehörige zahlen (lassen) können und keinen Anspruch auf Zahlungen sonstiger Sozialleistungsträger haben. Als hilfs- und pflegebedürftig sieht das BSHG in Paragraph 75 weiterhin alte Menschen an – und gewährt entsprechende Leistungen –, die „Schwierigkeiten (haben), die durch das Alter entstehen“.

Dagegen gelten für Pflegeleistungen im Rahmen der Krankenversicherung wesentlich eingeschränktere Bedingungen. Nach Paragraph 185 Reichsversicherungsordnung (RVO) können Versicherte „in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch Krankenpflegepersonen mit einer staatlichen Erlaubnis oder durch andere zur Krankenpflege geeignete Personen (erhalten), wenn Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist, oder Krankenhauspflege dadurch nicht erforderlich wird“. Ferner kann häusliche Krankenpflege auch dann gewährt werden, „wenn diese zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderlich ist“. Unter bestimmten, genau eingegrenzten Bedingungen können Versicherte darüber hinaus Haushaltshilfe erhalten.

Der entscheidende Unterschied zwischen den Regelungen nach der RVO und dem BSHG liegt darin, daß erstere immer das (vom Arzt zu definierende) Vorliegen von Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung bei dem Pflegebedürftigen voraussetzt; demnach bleiben grund- und behandlungspflegerische Leistungen von der Erstattungspflicht der Kassen ausgeschlossen, wenn sie wegen – ärztlicherseits als nicht mehr heilungs- bzw. besserungsfähig eingestuft – chronischer Erkrankungen, Behinderungen oder Altersgebrechlichkeit ständig benötigt werden. In diesen Fällen werden, falls kein anderer Sozialleistungsträger für die entstehenden Kosten der Pflege aufkommt und entsprechende persönliche Voraussetzungen vorliegen, die Pflegebedürftigen auf die Inanspruchnahme von „Hilfe zur Pflege“ im Rahmen der Sozialhilfe verwiesen.

Die Fragwürdigkeit insbesondere der RVO-Regelung der Pflegebedürftigkeit liegen auf der Hand: Welcher Arzt und welches Sozialgericht könnte schon mit hinreichender Kompetenz und Sicherheit entscheiden, ob das Leiden eines Patienten als „Krankheit“ im Sinne der RVO zu betrachten ist, oder ob „lediglich“ Pflegebedürftigkeit vorliegt? Dennoch wird diese Entscheidung Ärzten abverlangt und werden Sozialgerichte bemüht, um hier Klarheit zu schaffen – mit oftmals schwerwiegenden finanziellen Auswirkungen für die Pflegebedürftigen, von dem individuellen Leiden der Betroffenen einmal abgesehen. Angesichts der üblichen Praxis muß mit dem Sozialmediziner Viehues von „katastrophaler Willkür“ bei der sozialrechtlichen Begutachtung des Pflegefalles ge-

sprochen werden. Im Ergebnis führt der im Sozialrecht existierende „Begriffpluralismus“ auf diesem Gebiet schlicht zu ungleicher rechtlicher, finanzieller und medizinisch-pflegerischer Behandlung Pflegebedürftiger.

### Ausmaß der Pflegebedürftigkeit

Die skizzierte sozialrechtliche Einengung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit führt – ähnlich wie im Falle der Behinderten – zu geschönten Daten über das tatsächliche Ausmaß der Pflegebedürftigkeit in der Bundesrepublik. So bilden die 1985 rund 467 000 Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ nach dem BSHG (Deininger 1987, S. 152) tatsächlich nur die „Spitze des Eisbergs“ der Pflegebedürftigkeit. Legt man – wie dies die Bundesregierung in ihrem „Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit“ (Bundestags-Drucksache 10/1943, S. 3) tut – einen Begriff von Pflegebedürftigkeit zugrunde, nach dem „jemand als pflegebedürftig bezeichnet wird, wenn er so hilflos ist, daß er nicht ohne Wartung und Pflege sein kann“, dann müssen gegenwärtig in der Bundesrepublik rund zwei Millionen Menschen als pflegebedürftig, mindestens eine Million Menschen als hilfe- und unterstützungsbedürftig im weiteren Sinne gelten, zusammen also rund drei Millionen Menschen. Etwa 80 Prozent der Pflegebedürftigen leben zu Hause, rund 20 Prozent in stationären Einrichtungen der Altersversorgung, Pflegeheimen und Krankenhäusern für chronisch und Langzeitkranke. Mit Sicherheit – hierüber liegen jedoch keine verlässlichen Daten vor – ist auch ein Teil der Betten in Akutkrankenhäusern mangels anderweitiger ambulanter und stationärer Versorgungsmöglichkeiten mit „nur“ Pflegebedürftigen „fehlbelegt“. Die Bundesregierung vermutet in dem bereits genannten „Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit“, daß in den Krankenhäusern Pflegebedürftige „in erheblichem Umfang versorgt werden“ (Bundestags-Drucksache 10/1943, S. 7).

In der einzigen bislang vorliegenden repräsentativen Erhebung zum Ausmaß der häuslichen Pflegebedürftigkeit (ohne Versorgung Pflegebedürftiger in Heimen, Krankenhäusern usw.) in der Bundesrepublik kommt das Socialdata-Institut für empirische Sozialforschung, München, zu dem Ergebnis, daß von etwa 2,5 Millionen zu Hause lebenden Pflegebedürftigen am Ende der siebziger Jahre rund 210 000 Personen schwerstpflegebedürftig (auf intensive Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung angewiesen; zu meist ständig bettlägerig), ca. 420 000 Personen schwerpflegebedürftig (in mehreren Bereichen nicht in der Lage, sich selbst zu helfen, und auf Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung täglich angewiesen; in Teilbereichen noch Eigenaktivitäten möglich), etwa 940 000 Personen leicht pflegebedürftig (auf Pflege leichterer Intensität, teilweise auch auf hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung angewiesen und im Aktionsradius stark eingeschränkt) sowie weitere rund 970 000 Personen hilfe- und unterstützungsbedürftig im weiteren Sinne (blind, taub, stumm oder aus anderen Gründen zu einer aktiven Kommunikation nicht mehr fähig) waren (Brög u. a. 1980). Zu diesen Mindestzahlen zu Hause lebender Pflege- und Hilfsbedürftiger (Mindestzahlen, da lediglich die Anzahl der deutschen Pflegebe-

dürftigen über sieben Jahren erfaßt wurde) sind nach Schätzungen noch ca. 260 000 Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen zu addieren, über deren Grad der Pflegebedürftigkeit jedoch nichts bekannt ist (Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, S. 3). Das Ausmaß des Bedarfs an Hilfen bei der Verrichtung elementarer alltäglicher Tätigkeiten schwankt naturgemäß mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit (Tabelle 1). Allerdings machen diese Daten deutlich, daß auch bei den leichteren Pflegefällen grundpflegerische Leistungen (Hilfe beim Aufstehen, Zubettgehen, Baden usw.) in bedeutendem Umfang notwendig sind.

Pflege- und Hilfebedürftigkeit ist sehr eng mit dem Alter verknüpft; insbesondere für die über 65jährigen ist sie häufig schon zu einem „normalen“ Lebensbestandteil geworden: Rund zwölf Prozent der zu Hause lebenden 65–79jährigen und sogar 53 Prozent der über 80jährigen sind pflege- oder hilfebedürftig im weiteren Sinne; in der (zusammengefaßten) Gruppe der 65jährigen und Älteren muß jeder Fünfte (ca. 18 Prozent) als pflege- oder hilfebedürftig gelten (Tabelle 2).

Von den zu Hause lebenden Pflege- und Hilfebedürftigen ist rund ein Viertel (24,9 Prozent) schwerst- oder schwerpflegebedürftig, jeweils etwas mehr als ein Drittel sind leichtere Pflegefälle oder „nur“ hilfe- bzw. betreuungsbedürftig (Tabelle 3).

Der Anteil der schwereren Pflegefälle mag hier relativ niedrig erscheinen; zu bedenken ist jedoch, daß der Großteil der schwereren Fälle sich in stationärer (Heim-)Betreuung befindet, unter den zu Hause lebenden Pflegebedürftigen daher die leichteren Fälle überrepräsentiert sein dürften. Wie einer Ergänzungsuntersuchung zu der genannten Socialdata-Studie zu entnehmen ist, sind mehr als zwei Drittel der Schwerstpflegebedürftigen älter als 70 Jahre; aber immerhin jede zehnte Schwerstpflegebedürftige ist erst zwischen sieben und siebzehn Jahren alt. Ähnlich ist die Altersverteilung der schweren Fälle. Dagegen weicht sie bei den leichteren Pflegefällen deutlich von diesem Muster ab: So sind rund 40 Prozent der leichteren Pflegefälle jünger als 60 Jahre. Unter den „nur“ hilfe- bzw. betreuungsbedürftigen im weiteren Sinne dominieren hingegen wieder die oberen Altersgruppen: Rund zwei Drittel dieser Hilfestufen sind älter als 65 Jahre (Socialdata 1984, S. 5).

Unter den zu Hause lebenden Pflegebedürftigen sind Frauen gemessen an ihrem Anteil an der Bevölkerung deutlich überproportional vertreten, was mit ihrer höheren Lebenserwartung zu erklären ist: Rund 62 Prozent der Pflegebedürftigen sind Frauen.

Verglichen mit der Wohnbevölkerung ist der Anteil der Arbeiter unter den Pflegebedürftigen relativ hoch (52,4 Prozent), der Anteil der Angestellten niedrig (25,0 Prozent). Pflegebedürftige Frauen haben in noch höherem Maße den Status Arbeiter als Männer. Auch wenn sich diese Angaben zur sozialen Verteilung der Pflegebedürftigen auch nur auf diejenigen Pflegebedürftigen beziehen, die noch im Arbeitsprozeß stehen (d.h. in der Regel jünger als 60 Jahre sind), also nur wenig Aufschluß über die Sozialstruktur der Pflegebedürftigen insgesamt bieten, so läßt sich doch eine überdurchschnittliche Betroffenheit unterer sozialer Bevölkerungsgruppen von Pflegebedürftigkeit vermuten. Dies dürfte selbst dann gelten, wenn man die Früh- und Übersterblichkeit dieser Bevölkerungsgruppen in Rechnung stellt.

Die bislang angeführten Daten aus der Socialdata-Erhebung, auf die sich auch die Bundesregierung immer wieder bezieht, stammen vom Ende der siebziger Jahre. Es muß angenommen werden, daß schon allein aus demographischen

Gründen (weitere Zunahme der Lebenserwartung und der Anzahl älterer Menschen) die augenblickliche Zahl der Pflegebedürftigen deutlich über diesen Werten liegt. Zudem wird sie in den nächsten Jahren und Jahrzehnten – soweit sich dies heute schon auf der Grundlage von (mit allerdings zahlreichen Unwägbarkeiten behafteten) Bevölkerungsprognosen abschätzen läßt – weiterhin ansteigen. Schätzungen zufolge ist allein bis 1990 mit einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (im engeren Sinne) auf rund drei Millionen zu rechnen; andere Berechnungen gehen sogar von 4,8 bis fünf Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2000 aus (WSI-Informationenarbeit 3/1987, S. 1).

## Literatur

Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit. Bundestags-Drucksache 10/1943 vom 5. 9. 1985.  
Brög, W., u. a.: Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Stuttgart usw. 1980 (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Band 80). (= Socialdata-Studie)  
Deininger, D.: Sozialhilfsempfänger 1985, in: Wirtschaft und Statistik 2/1987, S. 151–157.  
Socialdata-Institut für empirische Sozialforschung: Ergänzungsuntersuchung zur früheren Untersuchung „Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger“ – Endbericht. München 1984 (vervielf. Manuskript).  
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) des DGB: WSI-Informationenarbeit 3/1987.



Auch wenn die in der Abbildung genannten Daten, die offenbar auf der bereits mehrfach angeführten Socialdata-Erhebung beruhen, von deutlich niedrigeren Zahlen Pflegebedürftiger in der Zukunft ausgehen, können sie doch eindrucksvoll illustrieren, daß auf das Gesundheits- und Sozialsystem der Bundesrepublik bereits kurz- und mittelfristig bei der Bewältigung des „Pflegenotstands“ große Aufgaben zukommen, die mit den bisherigen Mitteln der Sozial- und Gesundheitspolitik sicher nicht zu lösen sind.

**Tabelle 1: Bedarf an Hilfen bei Pflegebedürftigkeit<sup>1</sup>**

Hilfsbedarf bei	Schwerst-Pflegebedürftigkeit	Schwer-Pflegebedürftigkeit	leichte Pflegebedürftigkeit
	Prozent der Pflegebedürftigkeit		
Aufstehen, Zubettgehen	82	58	37
An-, Ausziehen	87	73	29
Waschen, Kämmen, Rasieren	87	63	16
Baden	86	74	39
Essen und Trinken	69	25	9
Wasserlassen	77	16	2
Stuhlgang	81	23	3

<sup>1</sup> Nur zu Hause lebende Pflegebedürftige.

Quelle: Socialdata; Brög u. a. 1980, S. 75.

**Tabelle 2: Anteil der zu Hause lebenden Pflege- und Hilfebedürftigen an der Wohnbevölkerung nach Altersgruppen**

Altersgruppe von ..... bis ..... Jahre	Anteil der Pflege- und Hilfebedürftigen an der jeweiligen Altersgruppe der Wohnbevölkerung (in Prozent)		
	Pflegebedürftige	Hilfebedürftige	insgesamt
7 bis 17	0,6	0,1	0,7
18 bis 59	1,4	0,5	1,9
60 bis 64	1,7	4,7	6,4
65 bis 79	8,0	4,0	12,0
80 und mehr	28,4	24,8	53,2
65 und mehr	11,1	7,1	18,2
alle Altersgruppen	2,9	1,8	4,7

Quelle: Socialdata; Brög u. a. 1980, S. 41; eigene Berechnungen.

**Tabelle 3: Anteil der zu Hause lebenden Pflege- und Hilfebedürftigen nach dem Grad der Hilfebedürftigkeit**

Grad der Hilfebedürftigkeit	Anteil an den Pflege-/Hilfebedürftigen (Prozent)
schwerstpflegebedürftig	8,3
schwerpflegebedürftig	16,6
leichtpflegebedürftig	37,0
hilfe-/betreuungsbedürftig	38,1
Insgesamt	100,0

Quelle: Socialdata; Brög u. a. 1980, S. 39 f.



# Was bringt die neue Gebührenordnung für Ärzte?

**Ab Oktober dieses Jahres gilt für die kassenärztliche Tätigkeit eine neue Gebührenordnung, die auf einem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) basiert, der zwischen Kassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) ausgehandelt worden ist. Eine Kritik von Heinz-Harald Abholz.**

Aus grundsätzlich zweierlei Gründen scheint ein Blick in den EBM wichtig zu sein: Einmal muß interessieren, wie in Zukunft ambulante Versorgung über diesen Katalog der Honorierung gesteuert werden wird. Zum anderen stellt dieser Katalog der Leistungshonorierung das Ergebnis von Verhandlungen zwischen Kassen – als Geldverwalter der Versicherten – und der Ärzteschaft als Leistungsanbieter dar. An diesem Katalog muß sich somit das politische Machtverhältnis dieser beiden Blöcke – Kassen und KBV – ablesen lassen.

## I. In welcher gesundheitspolitischen Situation kam es zur Schaffung des EBM?

Die Schaffung des neuen EBM fällt in eine Zeit zunehmender finanzpolitischer Schwierigkeiten, die die Mängel unseres ambulanten Versorgungssystems besonders deutlich werden lassen. Wesentliche Mängel sind:

1. Die ambulante Versorgung ist im internationalen Vergleich unvergleichbar teuer, ohne daß es irgendwelche Hinweise auf die Überlegenheit bundesrepublikanischer Versorgung gibt.<sup>1</sup>
2. Es werden – wiederum im internationalen Vergleich und bei Anlegen medizin-wissenschaftlicher Kriterien – extrem viele, insbesondere technische Leistungen erbracht. Auch hier besteht keinerlei Hinweis auf eine Überlegenheit dieses Systems.<sup>2,7</sup>
3. Die Apparatemedizin ist anstelle der persönlichen ärztlichen Zuwendung und Leistung getreten. Dies ist nicht nur – wenn auch meistens allein kritisiert – inhuman, sondern auch ineffizient. Zudem gefährdet es die Patienten im diagnostischen Bereich auch durch einen hohen Prozentsatz falsch positiver Befunde.<sup>8</sup> Eine ähnliche Gefährdung gilt – bei anderem Erklärungs hintergrund – für den therapeutischen Bereich.
4. Die Patienten irren in einem Versorgungssystem von Spezialisten herum, die alle möglichst viele Leistungen an ihnen erbringen wollen. Eine koordinierende und den Gesetzen einer rationalen Medizin folgende Arzt-Person fehlt allzu häufig.
5. Viele Ärzte bieten viele Spezialuntersuchungen mit teurem Spezial-Gerät an. Aufgrund des Druckes zur Amortisation und zum Verdienst kommt es zur – medizinisch-wissenschaftlich gesehen – viel zu häufigen Anwendung des Gerätes. Dies führt wiederum zu hohen Kosten und – bei dann immer noch relativ geringer Untersuchungsfrequenz pro Arzt – zu einer zu geringen Qualität der Untersuchungen aufgrund mangelnder Erfahrung des Untersuchers.<sup>9</sup>
6. Das an sich schon teure Versorgungssystem wird durch die Betrügereien niedergelassener Ärzte in den Abrechnungen noch teurer. Die gerichtsverwertbaren Fälle als auch die im Prüfgeschäft verhandelten Ärzte stellen nur die Spitze eines Eisberges dar.<sup>9</sup>

Auf dem Hintergrund einer derartigen Kritik erhält die Schaffung eines neuen EBM eine besondere

Bedeutung: Es drängt sich nämlich der Eindruck auf, daß die von Kassen und Kassenärztlicher Vereinigung gemeinsame Erarbeitung einer neuen Gebührenordnung eine Art Antwort auf die akkumulierte Kritik am ambulanten Gesundheitssystem darstellen soll. Die Schaffung einer neuen Gebührenordnung kann somit leicht in der gesundheitspolitischen Debatte als Beitrag zur Strukturreform dargestellt werden. Zu zeigen, daß der neue EBM in keiner Weise einen solchen Beitrag darstellt, ist Ziel des folgenden Textes.

## II. Was wäre mit einem neuen EBM erreichbar gewesen?

Die Krankenkassen haben sich mit der Einlassung auf die Schaffung eines neuen EBM grundsätzlich für das Weiterbestehen einer Honorierung nach Einzelleistungen entschieden. Betrachtet man die Auswirkungen jeglichen Einzelleistungs-Honorierungssystems, so wird allerdings deutlich, daß dieses System wesentlichster Hintergrund für die oben beklagten Mängel ambulanter Versorgung hierzulande darstellt (vgl. 2, 4, 5, 6, 7). Bei einer Honorierung nach Einzelleistung kommt es immer zu:

1. der Erbringung von besonders vielen Leistungen – über das medizinisch Notwendige hinaus,
2. der besonders häufigen Erbringung von „gut“ dotierten Leistungen – über die medizinischen Notwendigkeiten hinaus,
3. der massenhaften Anschaffung von medizinischem Gerät zur Erbringung gut dotierter Leistung – über das medizinisch Notwendige hinaus,
4. der Abrechnung nicht erbrachter Leistung.

Diese vier Folgen jeglicher Einzelleistungs-Honorierung führen direkt oder indirekt – über weitere sich ergebende Konsequenzen – zu den oben skizzierten Mängeln unseres ambulanten Systems. Eine Einlassung der Krankenkassen auf eine derartige Honorierungsform beinhaltet somit das grundsätzliche Weiterbestehen oben skizzierter Mängel. Dennoch kann die Art der Gebührenordnung die Ausprägung oben beschriebener Mängel unterschiedlich gestalten. Anders ausgedrückt: In der Schaffung eines neuen EBM lag auch die Chance zu einer Verminderung oben skizzierter Mängel, die als Resultat der jetzt gültigen Gebührenordnung anzusehen sind.

Zentrale Orientierungspunkte bei der Schaffung eines neuen EBM hätten sein müssen:

1. Persönliche ärztliche Leistungen sollen zur wesentlichen Einnahmequelle des Arztes werden. Die Einzelleistungen mit hohem persönlichen und dabei insbesondere zuwendungsintensiven Aufwand müßten besonders hoch dotiert werden.
2. Technische und insbesondere delegierbare Leistungen sollen nur so honoriert werden, daß es zu einer Deckung der Selbstkosten plus einem geringen Zuschlag kommt. Bei der Realisierung eines solchen Prinzips ergibt sich das Problem, wie die Selbstkosten pro Einzeluntersuchung er-

rechnet werden. Neben dem Anschaffungspreis für das Gerät, Reparaturen etc. sowie der Bezahlung einer etwaig notwendigen Hilfsperson ist die Untersuchungs-frequenz wesentlichstes Bestimmungsmoment für die Kosten pro Untersuchung. Gerade aber an diesem Punkt läge die Chance, über die Gebührenordnung strukturell in die Art der Versorgung einzugreifen: Setzt man z. B. eine hohe Frequenz der Leistungserbringung bei der Berechnung des Selbstkostenpreises pro Untersuchung voraus, so wird die Erbringung dieser Leistung und damit die Anschaffung entsprechenden Gerätes oder Personals sich allein auf die Ärzte beschränken, die zu einer hohen Frequenz der Leistungserbringung überhaupt in der Lage sind. Es würde zu einer Konzentration von Spezialleistungen bei Spezialisten kommen. Eine bisher zu beobachtende unsinnige Verbreitung von z. B. Sonographiegeräten, wäre damit verhindert gewesen.

3. Zur besseren Prüfbarkeit erbrachter Leistung sollen Zeitvorgaben in die Leistungslegenden persönlich vom Arzt erbrachter, zuwendungsintensiver Leistungen gebracht werden.

Mit diesen Prinzipien im Hintergrund wäre es möglich gewesen, einen Katalog der Einzelleistungs-Honorierung so zu gestalten, daß zumindest die ärgsten Auswirkungen dieses Honorierungssystems nur abgeschwächt wirksam werden können. Den Kassen ist – nach grundsätzlicher Einlassung auf die Honorierung nach Einzelleistung – jedoch nicht einmal diese Modifizierung gelungen.

## III. Grundzüge der Veränderung des neuen EBM im Vergleich zu den gültigen Gebührenordnungen

Bei der folgenden überblicksgebenden Darstellung soll eine Orientierung an den unter II dargestellten Prinzipien vorgenommen werden. Dabei werden zur Charakterisierung des neuen EBM im Vergleich zu den gültigen Gebührenordnungen einzelne repräsentative Leistungspositionen herangezogen.

### 1. Die Bewertung persönlicher, zuwendungsintensiver ärztlicher Leistungen

#### Die Beratung:

Gebührenposition 1 (alt), 71 Punkte, kann werden zu:

1 (neu): 80 Punkte (Aufwertung um 10 %)

70 (neu): Rezeptaussstellung: 40 Punkte (Abwertung um 40 %)

4 (neu): Symptombezogene Untersuchung und Beratung: 120 Punkte (Aufwertung um 65 %).

Ein erheblicher Anteil ärztlicher Konsultationen kann als Pos. 4 – auch ohne betrügerische Absichten – abgerechnet werden, da die Mehrzahl ärztlicher Konsultationen eine symptombezogene Untersuchung mit einschließt. Der Blick des HNO-Arztes in das Ohr, der Blick und das Tasten des Hautarztes sind eben – so schnell sie auch ablaufen und so wenig sie immer langwierige ärztliche Differentialdiagnostik verlangen – als symptombezogene Untersuchung zu sehen. Je nach Fachrichtung könnte – zählt man die „kleinen Betrügereien“ nicht mit – von 70 bis 90 % symptombezogener Untersuchung – anstelle der jetzigen Pos. 1 – ausgegangen werden. Daß dies als Problem existiert, wußten die Schaffenden des EBM: Im Modellversuch zur Erprobung dieser Position wurde ein sehr ausführlicher Kommentar

mitgeliefert, wann die Pos. 4 angesetzt werden kann und wann nicht. Hiernach bedurfte es schon größeren Untersuchungsaufwandes, um zur Berechtigung der Pos. 4 als erbrachter Leistung zu kommen. Nicht jedoch ist im Text der jetzt vorliegenden Gebührenordnung eine solche Definition oder der Versuch der Eingrenzung vorgegeben.

#### Hausbesuch:

5 (alt), 250 Punkte, wird zu:  
25 (neu), 275 Punkte (Anhebung um 10 %). Dafür fällt der „nicht geplante Hausbesuch“ – alte Position 6 mit 280 Punkten – fort, was insgesamt die Anhebung der Honorierung beim Hausbesuch wieder etwas absenken wird.

Als Fazit läßt sich festhalten, daß die Hausbesuche keine oder keine nennenswerte Anhebung erfahren haben.

#### Über das übliche Maß hinausgehende Untersuchung:

65 (alt), 106 Punkte, kann werden zu:  
4 (neu), Symptombezogene Untersuchung und Beratung, 120 Punkte (Anhebung um etwa 10 %).  
60 (neu), Untersuchung und Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), 320 Punkte. Diese Position ist nur für die Gebiete Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Kinderheilkunde abrechenbar. Diese Position darf nur einmal pro Quartal in der Regel abgerechnet werden. Die Honorierung entspricht einer Anhebung um etwa 300 %  
61 (neu), Vollständige Untersuchung eines Organsystems, 200 Punkte (Anhebung um 190 %). In der Regel darf diese Position nur zweimal pro Quartal abgerechnet werden.

Als Fazit läßt sich festhalten, daß die körperliche Untersuchung – je nach Fachgebiet – eine geringe bis deutliche Anhebung erfährt.

Als Fazit läßt sich festhalten, daß die persönlich vom Arzt erbrachten Leistungen eine Anhebung geringen bis mittelgradigen Ausmaßes erfahren haben. Dennoch läßt ein Vergleich zur Erbringung technischer Leistung schnell verstehen, daß es sich hier eher um symbolhafte, als um grundsätzliche Veränderung handelt: Ein Hausbesuch, der immer mit 20–30 Minuten Aufwand anzusetzen ist, bringt 250 Punkte. Ein EKG, das die Arzthelferin in 3–5 Minuten anfertigt und den Arzt – in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle – eine halbe Minute Zeitaufwand der Bewertung kostet, bringt ebenfalls 250 Punkte. Selbst bei Berücksichtigung der Kosten für das Gerät bringt das EKG-Schreiben nach ein bis eineinhalb Jahren Einsatz für z.B. den Allgemeinarzt und Internisten nur noch reinen Verdienst. Ähnliche Vergleiche können zwischen den sog. Psycho-Leistungen (um 250 bis 300 Punkte) und den Sonographien (450 bis 550 Punkte) angestellt werden.

## 2. Bewertung technischer Leistungen:

### A. Laborleistungen:

Laborleistungen, die nur von einem Laborarzt zu erbringen sind, sind von den Laborleistungen zu trennen, die auch von allen anderen Ärzten – z.B. im Rahmen einer Laborgemeinschaft – erbracht und dann abgerechnet werden können. Der neue EBM bringt einige Veränderungen innerhalb des „Speziallabors“, d.h. der Laboruntersuchungen, die nur von Laborärzten abrechenbar sind. Einige Untersuchungen werden auf-, andere wieder abgewertet; im Nettoeffekt dürfte dies jedoch für das gesamte Kapitel – im Gegensatz zu den Behauptungen der KBV – keine nennenswerte Abwertung bedeuten (Ausnahme: nuclear-medicinische Untersuchung). Ganz anders verhält es sich für die sog. rationalisierungsfähigen Laborparameter, d.h. die Laboruntersuchungen, die alle Ärzte erbringen und abrechnen können. Hier ist es im Schnitt zu einer etwa 60%igen Abwertung der einzelnen Laborparameter gekommen. Berücksichtigt man zusätzlich, daß die Selbstkosten zur Erstellung der genannten Laborparameter nicht in dem gleichen Maße senkbar sind, so dürfte die

Abwertung im Schnitt etwa 75 % beinhalten (berücksichtigt man allerdings den heute gültigen, niedrigen Punktwert für Laborleistungen, so ist die Abwertung relativ geringer ausgeprägt).

Und dennoch liegt die Honorierung der meisten Laborparameter mit 40 Punkten (4,— DM) weit über dem Preis, der aufgrund technologischen Standes möglich wäre. In Großlabors sind diese Parameter für 20 bis 80 Pfennig erstellbar, in mittelgroßen Labors liegt der Preis zwischen einer und zwei Mark. Grundsätzlich wäre also eine weitere Absenkung der genannten Laborparameter möglich gewesen.

### B) Medizintechnik:

Selbstverständlich kann hier im Rahmen einer grundsätzlichen Einschätzung nicht auf alle medizintechnischen Positionen im EBM eingegangen werden. Als Fazit läßt sich jedoch festhalten, daß Medizintechnik – bei einigen Auf- und Abwertungen – insgesamt keine nennenswerte Veränderung im Vergleich zu den jetzt gültigen Gebührenordnungen erfahren hat. Insbesondere die sehr häufig angewendeten technischen Leistungen, wie z.B. EKG, Sonographie etc., bleiben in der Honorierung etwa gleich. Einige Positionen – z.B. EEG – sind abgesenkt, andere z.B. Langzeit-EKG – hoch gesetzt worden.

Insgesamt bleibt für den gesamten Bereich technisch apparativer Medizin festzuhalten, daß diese Leistungen weiterhin eine deutliche Überbewertung im Vergleich zu den persönlich vom Arzt erbrachten und dabei zuwendungsintensiven Leistungen erfahren. Bei der Bestimmung der Honorierungshöhe der einzelnen Leistungen ist gerade nicht – wie in II vorgeschlagen – davon ausgegangen worden, daß nur diejenigen Ärzte, die die Leistungen sehr häufig erbringen, auf ihre Kosten kommen. Vielmehr war leitender Gedanke, daß möglichst jeder Arzt – auch der mit sehr niedriger Untersuchungsfrequenz – die Untersuchung zumindest kostendeckend erbringen kann. Implizit damit ist präjudiziert, daß alle Ärzte, die die Untersuchung häufiger erbringen, erhebliche Gewinne erwirtschaften werden. Und weiterhin impliziert ist hiemit eine weitere Ausweitung des Geräteparkes bundesrepublikanischer Arztpraxen. Die einzige Gruppe technischer Leistungen, die durchweg leicht – 10 bis 15 % – abgewertet wurde, ist die apparatgebundene physikalische Therapie.

Als Fazit für die technischen Leistungen läßt sich festhalten, daß allein die Laborleistungen drastisch und die apparatgebundene physikalische Therapie etwas abgesenkt worden sind. Alle anderen und sehr vielfältigen technischen Leistungen der Medizin in den verschiedenen Spezialgebieten haben in der Tendenz keine Abwertung erfahren. Insbesondere das Ungleichgewicht zwischen einer hoch dotierten Medizintechnik, die zudem noch häufig rationalisierbar und delegierbar ist, und einer weiterhin unterbewerteten zuwendungsintensiven Medizin durch den Arzt ist geblieben.

### 3. Zeitvorgaben:

Die in II geforderten Zeitvorgaben sind im neuen EBM noch spärlicher als in den gültigen Gebührenordnungen. Abgesehen von der reinen psychotherapeutischen Tätigkeit, bei der immer Zeitvorgaben angegeben sind, sind in der Mehrzahl der Positionen psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen (830 bis 851 neu) keine Zeitvorgaben mehr vorhanden.

### IV. Schlußfolgerungen

Der neue EBM ist mit all den Nachteilen behaftet, mit denen eine Honorierung nach Einzelleistung nur behaftet sein kann. Auch das Mögliche an Abschwächung dieser Nachteile – vgl. II – wurde im neuen EBM nicht realisiert. So liegt eine neue Gebührenordnung vor uns, die in Nuancen die

persönlichen Leistungen des Arztes höher, die technischen Leistungen – nur am Beispiel der Laborleistungen realisiert – niedriger honoriert. Man ist an eine symbolische Änderung, nicht jedoch an reale strukturformende Veränderungen erinnert. Hier könnte auch die ideologische Bedeutung des neuen EBM liegen: Mit Sicherheit wird von Seiten der Kassenärzte der neue EBM als ein Beitrag zur Strukturreform ambulanter Versorgung dargestellt werden – obwohl er dies in keiner Weise ist. Die anfangs – unter I. – skizzierten Mängelpunkte unseres ambulanten Systems werden leider unverändert bestehen bleiben, weil eben eine Honorierung nach Einzelleistung eine Vielzahl dieser Mißstände zur Folge hat.

Warum den Kassen nicht einmal – bei Akzeptanz der Einzelleistungshonorierung – innerhalb eines Kataloges der Einzelleistungen (EBM) eine Schwerpunktverlagerung – wie in II. skizziert – gelungen ist, muß einer gesonderten Analyse vorbehalten bleiben. Entscheidende Aspekte zur Erklärung hierfür wären: Die Zersplittertheit der einzelnen Kassenarten mit der daraus resultierenden Konkurrenz untereinander, die Antizipation der Unterlegenheit gegenüber dem KBV, nicht ausreichende Konzepte zum Inhalt ambulanter Versorgung und zu starke Ausrichtung auf nur kostenpolitische Aspekte. Als Fazit bleibt, daß der EBM die Schwäche der Kassen – des vermittelnden Geldgebers – überaus deutlich macht. Wer an die starken Kassen glaubt, wird durch den EBM eines besseren belehrt.

Der neue EBM wird eine Probephase von ein bis zwei Jahren durchlaufen. Die Kassen wären gut beraten, die Auswirkungen des neuen EBM aufmerksam zu studieren und – was zu erwarten ist – bei Weiterbestehen der oben skizzierten negativen Auswirkungen einer Einzelleistungs-Honorierung über andere Formen der Honorierung ambulanter ärztlicher Tätigkeiten nachzudenken. Zu prüfen wäre z.B., ob eine Kopfpauschale bzw. eine modifizierte Pauschalbezahlung, die einzelnen Sonderleistungen besonders Rechnung trägt, für den gesamten Bereich der Basisversorgung nicht die sinnvollste Honorierungsform ist. Für Spezialisten mit hohem technischen Aufwand könnte möglicherweise das Weiterbestehen einer Einzelleistungshonorierung – insbesondere wenn sie vorwiegend auf der Basis von Überweisungen arbeiten – sinnvoll sein (siehe auch 7, 8). Zumindest scheinen die ein bis zwei Jahre Probephase des neuen EBM dafür genutzt werden zu müssen, Ideen über eine Form der Honorierung zu entwickeln, die eine wirkliche Strukturreform im ambulanten Sektor zur Folge hat. Aber die Ideen hierzu werden nicht ausreichen, wenn nicht zugleich auch eine weitaus höhere Einigkeit der verschiedenen Kassenarten in ihrem Willen zur Strukturreform geschaffen werden kann.

#### Anmerkungen:

- 1 Maxwell, R.: Health care – the growing dilemma, New York 1975
- 2 Abholz, H.-H., R. Dreykluft: Ärztliches Abrechnungssystem und Qualität der Versorgung. Argument-Sonderband 102, Berlin 1983, S. 5–22
- 3 Abholz, H.-H.: Das Dilemma medizintechnischer Innovation. Argument-Sonderband 141, Berlin 1986, S. 29–48
- 4 Glaser, W. A.: Paying the doctor – Systems of remuneration and their effects, Baltimore, London 1970
- 5 Schulerburg, J.-M., Graf v.: Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen. Tübingen 1981
- 6 Reinhardt, U. E.: Honorierungssysteme in anderen Ländern – Internationaler Vergleich. In: Ferber, Chr. v. u. a. (Hg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen, München 1985
- 7 Abholz, H.-H.: Die Qualität ärztlicher Versorgung unter dem Einfluß unterschiedlicher Honorierungssysteme. Berliner Ärztekammer, 1987, 24: 283–97
- 8 Abholz, H.-H.: Wie lassen sich Leistungsanforderungen niedergelassener Ärzte steuern? In: Deppe, H.-U., H. Friedrich, R. Müller: Jahrbuch Medizin und Gesellschaft, Frankfurt/M. 1987

# Schleudersitz

## Betriebsärztin von der LVA Düsseldorf gekündigt

mg - Für ein Jahr war Dagmar Eberhard in zahlreichen Kliniken der LVA eingesetzt, um ihre Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizinerin“ zu erlangen. Im August sollte sie als leitende Betriebsärztin weiterbeschäftigt werden. Doch dazu kam es nicht mehr.

**D**agmar Eberhard ist der Behördenleitung unbequem geworden. Am 3. September wird sie von der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz in Düsseldorf gefeuert. Obwohl der Personalrat der Kündigung nicht zustimmt, läßt sich die LVA nicht beirren. Die Betriebsärztin klagt vor dem Arbeitsgericht Düsseldorf gegen die Kündigung; der DGB gewährt Rechtsschutz. Ein Gütertermin am 6. September scheitert.

Als Dagmar Eberhard sich entschloß, Betriebsärztin zu werden, war sie davon überzeugt, sich von der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Beschäftigten leiten zu lassen. Daß sie dabei in Konflikte mit dem Arbeitgeber geraten könnte, war ihr schon damals klar. Sie saß zwischen zwei Stühlen, und „das kann“, wie sie sagt, „ein Schleudersitz sein, wenn man eine Entscheidung zuungunsten der Geschäftsleitung trifft“. Denn deren Verständnis von der Arbeit eines Betriebsarztes ist ein anderes.

In ihrer Klageerwidrung vom 1. Oktober schreibt die LVA: „Von der Funktion her ist die Stelle des Betriebsarztes einer Stabs-Stelle zuzuordnen, er ist dem Behördenleiter verantwortlich. Andererseits muß er das Vertrauen der Bediensteten zu erwerben suchen. Schließlich wird er zum zentralen Informationsträger persönlicher Daten.“ Nach dem Arbeitssicherheitsgesetz ist allerdings ein Betriebsarzt, wie jeder Arzt, zunächst einmal seinem Gewis-

sen verpflichtet, und das in seiner Entscheidung gegenüber den Patienten. Darin hatte sich Frau Eberhard aber immer korrekt verhalten, wie auch ihre Kollegen, die geschlossen hinter ihr stehen, bestätigen.

Ihr Anspruch, die Patienten in den Mittelpunkt ihrer Arbeit zu setzen, hatte Dagmar Eberhard auch schon bei ihrem früheren Arbeitgeber, dem TÜV-Rheinland, Schwierigkeiten eingebracht. Dort war sie vier Jahre als Betriebsärztin beschäftigt. In ihrem Zeugnis heißt es unter anderem: „Frau Eberhard hat gründlich gearbeitet, und ich war mit ihrer Arbeit zufrieden. Sie war besonders engagiert in der Problematik der Gastarbeiter und nahm sich viel Zeit, diese Gruppe zu beraten.“ Viel Zeit hatte sich Frau Eberhard für die Beschäftigten und ihre Arbeitsbedingungen genommen, auch wenn die sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten schwierig waren. Ein solches Vorgehen paßt kaum zu der „üblichen Hetze beim TÜV“, wie sie Dagmar Eberhard erlebt hat: „Schnell, schnell pro Kopf viele Leute zu untersuchen.“

Häufig sei sie nur noch sonntags zur Betriebsbegehung eingeladen worden, berichtet sie. Beschäftigte waren da keine im Betrieb.

Eine Betriebsärztin, die ihre Arbeit ernst nimmt, entspricht offenbar nicht den Vorstellungen der Behördenleitung der LVA. Schon gar nicht in einer Zeit, wo der Gürtel im Sozial- und Gesundheitsbereich immer enger geschnallt wird. Doch so was sagt man bei einer Kündigung natürlich nicht. Herhalten müssen dafür andere Gründe. Und wenn es „Erkenntnisse“ des Verfassungsschutzes sind, der herausgefunden zu haben glaubt, daß Frau Eberhard seit Jahren Kontakte zur MLPD (Marxistisch-Leninistische Partei Deutschlands) unterhalte. Sie sei auf einer Wahlveranstaltung dieser Partei gesehen worden; wirft ihr das Kündigungsschreiben vor, und sie habe die „Rote Fahne“ – die auch an manchem Kiosk zu finden ist – verkauft. Und das, obwohl sie in ihrem Arbeitsvertrag ein Gelöbnis auf die freiheitlich-demokratische Grundordnung unterzeichnet habe.

Am 13. November will das Arbeitsgericht Düsseldorf das Urteil verkünden. Sollte darin die Kündigung bestätigt werden, käme das einem Berufsverbot für Dagmar Eberhard gleich. □

# Schattendasein

## Sozialstationen im Test

**kp** – Die ambulante Pflege wird von Sozial- und Gesundheitspolitikern gerne als menschlichere und wohlfeile Alternative zur stationären Versorgung gepriesen. Die Arbeitsbedingungen der Sozialstationen lassen sich mit solchen Lobgesängen kaum in Einklang bringen.



**W**as Sozialstationen im Bereich der ambulanten Altenpflege leisten, wollte unlängst die „Stiftung Warentest“ wissen. Am Beispiel von vier Sozialstationen unterschiedlicher Trägerschaft in städtischen und ländlichen Gebieten wurden der Bedarf an Hilfeleistungen und das Dienstleistungsangebot von Sozialstationen untersucht. In ihrer August-Ausgabe veröffentlichte die Zeitschrift „Test“ das nicht ganz unerwartete Ergebnis: „Es fehlt meist nicht am guten Willen der Mitarbeiter der Sozialstationen, aber an Geld und Personal, um die Betreuung der tatsächlichen Situation hilfebedürftiger, alter Menschen anzupassen. Die körperlich-medizinische Versorgung ist allerdings gut. Auch werden pflegende Angehörige durch den Einsatz der Sozialstationen spürbar entlastet. Zu kurz kommen Bereiche, die das Leben erst so richtig lebenswert machen.“

Daß die ambulante medizinische und pflegerische Versorgung Kranker und Hilfebedürftiger Vorrang gegenüber der Krankenhausbehandlung und Unterbringung in Heimen genießen soll, ist nicht neu. Dies wird seit einigen Jahren verstärkt nicht nur von Krankenkassen und Verbänden niedergelassener Ärzte gefordert, sondern gehört inzwischen auch zum gerne gebrauchten Vokabular von Gesundheits- und Sozialpolitikern, wenn es um die Diskussion des „Pflegenotstands“ geht. Oftmals als menschlichere und preiswertere Alternative zur stationären Versorgung Alter, Kranker und Pflegebedürftiger gepriesen, fristet die ambulante (häusliche) pflegerische Versorgung gleichwohl ein Schattendasein in unserem Gesundheitswesen: Ganze 0,4 Prozent der Krankenkassenausgaben entfielen 1986 auf diesen Sektor der Krankenversorgung – gegenüber rund 33 Prozent, die für die Krankenhaus-

versorgung und 18 Prozent, die für die ambulante ärztliche Versorgung ausgegeben wurden. Weitere Daten zur Gesundheits- und Sozialpolitik werden in diesem und dem folgenden Heft als Dokumente veröffentlicht.

Was den ambulanten pflegerischen Bereich trotz dieser bescheidenen finanziellen Aufwendungen der Kassen interessant und wichtig macht, sind neben seiner künftig wachsenden Bedeutung nicht zuletzt die mit ihm verbundenen sozialpolitischen Bestrebungen: Er eignet sich als ideales Erprobungsfeld für (nicht nur) konservative Strategien der Ausweitung des Subsidiaritätsprinzips und eines – allerdings falsch verstandenen – Selbsthilfegedankens im Gesundheitswesen.

Schon heute werden die zu Hause lebenden Pflegebedürftigen in der Bundesrepublik zu fast 90 Prozent aus-



schließlich von Verwandten, Nachbarn oder Freunden betreut – und hier vor allem von den Ehefrauen, Töchtern, Schwiegertöchtern und Enkelinnen. Nur ein geringer Teil der Pflegebedürftigen außerhalb von Heimen erhält regelmäßige pflegerisch-betreuerische Hilfe von professionellen Helfern. Zwar hat die Zahl der Sozialstationen im letzten Jahrzehnt stark zugenommen, aber dies verdeckt nur oberflächlich die Versäumnisse vorangegangener Jahrzehnte: Mitte der achtziger Jahre dürfte die Zahl der in sozialpflegerischen Diensten Beschäftigten gerade wieder den Stand von 1970 erreicht haben. Von einem dichtgeknüpften, flächendeckenden Netz ambulanter pflegerischer Einrichtungen kann bislang noch nicht die Rede sein. Zu groß sind die Lücken, die durch den Niedergang der traditionellen Gemeindekrankenpflege und den gleichzeitigen Anstieg des Pflegebedarfs gerissen wurden. Die „Stiftung Warentest“ kommt zum gleichen Ergebnis: „Zu wenige Sozialstationen müssen zu viele alte und kranke Menschen betreuen.“

Unter den gegenwärtigen Bedingungen ist diese Betreuung vielfach nur unter großen Schwierigkeiten für die Sozialstationen möglich. Das Geld, das die Sozialstationen von Krankenkassen, Sozialämtern, Selbstzahlern und anderen Leistungsträgern für ihre Dienstleistungen erhalten, deckt zu meist nicht ihre Kosten. Eine Ausnahme dürften hier privatwirtschaftliche Anbieter darstellen. Zuschüsse öffentlicher Träger sowie Eigenmittel der die Stationen unterhaltenden „Wohlfahrtsverbände“ sind nötig, um den Betrieb zu gewährleisten.

Die wichtigsten Ursachen hierfür liegen in der überaus mangelhaften sozialrechtlichen Absicherung des Pflegerisikos, einem zu eng gefassten Katalog erstattungsfähiger Pflegeleistungen sowie in unzureichenden Gebührensätzen für abrechenbare Leistungen der Stationen. Dies führt letztlich zur Konzentration der Arbeit von Sozialstationen auf krankenpflegerische Leistungen im engeren Sinn, die auch abgerechnet werden können. In erster Linie sind das behandlungspflegerisch-medizinische Leistungen. Sozialpflegerische und hauswirtschaftliche Zusatzleistungen, die für die Betroffenen oftmals einen nicht weniger wichtigen Stellenwert haben wie die „reine“ Pflege, werden in der Regel nicht oder nicht in ausreichendem Maß finanziert und müssen vielfach außen vor bleiben.

Zudem, so die Tester in einem der untersuchten Fälle, „kämpfen die Betreuer ständig gegen die Uhr, da das Einzugsgebiet (der Station – kp) sehr groß und das Personal sehr knapp bemessen ist“. Die Folge: „Gespräche finden meist nur während der Pflege statt: Bei der Grundpflege sind das circa 30 Minuten, bei Injektionen vielleicht fünf Minuten... Der Informationsaustausch zwischen Angehörigen und Mitarbeitern der Sozialstation ist normalerweise nur „zwischen Tür und Angel“ möglich. Keine Zeit bleibt für die rehabilitativen Maßnahmen... für die psychologische Betreuung von Klienten und Angehörigen, für Beratungen über Sozialversicherungs- und Sozialhilfefragen.“ Desillusionierend klingt somit auch das Fazit: „Die Hilfestellungen der Sozialstation können unter diesen Bedingungen nur oberflächlich sein.“ – Eine menschlichere Alternative?

Preiswerter als die Krankenhauspflege ist sie mit Sicherheit allemal. Unter anderem auch – wie die Tester fanden – aufgrund des Einsatzes von Zivildienstleistenden, freiwilligen Helferinnen und Helfern. In „Test“ wird von Nachbarschaftshelferinnen berichtet, die zum Stundenlohn von acht Mark Arbeiten wie Putzen, Haushaltsführung und „pflegende Mithilfe“ verrichten. Zur „Kostengunst“ trägt nicht zuletzt die durch die genannten Verhältnisse erzwungene „Selbstausschöpfung“ der Beschäftigten von Sozialstationen bei. So heißt es in dem Bericht über die von einem freien gemeinnützigen Verein getragene Station: „Wettgemacht wird die finanzielle Misere, indem sich die Mitarbeiter der Sozialstation selbst ausbeuten. Die Festangestellten werden für 35 Stunden bezahlt, arbeiten aber meist über 40 Stunden pro Woche. Zuschläge für Wochenendeinsätze gibt es nicht. Die regelmäßigen Besprechungen gelten als Freizeit, nicht als Arbeitszeit.“ Und der Einsatz von quasi-chronamtlichen Nachbarschaftshelferinnen wird folgendermaßen kommen-

tiert: „Sie werden zum Teil seelisch stark belastet und haben im Gegensatz zu den professionellen Helfern nicht gelernt, dies zu verarbeiten. Andererseits ist der Lohn gering, und die soziale Absicherung fehlt. Und das kann im Alter bedeuten: Wenig Rente und Abhängigkeit von sozialer Unterstützung. Also ein „Fall“ für die Sozialstation.“

Und die Patienten? Sozialrechtliche Mängel, Defizite in der Personalausstattung der Stationen und Zeitdruck der Beschäftigten müssen zwangsläufig Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben. So kritisieren Angehörige von betreuten Patienten nach dem „Test“-Bericht häufig:

- die zeitliche Begrenzung der täglichen Betreuungszeit; die Hilfen seien „auf ein Minimum beschränkt“, die pflegenden Angehörigen würden nicht genug entlastet;
- unregelmäßige Betreuungszeiten, fehlende Versorgung am Wochenende (außer in dringenden „medizinischen“ Fällen);
- häufige Personalwechsel bei der Betreuung, insbesondere bei Haushaltshilfen;
- fehlende Pflegedokumentation;
- mangelnde (Sozial-)Beratung darüber, welche Hilfen und Kosten von Krankenkassen und Sozialämtern in welchen Fällen übernommen werden.

Alles in allem ergibt sich aus dem „Test“-Bericht ein nicht gerade ermutigendes Bild der ambulanten pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik. Sicherlich kann der Bericht schon aufgrund der geringen Zahl untersuchter Sozialstationen kein repräsentatives Spiegelbild der Verhältnisse bieten. Den hier vorgestellten Ergebnissen kann aber ein hohes Maß an Allgemeingültigkeit nicht abgesprochen werden, weisen sie doch zahlreiche Parallelen zu anderen, ähnlich gelagerten Untersuchungen in diesem Bereich auf. Entgegen allen Ankündigungen und Erfolgsmeldungen gerade konservativer Sozialpolitiker hinsichtlich der aufwertung der ambulanten Pflege ist festzustellen, daß wir von einer bedarfsgerechten und menschenwürdigen häuslichen pflegerischen Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik noch weit entfernt sind.

Die Situation nachhaltig zu verbessern, werden Appelle an Selbst- und Nachbarschaftshilfe schon allein aufgrund des heutigen Massencharakters des Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit und seiner künftigen Dimensionen nicht genügen. Hier hilft allein der planmäßige Auf- und Ausbau ambulanter Pflegeeinrichtungen mit qualifiziertem Personal auf der Grundlage einer umfassenden gesetzlich geregelten finanziellen Absicherung des Kostenrisikos für die betroffenen Patienten und Klienten. □

**Preiswerter  
als die Kranken-  
hauspflege ist die  
ambulante Versorgung  
allemal. Nicht zuletzt  
wegen der Selbstausschöpfung  
der Beschäftigten  
von Sozialstationen**



Foto: ANC-Informationszentrum

# Opfer des Staates

## Systematische Folter an Kindern in Südafrika

**Vom 24. bis zum 27. September  
tage in Harare, Zimbabwe,  
eine internationale Konferenz,  
die sich vor allem mit der  
Unterdrückung von Kindern im  
Apartheidstaat Südafrika  
auseinandersetzte. Ein Bericht  
von Peter Schröder, der für die  
Anti-Apartheid-Bewegung an  
dem Kongreß teilgenommen  
hat.**

Der englische Erzbischof Trevor Huddleston, wohl einer der wichtigsten Anti-Apartheid-Aktivistinnen, hatte eingeladen, die britische Anti-Apartheid-Bewegung und der Afrikanische Nationalkongreß (ANC) hatten bei der Organisation geholfen, die Regierung von Zimbabwe stellte ein (bomben-)sicheres Kongreßgebäude kostenlos zur Verfügung. Sie sorgte auch für den nötigen Polizeischutz für die 600 Delegierten aus 37 Ländern, die 150 internationale, regionale und nationale Organisationen vertraten. Die gesamte Führung des ANC nahm teil, ein seltenes Ereignis.

Über 300 Personen aus Südafrika waren gekommen und machten das Treffen über weite Strecken zu einem Tribunal gegen das Apartheid-Regime. Der Krieg gegen die Kinder und Jugendlichen Südafrikas ist in vollem Gange. Jeder der etwa 100 Sprecherinnen und Sprecher in Harare riskierte bei der Rückkehr nach Südafrika Verfolgung, Verhaftung und Tod. Deshalb baten wir die westlichen Botschaften, die südafrikanischen Teilnehmer offiziell am Flughafen in Harare zu verabschieden und sie dann in Johannesburg wieder offiziell in Empfang zu nehmen. Die Botschaften der USA, von Großbritannien, Schweden, Finnland und Norwegen taten dies auch. Wo war da der bundesdeutsche Vertreter? Diese diplomatische Intervention wirkte wohl auf die Buren in Südafrika. Alle 300 Delegierten kamen gut in Südafrika an.

Bei der allgemeinen Notstandsgesetzgebung, die – seit über 500 Tagen – der Polizei und der Armee fast völlige Freiheiten einräumt, haben zwar auch Erwachsene kaum Rechte, die Kinder trifft es aber besonders hart. Die Gesundheit der Kinder wie der Erwachsenen ist direkt bedroht. In Südafrika findet sich unter schwarzen Kindern eine enorm hohe Kindersterblichkeit, während bei weißen Kindern die Lebenserwartung etwa so hoch wie in Europa ist. Dies spiegelt schon die unmenschlichen Lebensverhältnisse unter der Apartheid wieder, hinzu kommt mittlerweile die Bedrohung durch die wildgewordenen Polizei- und Armee-Horden. Willkür der Sicherheitsorgane und systematische Folter an Kindern sind an der Tagesordnung.

Die Folgen beschrieb der Generalsekretär des südafrikanischen Kirchenrates, Frank Chikane, der selbst mehr als ein Drittel des letzten Jahres im Gefängnis verbrachte. Er berichtete von seinem fünfjährigen Sohn, der eines Abends dem Vater seine Sprungkünste zeigen wollte: „Schau, Daddy, so hoch kann ich schon springen.“ Der von der Tagesarbeit wohl müde Vater fand das nicht so interessant, als der Sohn aber darauf bestand, fragte er nach, warum er denn gerade Hochsprung übe. „Ich habe ganz lange schon geübt“, sagte dieser dem betroffenen Vater, „weil die

Gefängnismauern doch so hoch sind.“ Dies erzählt ein fünfjähriges Kind. Der 16jährige Bruder von Frank Chikane ist derzeit ohne Gerichtsurteil im Gefängnis, er ist schon einmal von der Polizei bei einem Verhör krankenhaushausreif geprügelt worden.

Mehrere Ärztinnen und Psychologen berichteten von den Auswirkungen des Terrors auf die dortigen Kinder und Jugendlichen. Statt mit Freunden Verstecken zu spielen, müssen sie sich ernsthaft und unter Lebensgefahr vor der Armee verstecken, die die schwarzen Vororte besetzt hält. Statt kindgemäßer Doktorspiele lernen schon zehnjährige Kinder, ihren Freunden die Gummigeschosse aus der Haut zu entfernen. Statt zusammen mit der Familie zu leben, sind Tausende von Kindern aus Angst vor der Polizei im Busch untergetaucht.

Die Eltern verschleppter Kinder haben Selbsthilfegruppen gegründet und dokumentieren die Einzelheiten der Willkürakte. Danach sind derzeit fast 1000 Kinder in Haft, seit Juni 1986 sind es insgesamt über 10.000. 98 Prozent dieser Kinder und Jugendlichen wurden und werden in irgendeiner Form gefoltert. Betroffene Kinder berichte-

ten während der Konferenz:

Ein elfjähriger Junge hatte über zwei Monate in einer Einzelzelle im Gefängnis verbracht. Er wurde täglich mehrere Stunden verhört, er wurde täglich geschlagen, er wurde mit dem Kopf unter Wasser gehalten, er wurde mit einem Stromkabel an die Steckdose angeschlossen, bis er ohnmächtig wurde. Er mußte stundenlang stehen, in seiner Zelle war 24 Stunden lang grelles Licht.

Ein siebenjähriges Kind wurde auf offener Straße von einem Polizisten angeschossen, eine Kugel wurde ihm dann im Krankenhaus herausoperiert, dort wurde es dann verhaftet, sechs Monate ohne Anklage eingesperrt, gefoltert, dann angeklagt und zu vier Jahren wegen versuchten Mordes an einem Polizisten verurteilt. Ein Siebenjähriger.

Berichtet wurde von Auspeitschungen an 13jährigen, von den systematischen Vergewaltigungen der inhaftierten Mädchen, von der Einzelhaft bei tagheller Beleuchtung, von engen Zellen mit bis zu 50 Gefangenen, vom Tränengaseinsatz in engen Schulzimmern, auch von den blindwütigen Erschießungen schwarzer Kinder und Ju-

gendlicher auf offener Straße durch Armee und Polizei.

Diese Aussagen sind dokumentiert, die Konferenz hörte viele dieser Zeugnisaussagen in Form von beideten Erklärungen durch die Rechtsanwälte. In Verbindung mit dem neuesten Amnesty-Bericht darf niemand mehr ernstlich an diesen traurigen Wahrheiten zweifeln.

**„Ich habe schon ganz lange Hochsprung geübt, weil die Gefängnismauern doch so hoch sind“, sagt ein Fünfjähriger**

Und in allen Gefängnissen arbeiten Amtsärztinnen und -ärzte, wie uns eine ehemalige Amtsärztin schilderte. Hunderte dieser Mediziner arbeiten direkt für den Staat, indem sie die Beschwerden der Gefolterten nicht weiterleiten und indem sie medizinische Berichte über Folterungen verschweigen. Immer wieder sollen sogar Ärzte bei Folterungen anwesend sein, um zum Beispiel mitzuentcheiden, wann der Kopf eines

- Anzeige -

## Umweltschutz im Abonnement

Die ARD-Fernsehreihe **GLOBUS - Die Welt von der wir leben** informiert Sie bei jeder Sendung über aktuelle Themen der Umweltschutzdiskussion. Dabei geht es um interessante und praktische Inhalte: die breite Themenpalette erstreckt sich von Wasserfilteranlagen, Strahlenbelastung, Tips zur Mischkultur und zum Kompostieren bis hin zu gesünder Ernährung und Energiespartips. Auch werden wissenschaftlich fundierte Beiträge wie z. B. zur Schädigung des Ozongürtels der Atmosphäre, zur Flurbereinigung und Biotopvernetzung zur Erklärung von Hintergründen und Zusammenhängen aufgezeigt.

Zu jeder dieser Sendungen gibt das BUND-Umweltzentrum Stuttgart eine begleitende Informationsmappe heraus. Diese GLOBUS-Begleitmappe liefert Ihnen leicht verständliche sachliche Argumente für die jeweilige Umweltschutz-Diskussion. Sie können sie mit nachstehendem Coupon abonnieren, der Preis beträgt DM 31,- pro Jahr. Zusammen mit Sammelordner und Stichwortverzeichnis haben Sie somit zum

Jahresende ein komplettes Nachschlagewerk.

Für das zweite Halbjahr 1987 sind folgende Sendetermine vorgeplant:

20. September, 18. Oktober, 15. November, 13. Dezember.

Bestellungen und Anfrage:

**BUND-Umweltzentrum**  
**Rotenhühlstr. 84/1 - 7000 Stuttgart 1**



**GLOBUS - DIE WELT**  
**VON DER WIR LEBEN**

### Bestellcoupon

- ☐ Hiermit bestelle ich die GLOBUS-Materialliste (DM -,80 in Briefmarken lege ich bei).
- ☐ Bitte senden Sie mir ein GLOBUS-Probeheft (DM 4,- in Briefmarken lege ich bei).
- ☐ Ich möchte das GLOBUS-Begleitmaterial für 1987 zum Preis von DM 31,- bestellen.
  - ☐ Verrechnungsscheck über DM 31,- lege ich bei.
  - ☐ DM 31,- liegen diesem Schreiben bei.
  - ☐ Am \_\_\_\_\_ 1987 habe ich auf ihr Konto-Nr. 41747 bei der Südwstbank Stuttgart (BLZ 600 602 01) DM 31,- überwiesen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Die Kündigung des Abonnements kann zum Jahresende erfolgen.

Kindes nicht mehr unter Wasser gehalten werden darf, damit es nicht sofort stirbt. Ärztinnen und Ärzte sind auch bei den staatlichen Hinrichtungen von Freiheitskämpfern zugegen.

Gerade die schwarzen Kinder Südafrikas werden zu Opfern des Staates, denn sie beginnen zu verstehen, daß sie unter den derzeitigen Umständen in Südafrika keinerlei Chancen haben. Die Schulbildung ist schlecht, die Weiterbildungschancen gering, mehr als die Hälfte der schwarzen Kinder stirbt vor dem zehnten Lebensjahr. Und

wenn sie erwachsen werden, sind sie weiterhin insofern Kinder, als ihnen nach wie vor das Wahlrecht abgesprochen wird. Daher ist die Reaktion: „Freiheit oder Tod“ nur allzu verständlich. Der Staat fühlt sich angegriffen von dem weiter wachsenden Unmut und der Organisation dieser Kinder und Jugendlichen. All dies bedroht die weiße Vorherrschaft und den Reichtum der Oberschicht. Daher schlägt der Sicherheitsapparat unbarmherzig zu, um jeden Ansatz von Opposition zu unterbinden.

**Der südafrikanische Ärzteverband Massa muß aus dem Weltärzteverband ausgeschlossen werden, allein weil sich seine Mitglieder direkt an Folterungen beteiligen**

Die Kinder sind zu den ersten Zielen und Opfern des Staatsterrors in Südafrika geworden. Wir sind aufgerufen, dagegen etwas zu tun. Von allen südafrikanischen Delegierten wurden nochmals Sanktionen gegen Südafrika verlangt, insbesondere auch von der Bundesrepublik. Daneben wurden aber auch Forderungen gestellt, die speziell Beschäftigte des Gesundheitswesens bei uns angehen: Der offizielle südafrikanische Ärzteverband MASSA muß aus dem Weltärzteverband ausgeschlossen werden, allein weil Mitglieder dieses Verbandes sich nachweislich direkt an Folterungen beteiligt haben. Statt dessen sollte der fünf Jahre alte, demokratische und nicht rassistische Ärzteverband NAMDA soweit wie möglich international anerkannt und unterstützt werden. Die Mitglieder dieser Organisation setzen sich gegen die Apartheid ein, betreuen Häftlinge und Flüchtlinge und waren auch in Harare durch mehrere Delegierte vertreten.

Eine Möglichkeit, diesen Forderungen Nachdruck zu verleihen, wäre die Gründung eines bundesdeutschen Vereins „Ärzte gegen Apartheid“. In den USA und England gibt es solche Gruppen bereits.

Peter Schröder  
arbeitet als  
Arzt in Bochum

Peter Schröder

# „Ich habe ihm Pappgeschirr gegeben“

## Krankenpflege und Aids

**Die Aids-Hilfe Bonn macht zusammen mit der DRK-Schwesternschaft Fortbildung für das Krankenpflegepersonal. Frank Reifenberg beschreibt, welche Erfahrungen er dort gemacht hat.**





„Nach anderthalb Jahren konnte ich einfach nicht mehr.“ Die Krankenschwester, die mir dies sagte, ist eine der beeindruckendsten Persönlichkeiten, die mir in meiner Arbeit in der Aids-Hilfe-Bonn begegnete. Nach anderthalb Jahren hatte sie – psychisch und physisch ausgelaugt – aufgegeben. Obwohl die Pflege von Aids-Patienten in ihrer persönlichen und beruflichen Entwicklung eine ganz besondere Bedeutung hatte. Auch in ihrem Erfahrungsbericht darüber: „Mehr Fortbildung und besonders Supervision in Sachen Aids. Ohne das können wir es auf Dauer nicht schaffen!“

Als die Aids-Hilfe Bonn 1985/86 erstmals Betreuungen von Aids-Kranken übernahm, wurde sehr schnell deutlich: Die neue Situation, vor die sich das medizinische Personal gestellt sieht, ist eine Überforderung. „Ich habe ihm Pappgeschirr gegeben, es kannte sich ja niemand aus. Als klar war, daß er Aids hat, haben wir ihn in einen Pflegemittelraum schieben müssen. Die anderen Patienten haben sowieso getobt.“ „Was sollte ich denn machen, sein Freund saß am Bett und hielt ihn in den Armen. Ich bin mit rotem Kopf rausgerannt und habe mich nachher immer gedrückt, wenn seine Klingel ging.“ Das sind nur kleine Ausschnitte aus einer Vielzahl von Gesprächen, die ich mit Schwestern und Pflegern führte.

Demgegenüber steht, daß gerade bei Aids-Patienten, die oft unter einer extremen sozialen Isolation leiden, neben der medizinischen Pflege gerade die sozialen und psychischen Aspekte eine wichtige Rolle spielen. Das Pflegepersonal ist mitunter einziger und wichtigster Bezugspunkt für den Patienten. Wo aber liegen die Schwierigkeiten? Zum einen bestand (und besteht in vielen Fällen auch heute noch) die große Verunsicherung hinsichtlich der Ansteckungswege und der notwendigen Schutzmaßnahmen. Trotz der ausgeprägten Fähigkeit, medizinisches Wissen zu verarbeiten und zu speichern, war hier ein sachlicher Zugang zum Thema oft völlig verbaut. Die Medien haben das ihrige getan.

Aber auch noch so gute Vorträge über die medizinischen Hintergründe von Aids konnten die Probleme nicht beseitigen. Mitte 1986 organisierten wir deshalb erstmals – in Zusammenarbeit mit der DRK-Schwesternschaft Bonn – mehrtägige Fortbildungsveranstaltungen für Krankenschwestern und -pfleger. Aus geplanten zwei Seminaren wurden zwölf, weil mehr als 200 Anmeldungen eingingen. Der Schwerpunkt der Veranstaltungen sollte nicht im medizinischen Bereich liegen, sondern die persönliche Auseinandersetzung mit Aids fördern. „Was mache ich mit meiner Angst vor Ansteckung? Wie komme ich mit meiner Hilflosigkeit gegenüber diesen Patienten zurecht? Er war erst 23 und hatte noch ein halbes Jahr, er klammerte sich so an die Hoffnung auf ein Medikament.

Diese furchtbare Verzweiflung und das große Mißtrauen machten mich immer unsicherer.“

Angst erkennen, lernen mit ihr umzugehen, das „Anders-sein“ der vorwiegend betroffenen Gruppen, Vorurteile, Schuldzuweisungen und Angst vor dieser teilweise doch so sehr anderen Lebensweise – Homosexualität und Drogenabhängigkeit sind eben für die meisten nicht alltäglich – abzubauen, waren Schwerpunkte der Gruppenarbeit.

Gerade die Probleme mit Homosexualität und Drogensucht führten in den Seminaren immer wieder zu Krisen. Eine Schwester in einem Rollenspiel (über einen infizierten hämophilen Jungen): „Er tat mir so leid, er konnte doch nichts dafür!“ Die gleiche Schwester über einen Aids-kranken Homosexuellen: „Er war wirklich schlimm dran; und er tat mir auch leid. Aber ist er denn nicht selbst schuld?“ Sie hatte zugegeben, daß Patient nicht gleich Patient ist, und daß dies (natürlich) ihr Verhalten ihm gegenüber beeinflusst. Mit dieser Erkenntnis gerät bei vielen Menschen, die in helfenden Berufen arbeiten, ihr Weltbild ins Wanken. Der immer wieder gehörte Satz „Für mich ist jeder Patient gleich“, konnte so nicht mehr gelten. Ich habe diese Schwester bewundert, denn es war ein offensichtlich harter Schritt, das zuzugeben, zumal sie von ihren Kolleginnen deshalb in der Gruppe hart angegangen wurde.

Es wurde sehr deutlich: Neben fundierten medizinischen Kenntnissen muß Raum für eine umfangreiche Vorbereitung auf die besonderen psychischen und sozialen Belastungen, die die Pflege von Aids-Patienten mit sich bringt, sein. Beratung und Gesprächsführung, Sterbebegleitung, der Umgang mit den Hauptbetroffenengruppen sind hier mindestens genauso wichtig wie der richtige Handgriff bei der Pflege von Patienten mit Pneumocystis Carinii Pneumonie oder anderen opportunistischen Infektionen. Unerlässlich ist darüber hinaus regelmäßige Supervision, nicht zuletzt zur Aufarbeitung der Probleme, die sich durch den zunehmenden sozialen Druck, dem Pflegekräfte, die in der Aids-Betreuung arbeiten, ausgesetzt sind, ergeben. Die Fälle, in denen Krankenschwestern selbst Opfer der Diskriminierung und Ausgrenzung werden, die sie sonst bei ihren Patienten miterleben, werden immer häufiger.

Unabhängig davon, daß Aids tatsächlich große neue Probleme für den Krankenpflegebereich aufgeworfen hat, glaube ich, daß es jetzt höchste Zeit ist, alte Versäumnisse in der Ausbildung von Krankenschwestern und -pflegern aufzuarbeiten. Fortbildung und Supervision sollten deshalb nicht nur gefordert, sondern – wenn nötig – eingeklagt werden.

Frank Reifberg, Mitbegründer der Aids-Hilfe Bonn, arbeitete bis Juli 1987 in der Alten- und Schwerbehindertenpflege. Seitdem ist er bei der Aids-Hilfe hauptamtlich tätig.

Wie war das noch?  
Ganzheitliche Pflege?  
Wie ging das?



Reifberg 87

# Nix als

## Kundgebung zur



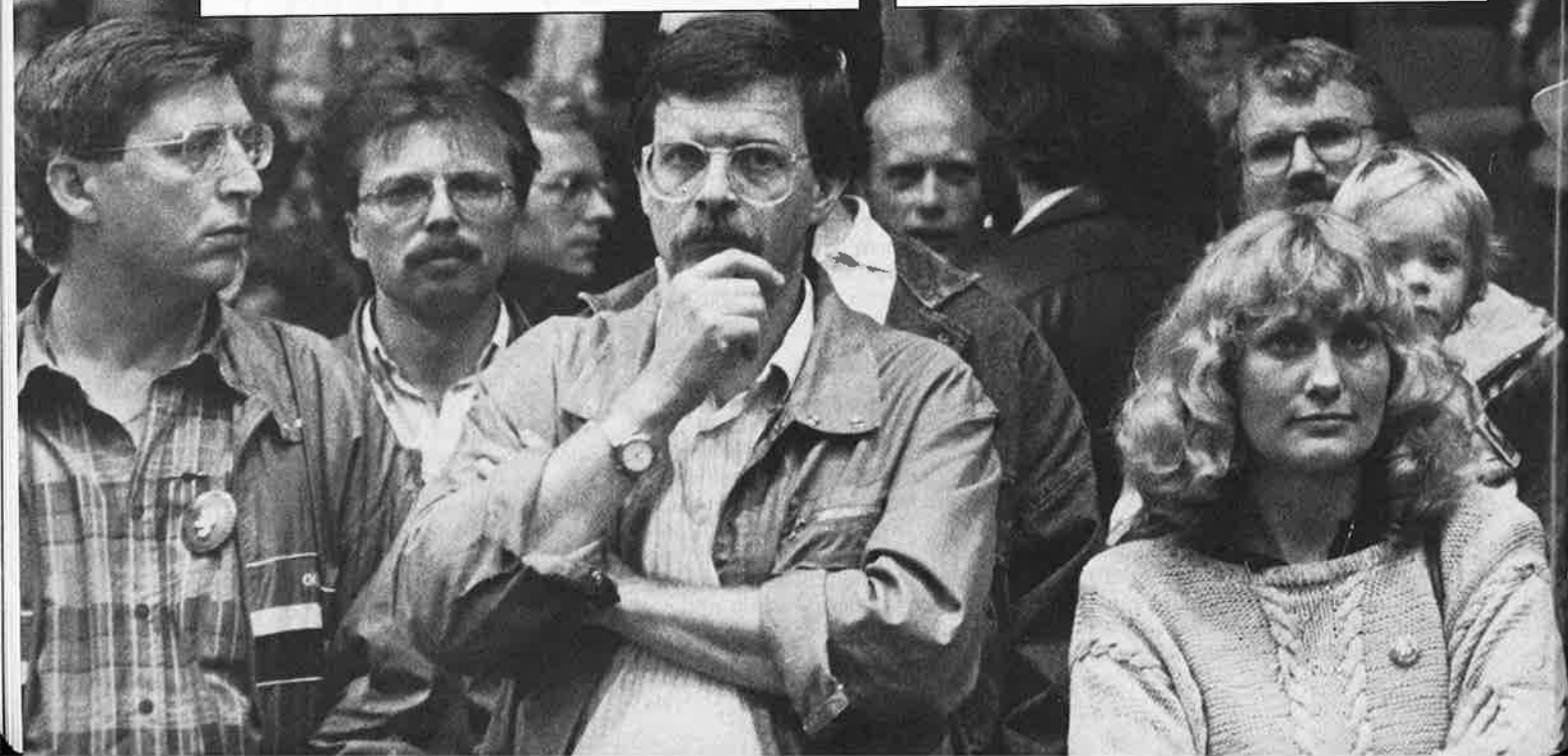
8000 Kolleginnen und Kollegen haben auf der ersten gemeinsamen Kundgebung aller DGB-Gewerkschaften im öffentlichen Dienst im September in der Essener Gruga die Einführung der 35-Stunden-Woche gefordert. Im Krankenhaus nicht praktikabel, meint die „Ärztegewerkschaft“ Marburger Bund. Wieso eigentlich? Ist fehlendes Personal eine feste unveränderbare Größe?

„Stations- und OP-Alltag, zehn Dienste im Monat, Ärger mit einem Kollegen, das Ende vom Lied war, daß ich kurz vor dem Urlaub zusammengeklappt bin. Ich habe gekündigt.“ Erich N. ist Mitte 30, physisch und psychisch stabil, treibt regelmäßig Sport. „Ich will noch ein bißchen mehr vom Leben haben als die Arbeit.“

Bei Jutta N. gibt es keine so einfache Lösung. „Ich kann mein Kind nicht einfach in die Ecke stellen“. Zur Zeit ist sie nur bereit, eine halbe Stelle anzutreten, in der sie keine Dienste machen muß. Das ist leichter gesagt als gefunden. „Ich merke einfach auch, daß ich immer unzufriedener und unausgeglichener werde.“

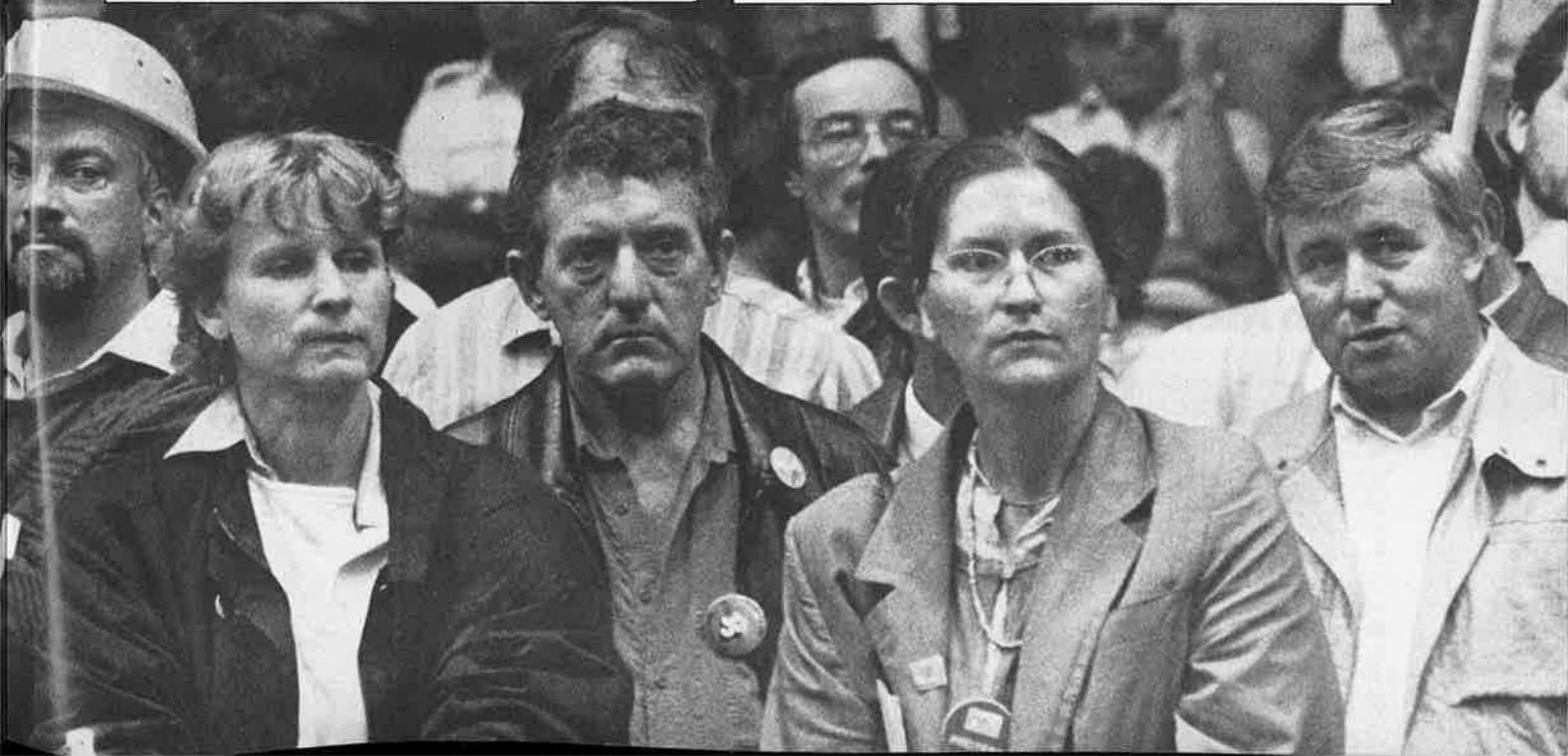
„Es ist nicht einzusehen, daß die einen krank werden, weil sie zu viel arbeiten, während andere daran kaputt gehen, daß diese Gesellschaft sie zum Nichts-Tun verurteilt. Wir wollen kürzer arbeiten, um länger zu leben“, so Monika Wulf-Mathies, Vorsitzende der ÖTV, auf der Kundgebung in Essen. Fangen wir doch selbst einmal an, gesundheitsbewußter zu leben: 35-Stunden-Woche!

Fotos (4): Menzen



# Arbeit?

35-Stunden-Woche





**W**as wollen wir bereden?“ Die erste Frage, die den Studienanfängern in den Orientierungseinheiten gestellt wird, und die erste Frage bei deren Vorbereitung ist jedes Mal Gelegenheit, sich auf „Wesentliches“ zu besinnen. Der Rahmen dieser Orientierungseinheiten, in denen die Neuen Gelegenheit bekommen sollen, sich kennenzulernen, und die Raum bieten sollen für die Auseinandersetzung um Arztbild, Studienrealität und Gesundheitswesen, ist schon traditionell: Die studentischen Tutorinnen und Tutoren verbringen zur Vorbereitung ein gemeinsames Wochenende mit Auswahl und Diskussion geeigneter Texte. Die Studieneinführung selbst findet an drei Tagen statt, an denen mit den Erstsemestern in Kleingruppen diskutiert wird.

Regelmäßig wird der neueste Stand der Approbationsordnung referiert, werden Informationen zum neuen Hochschulrahmengesetz und zu den Strukturplänen der Landesregierung in Nordrhein-Westfalen gegeben. Aber auffällig ist, wie müde früher so hitzig diskutierte Themen wie der Arzt-im-Praktikum über den Tisch gehen. Die Erstsemester haben sich schnell mit diversen Studienverschlechterungen arrangiert.

„Keine Böcke mehr auf Reagieren, auf ständiges Abwehren“ – die Neigung, lieber eine eigene Diskussion um Alternativen, um ein demokratisches Gesundheitswesen neu anzufangen, wurde auf dem sogenannten Studienreformkongreß im Frühjahr in Köln deut-

lich. Doch während der Orientierungseinheiten ist das Interesse an einer solchen Diskussion nicht besonders groß. Verschlechterungen werden pflichtschuldig aufgelistet und „abgehakt“. Immer mehr Platz nimmt dagegen die Auseinandersetzung um Alternativen zur Schulmedizin ein – und da scheiden sich die Geister in alter Wut. Diejenigen, die immer mehr Anspruch und Ganzheitlichkeit zu integrieren bemüht sind, gegen die, die den Allmachtsanspruch der modernen Mediziner um die Ecke wittern.

Auch an den Rollenspielen, die traditionell das Arzt-Patienten-Verhältnis erlebbar machen und den Blick auf die Grenzen des „Helfens“ lenken sollen, hat sich einiges geändert. Selbst bei den „klassischen“ Rollen – dem Fordarbeiter, der unter Magengeschwüren leidet, oder der gestreßten Studentin, die kurz vor dem Examen steht – wird immer häufiger nach psychischen Ursachen, nach ungesunden Lebenseinstellungen oder anderen „Individualschulden“ gefragt. Entsprechend werden Änderungsmöglichkeiten auch immer häufiger beim Individuum gesucht. Jedem sein Wehwehchen und jedem sein Recht auf Therapie? Krankheit als Weg?

Die Unzufriedenheit, die die Studierenden durch den wachsenden Konkurrenzdruck empfinden, werden nicht mehr in kollektive Formen des Widerstands umgesetzt. Statt dessen werden mit Phantasie und Energie Akupunktur- und Homöopathiekurse organisiert, und es wird überlegt, ob die In-

formationsbroschüre für Erstsemester nicht einen größeren Teil der Darstellung alternativer Infrastruktur widmen soll. Genau daran haben sowohl die Tutorinnen und Tutoren als auch die Erstsemester Interesse. Wo der Veränderung größerer Lebenszusammenhänge oder gar politischer Strukturen keine Chance mehr eingeräumt wird, weicht man aus auf das direkte Lebensumfeld oder gar auf individuelle Bewältigungsstrategien. In den Fachschaften und auch den Orientierungseinheiten beginnen einige, das zu problematisieren. Doch keinen reißt es mehr vom Hocker, wenn in einem Kurs, der nichts bringt, mal so richtig „auf den Putz gehauen wird“. Es ist zu gewöhnlich, als daß man sich noch dagegen wehrt, es ist zu anstrengend, weil man sich damit ja nur gegen eins von 1000 Übeln gewehrt hat, und außerdem scheint es eh keinen Zweck zu haben.

Ganz anders motiviert diskutieren die Leute beim Thema Aids. Nicht nur weil es auch um die eigene Sexualität geht, sondern weil es da etwas ganz Neues herauszufinden gibt, nicht nur das Alte nachzubeten. Selbst da zeigt sich, daß die Resignation, die selbst schon bei Studienanfängerinnen und -anfängern zu sehen ist, sich nicht auf alles bezieht.

Die „kleinen Freuden des Alltags“, drei nette Tage mit netten Leuten zu verbringen, werden wichtiger. Die Zukunftsperspektive suchen viele in der Psychosomatikstation oder einer anderen Nische im Gesundheitswesen. Aber sollte mensch nicht einmal genauer der Frage nachgehen, warum das so ist? Ist nicht das bloß individuelle Herangehen eine nachvollziehbare Reaktion auf das bloß allgemeine? Machen „wir“ es nicht genauso falsch wie „die“? □

**Sind die, die jetzt anfangen, Medizin zu studieren, wirklich so unpolitisch, wie alle zu wissen glauben? Uschi Thaden, schon länger in der Studentenpolitik, relativiert das Vorurteil.**

# Resigniert?

## Die neuen Medizinstudenten



Foto: Heisl





Plakat: Hydra

Nur wenige „illustre“ Gäste hatten die Sozialpolitiker der SPD zum Werkstattgespräch „Aids in unserer Gesellschaft“ geladen, aber jede Menge wirklicher Experten. Auch wenn die einleitenden Bemerkungen von Rudolf Dreßler, dem stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden der SPD im Bundestag, man wolle mit, nicht über Betroffene reden, fatal an Kohlsches Gefasel erinnerte, so war es hier doch wenigstens wahr: Auf den verschiedenen Podien saßen direkt und indirekt Betroffene: Vertreter der Aids-Hilfen, die Vorsitzende der Prostituiertenorganisation Hydra, Gäste aus ausländischen Anti-Aids-Organisationen.

Die SPD-Prominenz versicherte, ihnen aufmerksam zuhören zu wollen, war dann aber doch nach zehn Minuten verschwunden. Angenehme Ausnahmen: Die Bundestagsabgeordneten Margit Conrad und Renate Schmidt sowie Herbert Brückner von der Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokraten im Gesundheitswesen, die mitschrieben, was ihnen da an Sachverstand vorgeführt wurde. Tatsächlich erscheint das notwendig, denn auch in SPD-regierten Bundesländern werden HIV-Positive behandelt, wie man es nur in Bayern erwarten würde, wie Hansjakob Trost von der Aids-Hilfe Düsseldorf zeigte. Dort hätten Aidskranke Probleme, ein Krankenhausbett zu finden oder Lebensversicherungen abzuschließen. Auch Hans-Georg Floß, Aids-Hilfe Hamburg, bestätigte: „Die Unterdrückung von Betroffenen geht quer durch die Länder, quer durch die Parteien.“

Wie schädlich die restriktive „klassische“ Seuchenpolitik sei, machte Gui-

do Vael von der Münchner Aids-Hilfe deutlich: Seitdem der bayerische Maßnahmenkatalog in Kraft sei, wären die Beratungen per Telefon sprunghaft angestiegen, nicht aber die persönlichen. Helga Bilitewski, Hydra, unterstrich seine Grundaussage: Es sei sinnvoller, die Rechte der Prostituierten zu stärken als sie noch stärker in Notlagen zu treiben, in denen sie sich dann vor allem zum eigenen Schaden zur Arbeit ohne Kondome gezwungen sähen. Genauso wenig wie man die Ehe abschaffe, indem man die Ehefrauen abschaffe, sei es mit der Prostitution. Die Freier würden eher noch nachlässiger, wenn Prostituierte zum Zwangstest vorgeführt würden. Sie forderte, die Freier davon zu überzeugen, daß Kondome benutzt werden müssen.

Von einer neuen Längsschnittuntersuchung mit Drogenabhängigen berichtete Walter Kindermann von der Projektgruppe Rauschmittelfragen in Frankfurt. Sie habe gezeigt, daß der Durchsuchungsgrad bei Drogenabhängigen wesentlich niedriger liege als allgemein angenommen, nämlich bei etwa 25 Prozent. Auch er bestätigte, was sich als roter Faden durch die Beiträge der meisten Experten zog: Repression treibt eher zu Verzweiflungstaten, als daß sie die Virusausbreitung stoppen könnte. Die Untersuchung habe auch gezeigt, daß sich – entgegen dem Vorurteil – auch Drogenabhängige gesundheitsbewußt und verantwortungsvoll verhielten, wenn sie nur eine Chance sähen, noch etwas aus ihrem Leben zu machen.

Wie notwendig eine stärkere Kooperation mit dem Ausland ist, betonten

die ausländischen Experten. Zu Recht, denn die Aufklärungsmaterialien, die sie zeigten oder zitierten, waren einfach deutlicher und unverkrampfter als alles offizielle Papier von hier. „Beim Seitensprung – Gummi drum!“ Diese Aufschrift zum Beispiel prangt in der Schweiz auf ganzen Plakatwänden. Meilenweit voraus sind auch die Schweden, wie aus dem Vortrag von Kjell Rindar hervorging. Seit 1923 sind dort homosexuelle Beziehungen heterosexuellen gleichgestellt. Auf den Vorschlag der Grünen, ein Anti-Diskriminierungsgesetz zu schaffen, antwortete er trocken, man möge sich hier doch erst einmal dafür einsetzen, den Paragraphen 175 abzuschaffen. Sein Vortrag war ein beeindruckendes Plädoyer dafür, Sexualität nicht zu ächten, sondern positiv zu besetzen: Alles, was heimlich zu geschehen habe, was als schmutzig und „unanständig“ gelte, werde auch gelehnet. Wer seine Sexualität ernst nehme, sei auch bereit, sich und andere zu schützen.

Rudolf Dreßler hatte zu Beginn des Workshops eingestanden, daß es auch in der SPD Irritationen gebe, selbst bei denen, die „den vernünftigen Weg“ einschlagen wollten. Als ausgesprochen vernünftig zeigte sich eine Vertreterin des Deutschen Krankenpflegeverbands: Die Krankenschwestern und -pfleger seien ihres Wissens bereit, Aidskranke zu pflegen wie jeden anderen Patienten auch. Nur solle man ihnen bitte auch die Möglichkeit dazu geben, nämlich eine fachliche Anleitung und vor allem Zeit, um die Patienten adäquat zu pflegen und die Hygienrichtlinien einzuhalten. Hoffentlich ist die Botschaft angekommen. □

# Gummi drum!

## Aids-Workshop in der SPD-Baracke

**ud – Experten diskutierten bei dem Werkstattgespräch der SPD zum Thema „Aids in unserer Gesellschaft“ am 22. September. Die Zusammensetzung der Podien versprach einiges.**

**D**ie Flure, an denen die Säle des Kölner Landgerichts liegen, kennt man von jeder größeren Verwaltung: kalt, nüchtern, da helfen auch die paar Blumenkübel der betonten Sachlichkeit nicht ab. „Herrschaftsarchitektur“, kommentiert eine Journalistin, die zur selben Verhandlung will. Man stört in diesem Getriebe.

Auch das Verfahren in Sachen Bayer gegen Bayer-Coordination stört, allein schon wegen des großen Publikumsinteresses. Neben Unterstützern der Initiative haben sich Pressevertreter und einige Anwälte vor dem Gerichtssaal eingefunden. Auf zwanzig Minuten ist die Verhandlung terminiert, in der das Gericht unter Vorsitz von Richter Huthmacher über die Klage auf Unterlassung und Widerruf befinden soll. Eingeklagt wird von der Bayer AG die Unterlassung der Äußerung: „In seiner grenzenlosen Sucht nach Gewinnen und Profiten verletzt Bayer demokratische Prinzipien, Menschenrechte und politische Fairneß.“ Widerrufen soll die Coordination den Satz: „Mißliebige

Kritiker werden bespitzelt und unter Druck gesetzt, rechte und willfährige Politiker werden unterstützt und finanziert.“

„Die kleine Fliege Bayer-Coordination, von der der große Riese Bayer befürchtet, gestochen zu werden, soll mit der juristischen Fliegenpatsche erschlagen werden“, mutmaßt die Coordination in ihrer Stellungnahme zum Prozeß. Und ihr Sprecher Axel Köhler-Schnura zeigt sich vor Beginn der Verhandlung skeptisch: Zu oft habe Bayer sich vor Gerichten durchsetzen können.

Daß der Prozeß erst jetzt stattfindet, läßt sich wohl nur auf den wachsenden Druck auf die Chemische Industrie erklären, denn der Aufruf, in dem die umstrittenen Äußerungen der Bayer-Coordination erschienen sind, ist nach deren Auskunft bereits seit 18 Monaten im Umlauf. Daß die Rechtsschutzabteilung des Konzerns eine so lange Frist zur Ausarbeitung ihrer Klageschrift braucht, wäre schon verwunderlich. Welche Bedeutung der Prozeß für Bayer hat, wird daran deutlich, daß neben ihrem Prozeßvertreter, Rechtsanwalt Bosten, auch Dr. Strucksberg, Leiter der Bayer-Rechtsabteilung, am Prozeß teilnimmt.

Das Gericht geht davon aus, daß es sich im ersten Satz der Äußerung der Bayer-Coordination um ein Werturteil handele, während der zweite Satz als Tatsachenbehauptung anzusehen sei. Entscheidend ist dabei, daß Tatsachenbehauptungen nur dann rechtmäßig sind, wenn sie wahr sind. Demgegenüber werden an das Werturteil nicht so strenge Maßstäbe angelegt. Verboten ist dort nur die sogenannte Schmähkritik, das heißt eine schwere Herabsetzung und Verächtlichmachung. Genau diesen Tatbestand sieht die Bayer AG im ersten Passus des zu verhandelnden Textes für gegeben.

Zur Klärung dieser Frage reichen dem Gericht die Ausführungen der Schriftsätze nicht aus. Was in ihnen zu den Begriffen „grenzenlos“ und „Sucht“ erörtert wird, hätte manchem Germanistischen Seminar zur Ehre gereicht. Richter Huthmacher interpretiert jedenfalls den Passus „... in seiner grenzenlosen Sucht nach Gewinnen...“ weit profaner: „Ich weiß nicht, ob Gewinnemachen überhaupt ehrenrührig ist.“

Zu dünn sind für das Gericht aber auch die Belege der Bayer-Coordination für Menschenrechtsverletzungen durch den Bayer-Konzern. In ihrem Schriftsatz haben die Anwälte der Beklagten, Wolfram Esche und Gunter Christ, Feststellungen von Amnesty International, der Nord-Süd-Kommission und des Rates der Evangelischen Kir-



# Fliegenpatsche Landgericht

## Bayer AG prozessiert gegen Bayer-Coordination

yn - Die „kleine Fliege“ Bayer-Coordination soll erledigt werden. Nach anderthalb Jahren fiel der Chefetage des Chemiekonzerns eine Broschüre auf, in der Bayer „geschmäht“ werde.

che Deutschlands zur Politik der multinationalen Unternehmen aufgeführt. Doch der Zirkelschluß „Multis verletzen Menschenrechte – Bayer ist ein Multi – Bayer verletzt die Menschenrechte“ hat keinen Beweischarakter. Mehr Konkretes zu Bayer fordert das Gericht in dieser Frage, oder wie es Richter Huthmacher in jovialem Kölsch sagt, „mehr Butter bei die Fische“.

Warum allerdings gerade über diese Passage des Aufrufs der Bayer-Coordination gestritten wird, vermag auch der Vorsitzende Richter nicht so ganz ein-

handlung, bei einer Verurteilung 12 000 bis 15 000 Mark kosten. Bei einem weiteren Beschreiten des Instanzenweges – den auch Richter Huthmacher während der Verhandlung erwartete – können sich Kosten summieren, die die finanziellen Möglichkeiten einer Initiative oder einer Einzelperson schnell überschreiten.

Wenig Aussicht auf Erfolg hat der

gel“ belegt wird, in dem von Ermittlungen der Staatsanwaltschaft gegen Vertreter des Bayer-Konzerns im Rahmen des Parteispenden-Verfahrens die Rede ist. Auf der anderen Seite ist es nicht möglich, an die Ermittlungsakten heranzukommen. Bezeichnend ist allenfalls, daß Bayer keine juristischen Schritte gegen den „Spiegel“ unternommen hat.

Ähnliche Probleme ergeben sich bei der Benennung von Zeugen für die Beispitzelung mißliebiger Kritiker. Hier steht der Anforderung des Gerichts die Angst möglicher Zeugen gegenüber, ihre wirtschaftliche Existenz aufs Spiel zu setzen. Denn, so der Schriftsatz der Beklagten, viele dieser Zeugen seien direkt oder indirekt wirtschaftlich von Bayer abhängig.

Als Spruchtermin nennt das Gericht den 20. November, 10 Uhr, Saal 222 im Landgericht Köln. Eine Beweiserhebung wird dabei nicht ausgeschlossen. Sollte es dazu kommen, wäre dies sicher ein Erfolg der Bayer-Coordination. „Ich hoffe“, erklärte Pastorin Friedel Geisler, Mitglied des Vorstands nach der Verhandlung, „daß dieser Prozeß einiges ans Licht bringt, was wir zum Beispiel über Menschenrechtsverletzungen wissen.“ Angewiesen seien sie dabei auf Solidaritätsschreiben, aber auch auf die materielle Unterstützung, um die eventuell anfallenden Gerichtskosten zu decken.

Die Bayer-Coordination hat für Prozeßspenden ein Sonderkonto eingerichtet: Internationale Koordinationsstelle – Aktiv gegen Bayer-Umweltgefährdung e. V., Sonderkonto, Postgiroamt Essen, Kto.-Nr. 453685-431. Solidaritätsschreiben sind zu richten an die Bayer-Coordination, Hofstr. 27 a, 5650 Solingen 11.

## **E in Dilemma, in dem die Bayer-Coordination steckt: Zeugen sind kaum für eine Aussage zu gewinnen. Viele von ihnen sind wirtschaftlich von Bayer abhängig**

zusehen. Nach seiner Meinung gebe es doch Dinge in dem Aufruf, die weit schlimmer für Bayer seien. Verständlicher wird dies auch nicht nach den Ausführungen von Dr. Strucksberg. Seit Jahrzehnten, erklärt er, setze sich Bayer auch öffentlich mit den anderen Vorwürfen auseinander. Die Behauptung der Menschenrechtsverletzung liege jedoch so unter der Gürtellinie, daß dies wegen der Aktionäre und besonders wegen der Beschäftigten nicht akzeptiert werden könne. Es gehe in dem Verfahren, assistiert Rechtsanwalt Bosten, nicht darum, mißliebige Kritiker mundtot zu machen, es gehe um Tausende Menschen, die von dieser Schmähkritik betroffen seien.

Mundtot machen kann man mit solchen Prozessen schon. Allein die erste Instanz würde, so äußern die Anwälte der Beklagten, Wolfram Esche und Gunter Christ nach der Ver-

Vorschlag des Gerichts, sich zu einigen. Bereits das energische Kopfschütteln Dr. Strucksbergs macht deutlich, daß von seiten der Bayer AG eine Einigung ausgeschlossen wird. Und auch die Vertreter der Bayer-Coordination sehen keine Möglichkeit einer einvernehmlichen Lösung.

Zu klären bleibt für das Gericht die Frage der Beweislast in der Klage auf Widerruf. Zwar muß derjenige, der einen Widerruf erreichen will, den Beweis für die Unwahrheit der Tatsachenbehauptung erbringen. Allerdings handelt es sich nach Auffassung des Gerichts im vorliegenden Fall um ein Pauschalurteil, das man nicht widerlegen könne. Deshalb seien erweiterte Anforderungen an die Darlegungspflicht des Behauptenden zu stellen.

In diesem Punkt steckt die Bayer-Coordination in einem Dilemma. Es reicht für das Gericht nicht aus, daß der Vorwurf der Unterstützung willfähriger Politiker mit einem Artikel des „Spie-



**Christiane Färber, Peter Frese, Hildegard Matthies, Krebsgefährdung am Arbeitsplatz. Kooperationsstelle DGB-Gewerkschaften/Hochschule und Sozialwissenschaften und Gesundheit e. V., Hamburg 1987, 126 Seiten**

Wie fruchtbar die hierzulande leider immer noch zu seltene und nicht unkomplizierte Zusammenarbeit zwischen Gewerkschaften und Hochschul-Wissenschaftlern sein kann, zeigt eine Broschüre, die unlängst von der Kooperationsstelle Gewerkschaften-Hochschule des DGB Hamburg und dem Verein „Sozialwissenschaften und Gesundheit“ vorgelegt wurde.

Zum Thema „Krebsgefährdung am Arbeitsplatz“ haben sich die Verfasserinnen und Verfasser bemüht, leicht verständliches Material aus verschiedenen Untersuchungen im Bereich der Krebsforschung zusammenzutragen und – gekürzt gekürzt – für den Gebrauch betrieblicher und gewerkschaftlicher Praktiker aufzubereiten. Was Krebs eigentlich ist, wie er entsteht und welche Zusammenhänge zwischen beruflicher Tätigkeit und Krebsrisiken existieren, darüber kann man sich anhand der Broschüre auf knappen 20 Seiten informieren. Daß hierbei nicht bis in die letzten Verästelungen aller Theorien zur Krebsentstehung eingegangen wer-

den kann, leuchtet selbstverständlich ein.

Weniger einleuchtend ist dagegen, warum in der Broschüre ein Kapitel fehlt, in dem auf die Möglichkeiten betrieblicher Gegenwehr gegen die alltägliche Krebsgefährdung am Arbeitsplatz eingegangen wird. Welche Möglichkeiten haben Beschäftigte, gewerkschaftliche Vertrauensleute und Betriebsräte, arbeitsbedingte Krebsgefährdungen überhaupt zu erkennen? Welches rechtliche Instrumentarium steht Belegschaftsvertretern zur Verfügung, um berufsgenossenschaftliche und arbeitsmedizinische Untersuchungen zur Ermittlung von krebserregenden Stoffen und gefährdeten Beschäftigten-Gruppen durchzusetzen? Auf welchem Weg kann das Krebsrisiko am Arbeitsplatz verringert werden? Gibt es hierfür Beispiele, die zur Nachahmung anregen könnten? Diese und andere Fragen hätten es verdient, behandelt zu werden. Ein dreiviertelstündiger Überblick über „Ansätze zur Verbesserung der Situation“ und der Verweis auf den abgedruckten „20-Punkte-Katalog des DGB zu gefährlichen Arbeitsstoffen“ reichen hierfür nicht aus.

Informativ für den Leser ist der Abdruck einer Diskussion zwischen Gewerkschaftern und Wissenschaftlern zur Krebsgefährdung am Arbeitsplatz. Hier wird deutlich, welch große Kluft

noch immer zwischen den alltäglichen Erfahrungen von Beschäftigten im Umgang mit krankmachenden Arbeitsbedingungen und Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz und dem methodischen Herangehen auch noch so wohlmeinender Betriebsärzte und Wissenschaftler besteht und welche „Annäherungsarbeit“ hier von beiden Seiten noch geleistet werden muß.

Als nützlich für die unmittelbare betriebliche Praxis und die Informationsvermittlung im Rahmen gewerkschaftlicher Bildungsarbeit ist auch die Zusammenstellung ausgewählter krebserregender Arbeitsstoffe und ihrer möglichen oder wahrscheinlichen Verbreitung an einzelnen Arbeitsplatztypen anzusehen. Arbeitskreisen für Arbeitsschutz auf der Ebene der DGB-Kreise können solche Zusammenstellungen als Vorbild für regionale und lokale Aktivitäten auf diesem Gebiet dienen. Die vorliegende Broschüre, die beim DGB Kreis Hamburg, Kooperationsstelle Gewerkschaften/Hochschule (Bessenbinderhof 56, 2000 Hamburg 1) bezogen werden kann, eignet sich für einen ersten Einstieg in das Thema – vor allem in der gewerkschaftlichen Bildungsarbeit. Schade, daß der skizzierte Aspekt betrieblicher Gegenwehr allzu kurz kommt. Aber das ließe sich in einer weiteren Broschüre durchaus nachholen.

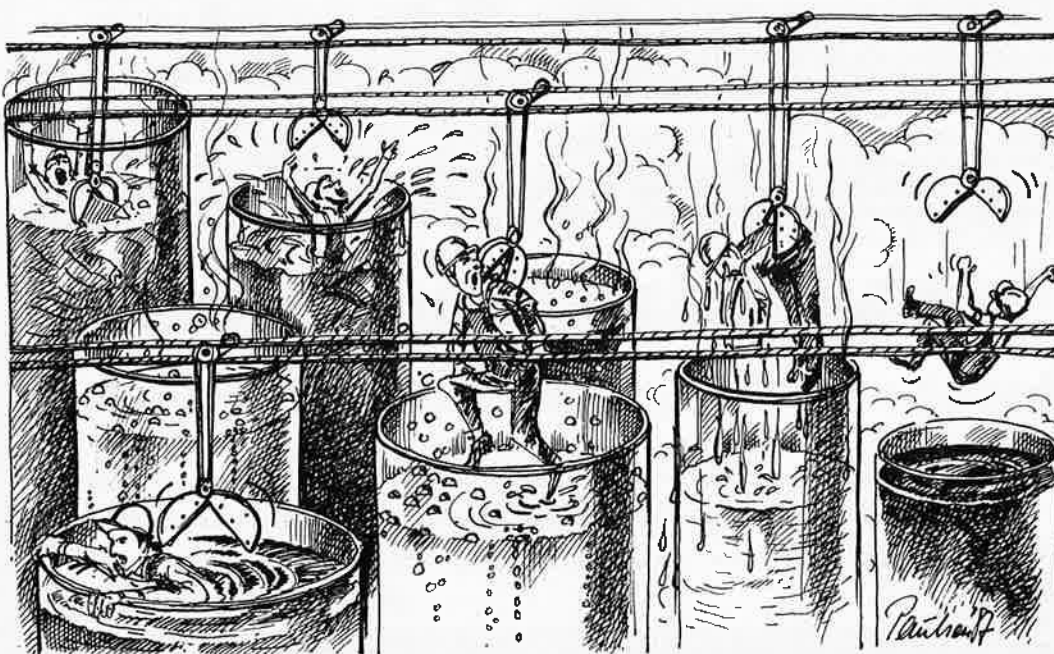
kp

**Robin Norwood, Wenn Frauen zu sehr lieben. Die heimliche Sucht, gebraucht zu werden, Reinbek 1986. Rowohlt Verlag, 352 Seiten, 29,80 Mark**

Jede Woche gucke ich nach, wann denn endlich dieses Buch aus den Bestsellerlisten verschwunden sein mag. Bisher ist es noch der Spitzenreiter und wird es wohl noch einige Zeit bleiben. Offensichtlich trifft das Buch oder zumindest das Gebrauchswertversprechen des Titels einen wunden Punkt: Es muß Unmengen von Frauen geben, die glauben, zu sehr zu lieben.

Wer sich darüber wundert, überschätzt das, was die Frauenbewegung tatsächlich hat verändern können. Hat sich denn irgend etwas Grundsätzliches an der Lage der Frauen getan? Die ungleiche Bezahlung und Anerkennung ihrer Arbeit, die sexuelle Unterdrückung, ihre Nicht-Beteiligung bei politischen Entscheidungen, ihre fehlende Teilhabe an gesellschaftlichen Entscheidungen, ihr minimaler Anteil in Spitzenpositionen? Wieso sollte heute weniger gelten, daß Frauen fürs Gefühl, Männer für das Geld zuständig sind? Das, was sich wirklich geändert hat, ist offensichtlich, daß Frauen es heute kritisch beurteilen, wenn sie sich selbst nur über ihren Partner definieren, wenn sie „zu sehr lieben“.

Norwood macht es allerdings auch allen leicht, sich angesprochen zu fühlen. In ihren 15 Kriterien für eine Person, die zu sehr liebt, wird sich „irgendwie“ jede wiederfinden. Wer denkt nicht manchmal, daß der Partner nicht zu einem paßt, daß er liebevoller und aufmerksamer sein könnte? Wer kommt nicht aus einer Familie, die Teile der Realität verleugnete? Wer ist nicht manchmal depressiv? Wer fällt nicht manchmal darauf herein, was uns Tag für Tag suggeriert wird, nämlich daß man sich sein Glück verdienen muß? In dieser Gemeinschaft der Leidenden ist eigentlich jede drin, auch die Autorin selbst, die die Gemeinschaft umarmend mit „wir“ anredet: „Wenn Liebe für uns gleichbedeutend ist mit Schmerz und Leiden“, so steigt sie schon im ersten Satz in die Vollen. Wer sich schon einmal mit Rhetorik beschäftigt



hat, findet hier ein klassisches Mittel der Anbindung des Hörers oder Lesers wieder: die Konstruktion eines Wir-Gefühls.

Norwood will im Hauptteil des Buches an einer Reihe von Frauen zeigen, daß „zu sehr lieben“ eine Krankheit ist. Sie benähmen sich wie Ko-Alkoholikerinnen, also wie allzu verständnisvolle Partnerinnen, die dadurch die nicht gewünschte Verhaltensweise des Partners nur noch fördern würden. Andererseits zögen sie aber auch nur solche Männer an, die sie ändern oder retten wollten. So weit, so gut. Märtyrertum und Helfersyndrom sind bei Frauen sicher weit verbreitet. Tatsächlich aber ist die „Sucht“, vom Partner gebraucht zu werden, nichts als die konsequente Form weiblichen Rollenverhaltens, das sich auf „Beziehungsarbeit“ konzentriert.

Peinlich wird es, wenn Norwood zum Punkt „Erklärungen“ kommt und wenn sie Lösungen anbietet. Alle dürfen jetzt mal raten, warum Frauen so sind. Na? Wegen ihrer Kindheit natürlich. Aber das kann man ganz einfach ändern: Man erkennt es, wendet ein paar heiße Tricks an, gründet eine Selbsthilfegruppe und hört dann einfach damit auf.

Daß es eine Gesellschaft gibt, die Frauen verändern müssen, wenn sie sich in ihr wohl fühlen wollen, oder daß Männer verändert werden müßten, wenn Frauen sie lieben sollen, das fällt unter den Tisch. Es wird sogar ausdrücklich davor gewarnt, mehr ändern zu wollen als sich selbst. Um glücklich zu werden, müsse man vielmehr akzeptieren lernen: „Akzeptanz ist die Bereitschaft, die Realität zu erkennen – ohne das Bedürfnis, sie verändern zu wollen.“

Helfen soll auch, „die eigene Spiritualität“ zu entwickeln. Das funktioniert so, daß man sich vor einen Spiegel stellt und sich diverse Sprüche vorsagt. Kostprobe: „Ich bin frei und von Licht erfüllt.“ Für Frauen, die dabei in schallendes Gelächter ausbrechen, gibt es aber auch Alternativen, zum Beispiel: „In jedem meiner Lebensbereiche werde ich zu größtem Glück geführt.“ Norwood weiß auch, von wem: von einer höheren

Macht, denn es sei eine ungeheure Erleichterung, „wenn Sie alles, was Sie nicht bewältigen können, einer Macht übergeben, die größer ist als sie selbst“. Warum dann nicht gleich in eine Sekte gehen?

Wie eine Sektenführerin garantiert Norwood einen hohen Lohn, allerdings erst nach „jahrelanger Arbeit, die den ganzen Einsatz fordert“. „Ihre Genesung wird ihr Leben weitergehend verändern, als ich es Ihnen an dieser Stelle prophezeien kann.“ Die zu neuem Heil gelangte Frau werde sich nämlich selbst vollständig akzeptieren, sie akzeptiere andere, so wie sie sind, sie stehe mit ihrem Körper in Einklang, sie sei offen, vertrauensvoll, habe liebevolle Freunde und – man höre und staune – sie schaue nicht länger drein „wie eine zornige Intellektuelle“. Vielmehr werde ihr Gesicht etwas „Fraulichs, Erwartungsvolles“ ausdrücken, wie der Fall der Klientin Ann beweise. Norwood verspricht in der Tat viel.

Zunächst aber müssen noch potentielle Kritikerinnen ausgeschaltet werden. Bei Norwood geht das mit einem einfachen rhetorischen Kniff, der so klassisch ist, daß er hier vollständig zitiert sein soll: „Wenn die Bezeichnung ‚zu sehr lieben‘ auf Sie zutrifft und die Lektüre Sie trotzdem kaltläßt, wenn Sie sich dabei langweilen, vielleicht sogar ärgern, dann schlage ich Ihnen vor, es vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt erneut zu lesen. Wir alle müssen gelegentlich Erkenntnisse abwehren, weil es zu schmerzhaft oder zu bedrohlich für uns wäre, sie zu akzeptieren.“ Kritikerinnen also sind solche, die noch nicht in der Lage sind, zu erkennen, wie süchtig sie sind. Päng, erledigt. Denen, die sich zwar ärgern, aber trotzdem noch nicht angeekelt das Buch beiseite gelegt haben, sei Trost verkündet, denn Übermutter Norwood vergibt: „Abwehr ist ein natürlicher Selbstschutz.“

Hoffentlich setzt der natürliche Selbstschutz bei vielen Frauen ein, die das Buch in ernsthafter Erwartung auf eine Hilfestellung gekauft haben. Daß viele dem Rat, eine Selbsthilfegruppe zu gründen, gefolgt sind, muß meines Erachtens nicht dagegen sprechen.

ud



**Rolf Rosenbrock, Sozialwissenschaftler und dg-Herausgeber**



**Sabine zur Nieden, Ärztin und „emma“-Redakteurin**



**Gunar Stempel, niedergelassener Arzt und dg-Redakteur**

**„Ich lese gerade zwei wunderbare Bücher. Das eine ist ganz unbekannt. Es heißt ‚Epidemiology and Health Policy‘ von Sol, Lewine und Lilienfeld und zeigt, daß die Gesundheitspolitik so gut wie nie auf epidemiologisch meßbare Fakten reagiert. Das andere, ‚Keine Angst vor der Angst‘ von Klaus Heilmann und John Urquhart, ist kein Psycho-Thriller. Es ist ein rechtes Buch, in dem es um die Abwägung verschiedener Risikoklassen geht.“**

**„Ich lese gerade die Klassiker Kinsey und Masters/Johnson. Jeder kennt sie, aber kaum jemand hat sie gelesen. Dabei steckt sehr viel drin: Kinsey zum Beispiel ist in dem Band über Frauen gut, in dem über Männer aber ausgesprochen frauenfeindlich. An Masters/Johnson gefällt mir die Vorurteilslosigkeit der Herangehensweise. Sie haben viel Klarheit in diesen mystifizierten Bereich gebracht. Außerdem lese ich ununterbrochen den Ikea-Katalog, weil ich gerade umziehe.“**

**„Zur Zeit lese ich Bernt Engelmanns Buch über den Arzt Wilhelm Jacoby, der in der Paulskirchenbewegung eine große Rolle spielte. ‚Die Freiheit! Das Recht!‘ ist ein ganz hervorragendes Buch, weil es eine Person ans Licht holt, die völlig aus der Geschichte verdrängt wurde. Ich finde es auch spannend zu lesen, weil ich in der Schule etwas ganz anderes über diese Zeit gelernt habe.“**

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Dappe (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 Skrobles (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)

**Ausbildung:** Uschi Thaden (uth), **Demokratisierung:** Edl Erken (ee), **Frauen:** Karin Kleeseyer (kk), Monika Gretenkott (mg), **Ethik:** Helmut Copak (hc), **Frieden:** Walter Popp (wp), **Gewerkschaften:** Norbert Andersch (na), **Historisches:** Helmut Koch (hk), Peter Liebermann (pl), **Internationales:** Gunar Stempel (gst), Stefan Schölzel (sts), **Krankenpflege:** Kirsten Jung (kj), **Gesundheitspolitik:** Matthias Albrecht (ma), Klaus Priester (kp), **Pharma:** Ulli Raupp (urp), **Prävention/Selbsthilfe:** Uli Menges (um), **Psychiatrie:** Joachim Gill-Rode (jgr), **Standespolitik:** Gregor Weinrich (gw), **Umwelt:** Peter Walger (pw).

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

**Redaktionskonto für Spende:** Sonderkonto Norbert Andersch, Postgrosamt 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: Postgrosamt Köln 6514-503, Stadtsparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

Abonnementsrechnungen sind innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Ausstellung zu begleichen. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres eine Kündigung zum Jahresende beim Vertrieb eingegangen ist. Preis (Jahresabonnement): 51,- Mark inkl. Porto.

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Dezemberheft: 10. November 1987

Graphik: Christian Paulsen, Michael Westermeyer

Titelblatt: Thomas Fischer

Layout: Ursula Daalman, Joachim Neuschäfer, Ulli Raupp

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

**ISSN: 0932-5425**

## DIE GUTE KRANKENSCHWESTER

zeichnet sich aus durch:



FACHWISSEN  
UND KÖNNEN



FEINFÜHLIGKEIT  
UND GEDULD



GESPRÄCHSBEREITSCHAFT  
GEGENÜBER PATIENTEN



# wir über uns

## dg-Seminar

Wir haben mal wieder geplant. Am Wochenende vom 26. bis 27. September bevölkerten dg-Herausgeber, Redakteuren und -teure, und erstmals auch zugehörige Männer, Frauen und Kinder – von den Kegeln ganz zu schweigen – die Idylle der Familienbildungsstätte „Villa Schaaffhausen“ in Bad Honnef. Durch Vollwertkost und Rauchfreiheit wurden Köpfe und Körper entschlackt (Edi war dem Entzug nahe). Die Kritik des letzten Jahres und Perspektiven für 1988 standen auf dem Programm. Viel Lob für unsere Hauptamtlichen, besonders auch für die neue Aufmachung seit Januar 1987, war angesagt. Inhalt und Themenauswahl bekamen allseits gute Noten. Es fehlte an Reportern und Reportagen, ein Manko, daß sich jedoch mit „Feierabendjournalismus“ kaum lösen läßt. In einem kleinen journalistischen Fortbildungsseminar wurde Interviewtechnik geübt: Motto: Wie erreiche ich, daß der Befragte das sagt, was ich hören will? Wie entlocke ich ihm Konkretes statt der ewigen Allgemeinplätze?

Die Planung der Schwerpunktthemen war nicht nur Ergebnis ausführlicher Diskussion über die gesundheitspolitische Entwicklung, sondern zeigte auch vielfach,

womit sich die Redakteure persönlich und an ihrem Arbeitsplatz gerade herum-schlagen:

„Psychosoziale Versorgung von Aids-Kranken“ hat sich Helmut Copak für Januar vorgenommen, im Februar plant Matthias Albrecht einen Report über „Arbeitszeitverkürzung als Krankheitsprävention“. „Gesundheit im Straßenverkehr“ und „Situation von Ärztinnen“ heißen die Arbeitstitel der Schwerpunktthemen, die sich Ulli Menges und Monika Grentkort vorgenommen haben. Die Bürofrau/-mannschaft Ursula Daalman und Yogi Neuschäfer will unbedingt auf Spesen Essen gehen: „Essen in Krankenhauskantinen“ nehmen sie unter die Lupe.

Weitere Themen: „Ambulante Versorgung in der DDR“ (Norbert Andersch), „Umgang des Medizinbetriebes mit Alkoholkranken“ (Edi Erken), „Ambulante Krankenpflege“ (Gregor Weinrich) und „Datenschutz im Krankenhaus“ (Walter Popp). Alle, die darüber hinaus oder auch für diese Themen Vorschläge haben und mitarbeiten wollen, sind herzlich aufgefordert.



## dg-Kontakte

**Aachen:** Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 75459; **Ansbach:** Brigitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 14144; **Berlin:** Hermann Ditttrich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8226328; **Bonn:** Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5202 St. Augustin 2 (Ilangelar), Tel. (02241) 29178; Stefan Schölzel, In der Asbach 29, 5305 Alf-er-Impokoren, Tel. (0228) 8420034; Kurt Straif, Reuterstr. 121, 5311, Tel. 212696; Gregor Weinrich, Schumannstr. 30, 5311, Tel. 219776; **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, Neutischer Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kühlenweg 22, 4800 Dortmund 50, Tel. (0231) 753880; Detlev Uhlenbrock, Droste-Hülshoff-Str. 1, 4611, Tel. 421768; **Düsseldorf:** Joachim Gill-Rode, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 349204; **Duisburg:** Thomas Wettig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (0203) 342188; **Essen:** Christian Paulsen, Overbeckstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 743731; Norbert Andersch, Pollerbergstr. 22, Tel. 747131; Walter Popp, Sunderholz 32, 4311, Tel. 441630; **Flensburg:** Ralf Güppers, 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, Faßweg 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) 818668; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02324) 67410; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 474101; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Parkstr. 19, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 849948; **Kassel:** Matthias Dippel, Walzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 54925;

Thomas Melchor, Tannengrund 33, 8950 Kaufbeuren 2, Tel. (08341) 2684; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinborgron 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8424; **Köln:** Peter Liebermann, Gartheistr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 763844; Helmut Schaaß, Berrenrather Str. 359, 5141, Tel. 443818; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 503356; **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, 4060 Mönchengladbach 2, Tel. (02168) 44157; **Mühlacker:** Helmut Jäger, Hermann-Hesse-Str. 43, 7103 Mühlacker, Tel. (07041) 15399; **München:** Margret Lambert, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 781504; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; Barbara Halbelsen-Lehnert, Hoyastr. 11, Tel. 287431; Uli Menges, Davensberger Str. 10a, Tel. 788399; Ulli Raupp, Peter Walger, Willi-Iölscher-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 Skoblies, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06156) 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) 52796; **Ulm:** Wolf Schleinzler, Raschweg 12, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 68088; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmatal 1, Tel. (02163) 4191; **Westerland:** Achim Harms, Norderstr. 81, 2280 Westerland/Sylt, Tel. (04661) 27925; **Wiesbaden:** Brigitte Ende-Scharf, Matthias-Claudius-Str. 11, 6200 Wiesbaden, Tel. (06121) 300214; **Wuppertal:** Michael Stinner, Meiningen Str. 17, 5600 Wuppertal 22, Tel. (0202) 649687.



**D**atenschutz im Gesundheitswesen,  
EDV im Krankenhaus,  
Sozial- und Bettenabbau, 35-Stunden-Woche im Medizin-  
bereich, Probleme der Frauen in Pflegeberufen,  
Ganzheitspflege und alternative Heilmethoden.  
Kritisches über Medikamente, Adressen  
von Selbsthilfegruppen, Gesundheits-  
läden, ÖTV, AIDS-Initiativen,  
Gesundheitsmemorandum-Gruppe,  
IPPNW, Krankenpflege gegen Krieg,  
Pro Familia, Medico International  
und vieles mehr.

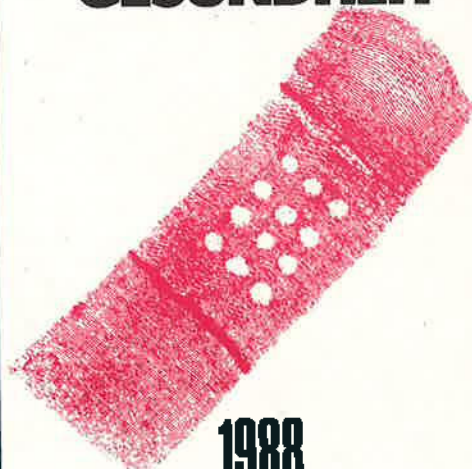
Zwischen  
Karikaturen und frechen  
Sprüchen ist der Raum  
für private Notizen  
und Termine.



**Gesundheit –  
Tag für Tag  
1988**

Taschenkalender mit  
flexiblem Einband.  
320 Seiten, DM 12,80

**GESUNDHEIT**



**1988  
TAG FÜR TAG**

**PAHL-RUGENSTEIN** Unsere  
Bücher  
sind Lebens-Mittel.