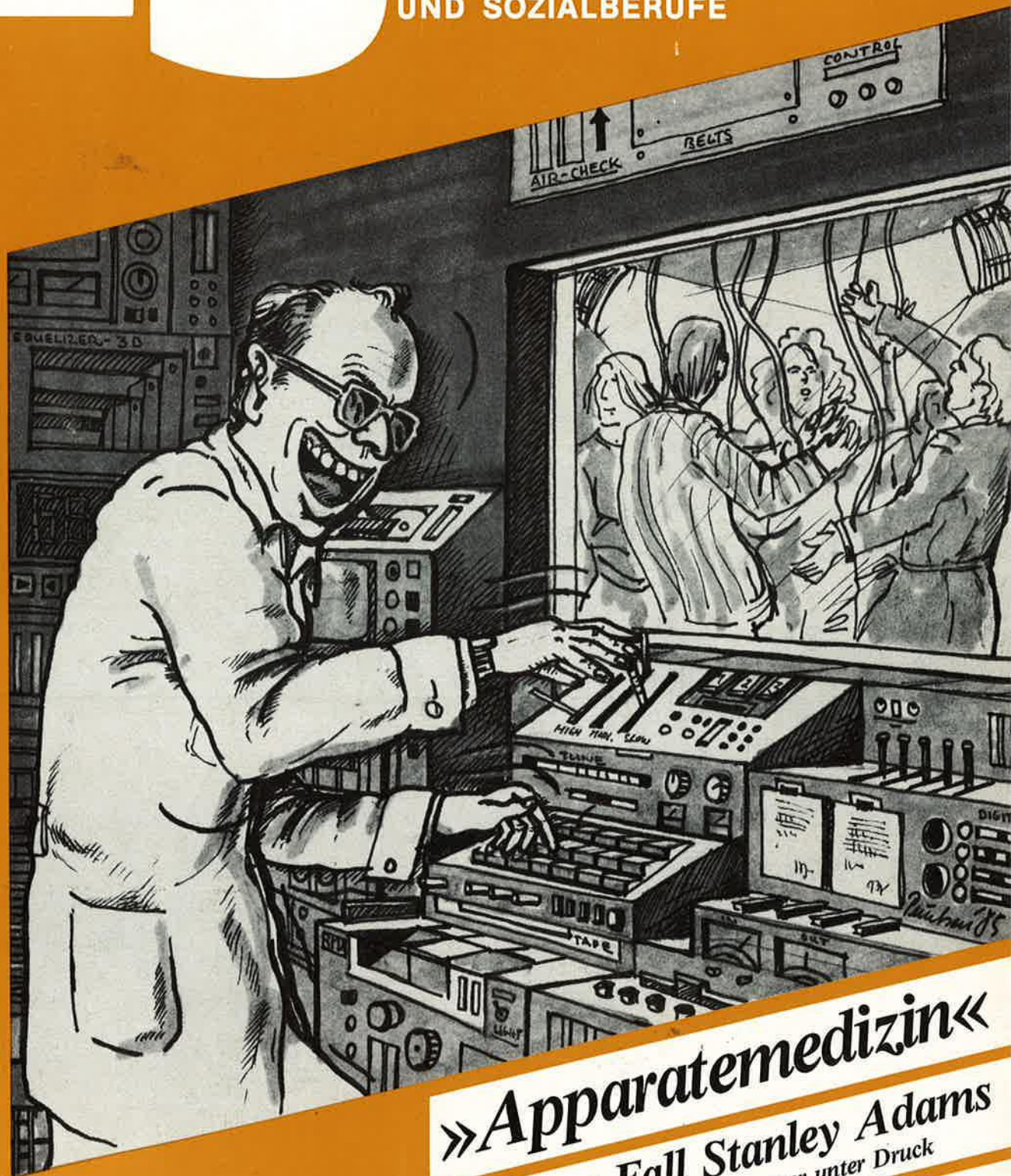


dg

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE



»Apparatemedizin«

Der Fall Stanley Adams
Ehemaliger Roche-Manager unter Druck

LVA zu Aids
Keine Drogentherapie für Erkrankte

der kommentar

dg-Redakteur Gre-
gor Weinrich ist Ra-
diologe in Siegburg
im Rheinland



»Tempolimit« für den Umwelt- schutz?

»Liebe Ingelore! Ohne Dich kann ich nicht leben. Ich werde jetzt das Fenster öffnen und tief durchatmen...« Fast vergessen haben sicher auch die dg-Leser den Smog-Alarm vom Februar dieses Jahres. Verdrängt durch Boris Becker, Rainbow Warrior, Formaldehyd, Diäthylenglykol und sauren Regen. Aber nicht nur die Presse, sondern auch die bundesdeutsche Umweltpolitik handelt sich von Skandal zu Skandal.

Galt es noch vor zehn Jahren als fast verfassungsfeindlich, wenn in Brokdorf, Wyhl oder Grohnde demonstriert wurde, so dürfen die Atomkraftgegner heute mit einer gnädigen Presse rechnen — die Probleme sind die gleichen geblieben.

Scheinbar nahtlos haben sich die großen Parteien des Themas Umwelt bemächtigt. O-Ton Friedrich Zimmermann: »Für die Unionsparteien gehört die Bewahrung, aber auch die überlegte Gestaltung der Umwelt zu den großen Aufgaben der Gegenwart und Zukunft.« Er verbringt nach eigenen Angaben mehr als 80 Prozent seiner Zeit mit der Umweltpolitik.

Daß er hierbei wenig erfolgreich ist, ist der Öffentlichkeit spätestens seit dem Scheitern der EG-Verhandlungen um die Einführung von Katalysatoren bekannt. Nicht nur Zimmermann, sondern auch die Industrie hätten von der generellen Einführung von Katalysatoren profitiert. Gezahlt hätten Verbraucher und der Staat. Der Nutzen dieser Maßnahme bliebe umstritten, zumal da ähnliche Techniken bei Lastkraftwagen noch nicht zur Verfügung stehen und der Katalysator im Hochgeschwindigkeitsbereich eh unwirksam wird. Vor der Einführung von Tempo 100 schreckte die Bundesregierung zurück, obwohl dies die einfachste und billigste Sofortlösung gewesen wäre. Dies auch noch durch Tempolimit-großversuche untermauern zu wollen, ist lediglich Beschäftigungstherapie. Zu den Auswirkungen des Tempolimits auf die Umwelt konnte die jüngst beendete hessische Studie keine Stellung beziehen — und zur Untermauerung der Tatsache, daß Tempo 100 Unfälle verhütet, wäre der Versuch nicht nötig gewesen. Doch Tempolimit ist unpopulär, vor allem, wenn die Autoindustrie mit ihrem Untergang droht.

So ebten auch die Aktivitäten der Parteien und Umweltverbände schnell ab oder wurden durch neue Ereignisse überrollt. Befürworter des Tempolimits finden heute in der Öffentlichkeit kaum noch Gehör. Schwerpunkt der Politik der Grünen soll im Herbst, bedingt durch Weinskandal und BBU-Zerfall, eine Verbraucherschutzkampagne sein. Weitere Themen sind Wasserreinhaltung, Straßen- und Autobahnausbau und die Demonstration am 12. Oktober in München »Wackersdorf ist überall«. Von der SPD sind umweltpolitische Aktivitäten derzeit nicht zu vernehmen. Dabei wäre anknüpfend an die Tempo-100-Diskussion die Erörterung weiterer Maßnahmen zur Verringerung der Stickoxid-Immission notwendig. So belasten Stickoxid-Abgase aus Kraftwerken die Umwelt kaum weniger als die Personenkraftwagen.

Was fehlt, ist eine klare umweltpolitische Strategie — und dies ist für die Grünen langfristig sicher wesentlich bedrohlicher als für die SPD oder die CDU. Grundlage einer solchen Strategie müßte die konsequente Anwendung des Verursacherprinzips bei demokratisch gesteuerter Planung der ökologischen Entwicklung sein. Hier besteht für die Grünen sicher eine Marktlücke, in der sich auch die Nachrücker profilieren könnten, zumal da die SPD trotz Eppler und Lafontaine an dem Sowohl-als-auch, der Gleichstellung des Verursacherprinzips mit dem Gemeinlastenprinzip, festhält. Der nächste Smog-Alarm kommt bestimmt.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE

Inhalt

10/85

dg-Report

- Kleines Kernspintomogramm gefälltig?
Der Boom in der medizinischen Großtechnik 10
- Fein manövriert
Niedergelassene sichern sich ihren Anteil 14

Psychiatrie

- »Wir sind wie der König Midas«
Interview mit dem italienischen Psychiater
Lorenzo Torresini 16

Aktuelle Gesundheitspolitik

- Geburtsfehler
Hebammengesetz mit Mängeln 18
- Gekonntes Abspiel
Rheinland-Pfalz startet Bundesratsinitiative
zur »Abtreibung auf Krankenschein« 23
- Die Heiligung der Kirche
durch das Bundesverfassungsgericht
Zum Urteil gegen Dr. Rommelfanger 26
- »Den Verbraucher mobilisieren«
Interview mit Gerd Billen-Girmscheid
von der »Verbraucherinitiative« 32

Gesundheitsversorgung

- »Entlassung geboten«
LVA zu Aidspatienten 19
- »Wenn sie nicht wiederkommen — bitte«
dg zu Besuch in einem »Gesundheitszentrum« 24

Pharma

- Der Leidensweg des Stanley Adams
Roche bekämpft seinen Ex-Manager 20

Kultur

- Leonardo da Vinci als Anatom 28

Internationales

- Weißer Elefant
Prestige-Gesundheitspolitik
auf den Philippinen 30

Dokumente

- Rita Süßmuth, Ilona Vallentin-Pralat:
Frauenbeschäftigung und neue Technologien —
Konsequenzen für die Qualifizierung I-IV

Rubriken

- Aktuelles 4
- Kleinanzeigen/Termine 9
- Buchkritik 33
- Comix 34
- Wir über uns/Impressum 35



Foto: Siemens

Nach dem kurzen Zeitalter des Computertomographen ist in der Medizin schon wieder eine neue Ära angebrochen: die des Kernspintomographen. Detlev Uhlenbrock zu den Folgen der Apparatemedizin für Ärzte und Patienten. Seite 10



Stanley Adams war Manager bei Hoffmann LaRoche. Als er dubiose Geschäftspraktiken dort kennenlernte, meldete er sie dem EG-Kommissar. Von da an wurde er seines Lebens nicht mehr froh. Seite 20



dg besuchte ein »Gesundheitszentrum« in Bremen. Was das ist und wie es dort aussieht, lesen Sie auf Seite 24



SPD legt Entwurf zur AO-Novelle vor

Die SPD-regierten Bundesländer wollen dem Bundesrat einen Alternativentwurf zur Novelle der Approbationsordnung vorlegen. Der Regierungsentwurf zur fünften AO-Novelle, der bereits im vergangenen Jahr vorlag, wird zur Zeit im Bundesgesundheitsministerium überarbeitet.

Regierungsdirektor Erdmann vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Land Nordrhein-Westfalen erläuterte Mitte September vor Studentenvertretern die Auffassung der sozialdemokratischen Landesregierungen. Der Entwurf sieht ebenso wie der Vorschlag der Regierung die von der Bundesärzteordnung vorgeschriebene Praktikumsphase (»Arzt im Praktikum«) vor. Im Unterschied zur Bundesregierung wollen die SPD-Länder zusätzliche Kurse zur Einführung in das ärztliche Berufsfeld schon in den vorklinischen Semestern einführen. Dafür sollen Kurse in den Naturwissenschaften künftig entfallen. Im klinischen Teil des Studiums sieht der Entwurf eine Differenzierung in Haupt- und Wahlfächer vor. Außerdem planen die Länder einige Änderungen im

Prüfungssystem. So sollen kollegiale mündliche Prüfungen eingeführt werden.

Studentenvertreter zeigten sich enttäuscht von den vorgesehenen Änderungen. Insbesondere wird geargwöhnt, der Wegfall teurer naturwissenschaftlicher Kurse und die Einführung von Wahlfächern könnten Verringerungen in den Studienplatzkapazitäten vorbereiten.

Klinikträger haften bei Verschulden

Auch Krankenhausträger können für die Folgen fehlerhafter medizinischer Behandlung haftbar gemacht werden, wenn der Fehler nicht auf Verschulden eines einzelnen Arztes, sondern auf organisatorische Defizite und auf Personal-mangel zurückzuführen ist.

Dies geht aus einem Urteil des Bundesgerichtshofs hervor. Im konkreten Fall hatte ein Patient wegen eines Narkosezwischenfalls einen schweren Hirnschaden erlitten. In der Begründung für das Urteil wies der BGH darauf hin, daß in einer Klinik nur Operationen vorgenommen werden dürften, die anästhesiologisch ordnungsgemäß betreut werden könnten.

Braunschweig: Blei im Blut?

Im Regierungsbezirk Braunschweig hat am 1. September ein Pilotversuch begonnen, über den das Sozialministerium von Niedersachsen Aufschluß über die Bleibelastung von Schwangeren, Neugeborenen und Säuglingen bekommen will. Allen Neugeborenen des Bezirks soll bei Einverständnis der Eltern eine Blutprobe entnommen und auf ihren Bleigehalt untersucht werden, wie das Ministerium erklärte. Der Untersuchungsbefund werde anschließend den Eltern und dem Krankenhaus, das die Probe verschickt hat, mit einer Bewertung zugestellt. Bei den Kindern, deren Blutbleiwert 15 Mikrogramm pro 100 Milliliter Blut übersteigt, soll nach sechs Monaten eine zweite Untersuchung vorgenommen werden.

Nach neuesten Ergebnissen der Weltgesundheitsorganisation WHO) können Bleiwerte ab 20 Mikrogramm eine erhebliche Gefährdung für Säuglinge und Kleinkinder bedeuten, vor allem für die Entwicklung der Hirnzellen.

»Demokratische Ärzte« gegen Zeitverträge

Unbefristete Arbeitsverträge für Krankenhausärzte, die Verringerung der Fluktuation ärztlichen Personals durch Vermeidung von Ein- oder Zweijahresverträgen, Lebensstellungen für Fachärzte in Kliniken und die Schaffung zusätzlicher Stellen zum Abbau der Überstunden und Bereitschaftsdienste hat die Arbeitsgemeinschaft der »Listens demokratischer Ärzte« gefordert. Die Arbeitsgemeinschaft befürchtet, durch die geplante Praxisphase nach dem Medizinstudium, für die bestehende Assistentenstellen gedrittelt werden sollen, werde die Fluktuation in den Krankenhäusern statt dessen weiter erhöht. Die Festschreibung von Zeitverträgen für Ärzte bedeute für diese Berufsgruppe eine Schlechterstellung gegenüber allen anderen Bereichen des Öffentlichen Dienstes. Damit würden auch kritische Tendenzen in den Kliniken von vornherein abgewürgt.

Kongreß gegen Atomkrieg:

Wer, wo, wie, was?

An jedem der vier Kongreßtage wird ein besonderes Thema debattiert. Einige Berühmtheiten haben sich angemeldet.

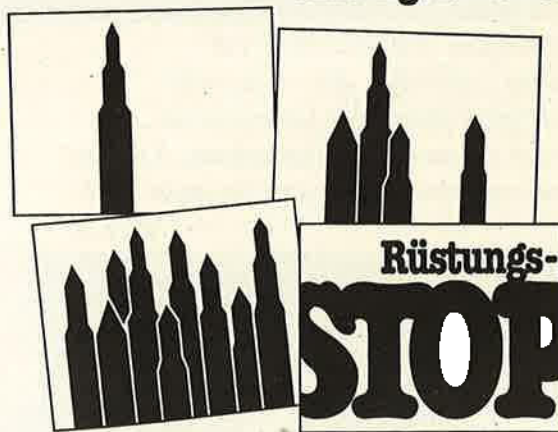
Unter dem Motto »Vierzig Jahre nach Hiroshima — Rüstungsstopp! Abrüsten!« wird zwischen dem 31. Oktober und dem 3. November 1985 der mittlerweile fünfte »Medizinische Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges« stattfinden. Tagungsort ist diesmal Mainz.

Jeder der vier Kongreßtage steht unter einem besonderen Thema. Eröffnet wird das Treffen am Donnerstag, dem 31. Oktober mit einem Beitrag des IPPNW-Geschäftsführers Till Bastian zu »Offenen Fragen der Friedensbewegung«, dem Thema des ersten

Tages. Anschließend wird die katholische Schriftstellerin Luise Rinser zu »Widerstand und Hoffnung« sprechen. Für den zweiten Tag, an dem es um den »Stand des Wetrüstens« gehen soll, sind unter anderem Vorträge des Ex-Bundeswehr-Generals Gert Bastian, des Friedensforschers Alfred Mechttersheimer und des Frankfurter Sozialwissenschaftlers Hans-Ulrich Deppe vorgesehen. Den Abschluß dieses Tages wird eine Podiumsdiskussion zum Thema »Dritte Welt und Krieg« bilden.

»Ohnmacht und Hoffnung« ist das Thema des Samstags. Der Gießener Psychoanalytiker Horst Eberhard Richter wird zum »Recht auf Ratlosigkeit« vortragen. Die Münsteraner Kinderkrankenschwester Elvira Kleine hat ein Referat zur Geschichte der Kriegsrankenpflege angekündigt. Themen, die bevorzugt

**Wir warnen vor dem Atomkrieg!
Vierzig Jahre nach Hiroshima.
Rüstungsstopp! Abrüsten!
5. Medizinischer Kongreß zur
Verhinderung des Atomkrieges.
Mainz, 31.10.-3.11.85,
Rheingoldhalle.**



die Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe ansprechen, sind zum ersten Mal Bestandteil des Kongresses.

Am Sonntag (Tagesthema: »Widerstand der Mediziner«) spricht die Krankenschwester und grüne Bundestagsabgeordnete Christa Nickels über »Krankenschwestern und Dienstbarkeit«, der Kölner Medizinprofessor Karl Bon-

hoeffer zum Thema »Zivilschutz — Nutzen oder Gefahr?«. Den Abschluß des Kongresses wird eine Podiumsdiskussion zum Entwurf eines neuen Zivilschutzgesetzes bilden.

Wie auf den vorangegangenen Kongressen dieser Art wird auch in diesem Jahr zahlreiche Beteiligung und ein starkes öffentliches Interesse erwartet.

BGH hob Berliner Vergewaltigungs-urteil auf

Das Urteil des Berliner Landgerichts gegen zwei Ärzte, die wegen der Vergewaltigung einer Kollegin angeklagt waren, ist am 23. Juli in einer einstimmigen Entscheidung vom Bundesgerichtshof aufgehoben worden. Grund für die Entscheidung ist ein Fehler im Verfahren. Das Gericht hatte einem Beweisantrag der Verteidigung nicht stattgegeben und das zu Beweisende als wahr unterstellt, sich später aber nicht an die Zusage gehalten. Der Prozeß muß jetzt wiederholt werden.

Großdemonstration: »Wackersdorf ist überall«

Am 10. Oktober wird in München eine Großdemonstration gegen den geplanten Bau der Wiederauf-

bereitungsanlage Wackersdorf stattfinden. Ein überparteilicher Trägerkreis, dem Anti-Atomenergie-Gruppen, der Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland (BUND), die Katholische Landjugend Bayern und die Vereinigten Münchner Friedensinitiativen angehören, ruft zu der Demonstration auf. Das Vorhaben wird von den Grünen und der bayerischen SPD unterstützt.

In dem Aufruf »Wackersdorf ist überall — Gegen Atomenergie und Plutoniumwirtschaft« warnen die Träger, daß mit der Wiederaufbereitungsanlage nur noch mehr Atom Müll produziert werde, dessen Entsorgung unmöglich sei. Damit würden nachfolgende Generationen für Jahrtausende gefährdet. Die für den Bau der Anlage geplanten Milliarden sollten besser für »gesundheitlich sichere und sozial sinnvolle Arbeitsplätze« eingesetzt werden, forderten die Unterzeichner des Aufrufs. Sie wiesen darauf hin, daß zum Zeitpunkt der geplanten Inbetriebnahme, 1995, der Atomwaffensperrvertrag ausläuft. Die Bundesregierung könne, wenn



die Anlage gebaut werde, dann eigene Atomwaffen herstellen, da die Anlage in Wackersdorf den atomaren Sprengstoff Plutonium liefere.

Anfragen, Materialbestellungen und Mitteilungen über eine Unterstützung des Aufrufs beim Koordinationsbüro der Demonstration 12.10. in München c/o Zentrum für Frieden und Entwicklung, Pariser Str. 7, 8000 München 80

AOKs gegen »versicherungs-fremde Leistungen«

Der AOK-Bundesverband hat sich gegen die geplante Vorschrift des Erziehungsgeldgesetzes ausgesprochen, nach der Empfänger des Erziehungsgeldes beitragsfrei weiter versichert bleiben sollen. Der

Sprecher des Verbandes betonte, die Allgemeinen Ortskrankenkassen wendeten sich nicht gegen das Erziehungsgeld als solches. Wenn der Staat aber diese Zahlung als öffentliche Aufgabe anerkenne, so müsse er auch so konsequent sein, Folgekosten ebenfalls zu übernehmen.

Diese und andere »versicherungsfremde Leistungen« sollen nach den Vorstellungen des AOK-Bundesverbandes auch auf der Herbstsitzung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, die für den 18. November geplant ist, zur Sprache kommen. Zu den »versicherungsfremden Leistungen« rechnen die Krankenkassen Ausgaben, die nicht unter den Kostenfaktor Krankheit zu fassen sind, z.B. Schwangerschaftsabbrüche nach nicht-medizinischer Indikation und Mutterschaftsgeld, nicht aber Geburten.

Süßmuth:

Frauenministerin?

nm — Aus ihrem beruflichen Umfeld ist über die Geißler-Nachfolgerin vornehmlich Gutes zu hören.

»Katholikin, Professorin« betitelt die *Frankfurter Allgemeine* einen Kommentar zur Benennung der Dortmunder Sozialpädagogik-

Professorin Rita Süßmuth zur neuen Gesundheitsministerin und lobte vor allem die Weisheit des Kanzlers, der sich mit dieser Berufung die Sympathie der untreuen katholischen Wähler, der Intelligenz und natürlich der Frauen sicherte. Als ausgemacht gilt allgemein, daß die Vizepräsidentin des katholischen Familienbundes und Leiterin der Kommission »Ehe und Familie« beim Zen-

tralkomitee der Deutschen Katholiken ihr Amt ihrem Vorgänger Heiner Geißler verdankt. Geißler diktierte ihr bei der Vorstellung vor der Presse auch gleich die Aufgaben für den Rest der Legislaturperiode: die Novelle des Arzneimittelgesetzes, neue Weingesetze, überhaupt Verbraucherschutz bei Lebensmitteln und Maßnahmen zum Thema Aids.

Frau Süßmuth selbst hat sich bisher in Fachkreisen nicht mit gesundheits-, sondern mit familien- und frauenpolitischen Themen einen Namen gemacht. Sie war Leiterin des Instituts Frau und Gesellschaft in Hannover. In einem ihrer ersten Interviews als designierte Ministerin bezeichnete sie sich ausdrücklich als zuständig für Jugend, Familie, Gesundheit (so der Name ihres Hauses) und für Frauen: ein Thema, das sich nicht unter »Familienpolitik« subsumieren lasse.

Mit dem Attribut »katholisch« scheint im übrigen längst nicht alles über ihre familienpolitische Position gesagt zu sein. Zum Paragraphen 218, den Geißler nach Jahren wieder ins Gespräch brachte, meinte Süßmuth im WDR, man könne nur »glaubwürdig gegen die vielen Abtreibungen eintreten«, wenn man auch genug für die Verhütung tue, und brachte die von Geißler schon einmal vorgeschlagene »Pille auf Krankenschein« wieder in die Diskussion.

Mitarbeiterinnen in Dortmund und Hannover wissen über ihre

Chefin vornehmlich Gutes zu berichten. Sie sei »sympathisch, freundlich, aber schwer einzuschätzen«, meinte eine Hannoveraner Kollegin zu dg. Jedenfalls habe sie in ihrem Institut nicht darauf geachtet, ob die Leute in der CDU seien. Die alternative »Tageszeitung« wußte gar zu berichten, sie habe sich für die Beschäftigung eines DKP-Mitglieds eingesetzt. Studentenvertreter aus Dortmund sind ebenfalls vornehmlich angetan von der Professorin und beschreiben sie als liberal. Zu ihren Positionen konnte freilich niemand etwas Definitives sagen: »Sie legt sich nicht gern auf eine klare Position fest«, so eine Sozialwissenschaftlerin.

Der »Zeit« verriet Rita Süßmuth, ihr großes Vorbild sei Simone Beauvoir — rechtes Scharfmachertum ist bei ihr kaum zu erwarten.

In einem Beitrag für die Zeitschrift des Instituts Frau und Gesellschaft, der erst jüngst erschien, fordert Frau Süßmuth eine breite naturwissenschaftliche Grundausbildung für Frauen. Die Auswirkungen neuer Technologien auf die Entwicklung des Arbeitsmarkts vor allem für Frauen sieht sie skeptisch; von Hopp-hopp-Ausbildungen für den Computer im Elternschlafzimmer, wie sie von Unionspolitikern vorgeschlagen wurden, hält sie jedenfalls nichts. Damit unsere Leser sich ein Bild vom politischen Standort der neuen Ministerin machen können, dokumentieren wir ihren Beitrag in diesem Heft.



Foto: AP



Heilpraktiker contra Naturärzte

Die Heilpraktiker fürchten nach Angaben von Berthold A. Mülleneisen vom Vorstand des Freien Verbandes deutscher Heilpraktiker um ihren Berufsstand. Im Kampf um Marktanteile im Gesundheitswesen trachten die Ärzte nach diesen Befürchtungen, die Heilpraktiker »von der Bildfläche verschwinden« zu lassen. Ärzte hätten sich der Naturheilkunde zugewandt, um so neue Einkunftsmöglichkeiten aufzutun, wären aber mit Wochenendlehrgängen für die Naturheilkunde nur unzureichend ausgebildet.

Nach Angaben des Verbandes gibt es zur Zeit 4500 Heilpraktiker. Jährlich werden 2000 weitere Heilpraktiker an den Schulen des Verbandes ausgebildet.

Grünen-MdB Hickel zum Arzneimittelgesetz

Kritik an den Vorstellungen der Regierungskoalition und der SPD zur Novellierung des Arzneimittelgesetzes hat die Bundestagsabgeordnete der Grünen Professor Erika Hickel geübt. Gleichzeitig legte die Pharmazie-Professorin Vorschläge aus dem »Entgiftungspro-

gramm« ihrer Partei vor.

Die Grünen sehen nach den Worten der Abgeordneten die größten Probleme im Über- und Fehlkonsument von Medikamenten, dem Verbrauch vieler zu stark wirkender Mittel und der »schleichenden Ver-



Grünen-MdB
Dr. Erika
Hickel

giftung« durch Arznei. Regierung und Opposition vertuschen die Mißstände auf dem Arzneimittelmarkt nur, indem nur noch über Preise diskutiert werde, entmündige man Ärzte und Patienten und veranlasse die Hersteller, ihre Abgabepreise hemmungslos heraufzusetzen.

Frau Hickel vertrat die Auffassung, man müsse die Marktchancen für Arzneimittel der sogenannten »sonstigen Therapierichtungen« (»alternative« Heilweisen) verbessern, die weniger giftig und preiswerter als die der naturwissenschaftlich begründeten Medizin seien. Der

Überkonsum unnötiger, gefährlicher und suchterzeugender Arzneimittel könne gesenkt werden durch eine Einschränkung der Werbung, verbesserte Beratung und Information. »Psychotrope Stoffe« müßten streng nach den Richtlinien der WHO überwacht werden.

Die Grünen sprachen sich unter anderem dafür aus, den Wirksamkeitsnachweis je nach Therapie-richtung von vier unterschiedlichen Arzneimittelkommissionen prüfen zu lassen. Gesonderte Kommissionen soll es für die naturwissenschaftlich begründete Medizin, die Homöopathie, die Anthroposophie und die Phytotherapie geben.

Arzneimittelwerbung im Radio und Fernsehen soll nach den Vorstellungen der Grünen verboten werden. Schriftliche Werbung müsse mit dem Text der Beipackzeitel identisch sein und von den Zulassungskommissionen genehmigt werden.

Clauss: Arbeitsunfälle senken!

Als eine »große sozialpolitische Herausforderung« hat der hessische Minister für Arbeit, Umwelt und Soziales Armin Clauss (SPD) die Zahl von über 1,1 Millionen angezeigten Arbeitsunfällen im Jahr 1984 in der gewerblichen Wirtschaft in der Bundesrepublik bezeichnet. Clauss verwies darauf,

daß die Anzahl der Arbeitsunfälle, die zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen geführt haben, im vergangenen Jahr im Vergleich zu 1983 noch einmal um 9755 (0,8 Prozent) auf genau 1 157 919 angestiegen ist. Dagegen habe die Zahl der sehr schweren Arbeitsunfälle um 390 (1,1 Prozent) auf 34 732 abgenommen.

Clauss appellierte an die Fachkräfte für Arbeitssicherheit und die Betriebsärzte, den Aufgabenkatalog des Arbeitssicherheitsgesetzes konsequenter einzuhalten und vor allem eng mit den Betriebsräten zusammenzuarbeiten.

Vor allem in der Ursachenforschung von Arbeitsunfällen, in der Erfassung der Untersuchungsergebnisse und ihrer Auswertung müssen nach Ansicht von Clauss die Fachkräfte für Arbeitssicherheit in der gewerblichen Wirtschaft einen Arbeitsschwerpunkt finden.

Friedenskongreß psychosozialer Berufe

Vom 29. November bis zum 1. Dezember findet in München der dritte »Friedenskongreß Psychologie — Psychosoziale Berufe« statt. Die Themen »Feindbilder«, »Innere Militarisierung« und »Apathie und Widerstand« werden Schwerpunkte der Diskussion auf der Veranstaltung sein. Die Vorbereitungsgruppe meldete

Arzneimittel:

Valium für die WHO

Die Bundesregierung setzt internationale Richtlinien für Benzodiazepine halbherzig um.

»Benzodiazepine sind von dem internationalen Suchtstoff-Übereinkommen erfaßt und müssen in die entsprechenden nationalen Gesetze und Verordnungen transponiert werden«, teilte das Bundesgesundheitsamt (BGA) im Frühjahr mit.

Nicht Benzodiazepine müssen transponiert werden, sondern Gesetze und Verordnungen für den Handel mit Benzodiazepinen — bekanntester Vertreter: Valium — und anderen auf die Psychotropen wirkenden Stoffen müssen, besser, müßten dem »Übereinkommen über psychotrope Stoffe« von 1971 angepaßt werden. Zu den dort genannten »psycho-

tropic drugs« gehören seit dem Februar 1984 nämlich auch die Benzodiazepine.

Im Herbst nun sollen die Benzodiazepine in einen Anhang des Betäubungsmittelgesetzes aufgenommen und so zu Suchtstoffen erklärt werden. So erging es auch den anderen Stoffen, die im Übereinkommen von 1971 genannt wurden. Was ihrer Verbreitung weiter keinen Abbruch tat: per Ausnahmeregelung blieben sie normal verschreibungspflichtig. Das Übereinkommen sieht allerdings gesetzlich festzulegende Kontrollbestimmungen und Aufklärung der medizinischen Berufe wie der medizinischen Laien vor.

Sinn der Sache: alle sollen sich

von der Illusion trennen, gegen jedes Übel sei eine Pille da (»that there is a pill for every ill«). Solche Aufklärung kann nicht nur durch Gesetze bewirkt werden; Gesetze können Politik durchsetzen, nicht ersetzen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO): der Verbrauch sämtlicher Arzneimittel soll durch offizielle Stellen erfaßt werden. Bei uns gibt es solche offiziellen Zahlen nicht.

Bundesdeutsche Gesundheitspolitiker trauen sich auch 1985 nicht an Auflagen für die Packungsbeilagen heran — obwohl das Arzneimittelgesetz sie dazu ermächtigt. Erklärung beim Bundesgesundheitsamt: man will »keine schlafenden Hunde wecken«. So soll es denn bei einer »Empfehlung« an die Pharmaindustrie bleiben — einer, der sie ohne Schwierigkeiten nachkommen kann. Der BGA-Vorschlag für die Arztinformation beginnt mit dem Satz: »Benzodiazepine stellen einen Fortschritt in der Arztherapie von schweren Angstzuständen dar.«

Die Patienten sollen wie folgt »aufgeklärt« werden: »Zur Beachtung: Dieses Arzneimittel enthält

ein Benzodiazepin. Benzodiazepine sind Arzneimittel zur Behandlung bestimmter Krankheitsbilder, die mit Unruhe- und Angstzuständen, innerer Spannung oder Schlaflosigkeit einhergehen.« Ärzte können ruhig wissen, daß sie keine Krankheit, sondern Angst behandeln. Patienten sollen glauben, daß der Arzt mit dem Arzneimittel eine Krankheit behandelt, die mit Angst verbunden ist.

Die WHO hat 1984 einen Maßnahmenkatalog veröffentlicht, mit dem in der ersten, zweiten und dritten Welt der Arzneimittelkonsum in Grenzen gehalten werden kann. Das fünfte Kapitel der in Englisch geschriebenen »Richtlinien für die Kontrolle narkotischer und psychotroper Stoffe«, das sich mit der Registrierung bzw. Zulassung beschäftigt, wurde übersetzt und kann gegen Voreinsendung von 5 Mark bestellt werden beim Verein für Umwelt- und Arbeitsschutz, Fehrfeld 60, 2800 Bremen 1.

Sigrid Müller

Der Beitrag stand bereits an gleicher Stelle im Septemberheft. Durch ein technisches Versehen waren Textteile durcheinandergelassen.

als Referenten Alfred Mechttersheimer vom Forschungsinstitut für Friedenspolitik in Starnberg, Erich Wulff von der Medizinischen Hochschule Hannover, den Theologen Walter Kreck aus Bonn und Hans Niklas vom hessischen Institut für Friedens- und Konfliktforschung. Außerdem wird mit der Teilnahme des französischen Psychologie-Theoretikers Lucien Séve sowie von Psychologen aus der UdSSR, der Schweiz und Österreich gerechnet.

Weniger Schwangerschaftsabbrüche

Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in der Bundesrepublik ist seit Anfang der achtziger Jahre rückläufig und im internationalen Vergleich relativ niedrig, wie die Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung »Pro Familia« Ende August bekanntgegeben hat.

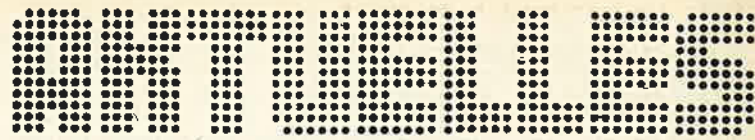
Der Beschluß des Bundestages vom 28. August 1975, die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen aufzunehmen, habe sich auf die gesundheitliche Lage der Frauen positiv ausgewirkt. Die Regelung habe wesentlich dazu beigetragen, daß heute keine Frau mehr aus Kostengründen eine Abtreibung unter unzulänglichen medizinischen Bedingungen vornehmen lasse oder an sich selber vornehme. Außerdem würden weniger Abtreibungen in einem späteren Stadium der Schwangerschaft erfolgen, wenn das Risiko für die Frau höher ist, da finanzielle Motive wegfielen, eine Abtreibung hinauszuschieben.

Nach Aussage von Pro Familia werden häufig falsche Zahlen über

die Kosten, die den gesetzlichen Kassen durch Abbrüche entstehen, verbreitet. Schätzungen der Organisation zufolge entfallen von den seit 1982 jährlich konstant gebliebenen Ausgaben von 260 Millionen Mark für Empfängnisregelung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch 90 bis 100 Millionen Mark auf die Abtreibungen. Der weitaus größere Teil werde für ärztliche Tätigkeiten, die gerade der Vorbeugung des Abbruchs dienen, verwandt. Streiche man die Leistungen für Abbrüche, die mit einer Notlage begründet werden, könnten die Kassen jährlich höchstens 60 bis 70 Millionen Mark einsparen. Das entspreche monatlich 15 Pfennig pro Mitglied.

Impfstoffe gegen bakteriologische Waffen

Nach Auskunft der Bundesregierung werden derzeit im Auftrag des Verteidigungsministeriums Impfstoffe gegen bakteriologische Waffen entwickelt. Die Bundestagsfraktion der Grünen hatte dem Ministerium vorgehalten, es verletze das internationale Abkommen über bakteriologische Waffen von 1972, wenn Impfstoffe gegen solche Bakterien entwickelt würden. Auf eine parlamentarische Anfrage der Grünen erklärte die Bundesregierung, die Herstellung von Impfstoffen sei



vertraglich gestattet. Die Stoffe würden mit gentechnischen Mitteln entwickelt und sollten für ärztliche Zwecke verwendbar sein. Die Funktion bakteriologischer Stoffe für militärische Zwecke werde nicht erforscht. Im Bereich der NATO gebe es keine solchen Waffen, behauptete die Bundesregierung.

Friedensforscher klagen seit langem über die Schwierigkeit, Forschung zur Entwicklung bakteriologischer Waffen von Forschung zu deren Abwehr zu unterscheiden. Gleiche Forschungsvorhaben könnten für das eine wie das andere Ziel genutzt werden.

Geißler muß Zwangsgeld zahlen

Das Bonner Amtsgericht hat Bundesgesundheitsminister Heiner Geißler (CDU) in der Auseinandersetzung um die Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu einem Zwangsgeld verurteilt. Im März dieses Jahres hatte der Minister die Behördenleiterin, Frau Ute Canaris, abberufen und an einen untergeordneten Posten im Ministerium versetzt. Seine

Begründung, die Zentrale müsse von einem Mediziner geleitet werden, war bereits von einem Arbeitsgericht verworfen worden. Frau Canaris konnte in einem Verfahren geltend machen, daß die Leitung der Behörde durch eine Sozialwissenschaftlerin mindestens ebenso zweckdienlich wäre.

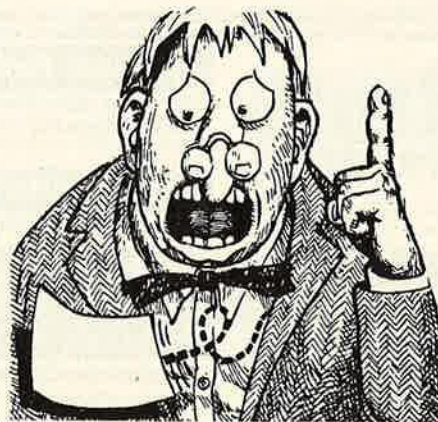
Nach dem Urteil des Amtsgerichts soll der Minister für jeden Tag, den Ute Canaris nicht an ihrem Arbeitsplatz eingesetzt werde, 300 Mark an die Staatskasse zahlen. Das Ministerium hat Berufung gegen diese Entscheidung eingelegt.

Grundsätze für den Einsatz von Großtechnik

Das rheinland-pfälzische Gesundheitsministerium hat sich im August mit den verschiedenen Kostenträgern über den Einsatz von medizinischen Großgeräten geeinigt. Unter diesen Begriff fallen unter anderem Computer- und Kernspintomographen, Nierensteinertrümmerer und Strahlentherapiegeräte.

Rheinland-Pfalz ist das erste Bundesland, in dem sich die Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesverband der Krankenkassen und das Gesundheitsministerium auf gemeinsame Grundsätze für den Einsatz von medizinischer Großtechnik verständigen konnten.

Die Beteiligten trafen nach Angaben des Ministeriums verbindliche Absprachen über Art, Anzahl und Standort von Großgeräten in Krankenhäusern und Großpraxen.



Psychiatrie-Kongreß: Shocking!

ud — Auch Vertreter aggressiver Behandlungsmethoden referierten auf dem 25. Internationalen Symposium zur Lage und Entwicklung der Psychiatrie.

Eine bunte Mischung von Themen aus der Psychiatrie und der Neurologie hat es auf dem 25. Internationalen Symposium in Pula in Jugoslawien, die im Juni stattfand, gegeben. Fachleute aus Österreich, Jugoslawien, Ungarn und der Bundesrepublik referier-

ten über die »Lage und Entwicklung der Psychiatrie«. In die Kiste der schwarzen Themen griffen dabei zwei Referenten, Professor Nittner, Chefarzt der Neurochirurgischen Klinik Köln, und Professor Schubert aus Hall in Tirol.

Schubert verkaufte sich in seinem Beitrag als Protagonist einer Renaissance der Elektroschocktherapie. Neue Forschungsergebnisse hatte er im Skript zu seinem Vortrag angekündigt, doch die bestanden lediglich in der Neugierde, daß in der letzten Zeit vermehrt Elektroschocks angewandt werden. Dieses Wissen legitimierte ihn anscheinend ausreichend, seine Hörer aufzufor-

dern, man möge sich ein so wirksames Instrument wie den E-Schock nicht durch öffentlichen Druck aus der Hand nehmen lassen.

Ins gleiche Horn blies Nittner, der sich durch sein Referat als Psychochirurg auswies. Seine Definition der Psychochirurgie: »Es handelt sich hierbei um Eingriffe im Gehirn, die psychiatrischer Indikation zur Beeinflussung psychischer Störungen vorgenommen werden, bei denen alle konservativen Behandlungsmaßnahmen versagt haben und die eine spontane Besserung nicht erwarten lassen.« Wen es treffen soll, demonstrierte Nittner mit ei-

nem dreiminütigen Amateurfilm. Ein fünf- bis sechsjähriges Kind war zwischen den Beinen von zwei stehenden Erwachsenen zu sehen, die sich offenbar bemühten, das Kind auf einem Sessel festzuhalten. Die Szene schloß damit ab, daß das Kind einen der Erwachsenen in die Hand biß. Irgendwelche weiteren Auskünfte zur Geschichte des Kindes oder bisherige therapeutische Versuche konnte der Referent nicht geben. Er zog sich darauf zurück, daß er lediglich Neurochirurg sei und auf die psychiatrische Indikation angewiesen.

Rückzugsgefechte wurden auf dem Symposium nicht geführt. Zwar wurden auch einige kritische Referate vorgetragen, aber die Dreistigkeit, mit der Vertreter aggressiver Behandlungsmethoden an die Öffentlichkeit traten, läßt befürchten, daß sie Rückenwind verspüren.



Glombig (SPD): Keine Ambulatorien

In Widerspruch zu Beschlüssen der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) zur Neuordnung der ambulanten Versorgung hat sich der Vorsitzende des Bundestagsausschusses für Arbeit und Sozialord-



SPD-MdB
Eugen
Glombig

nung und SPD-Sozialexperte Eugen Glombig gesetzt. In einem Gespräch mit der Neu-Isenburger »Ärzte-Zeitung« erklärte Glombig, entsprechende Beschlüsse der ASG seien nicht maßgeblich für die SPD. Gleichzeitig wandte sich der Sozialpolitiker gegen eine Ausweitung der Selbstbeteiligung der Ver-

sicherten. Statt dessen solle man über die »Einrichtung eines Gesundheitsbudgets« und die »Ausgrenzung medizinisch nicht notwendiger Leistungen« nachdenken.

Glombig setzte sich im Gespräch mit der Zeitung außerdem für die Ersetzung der Einzelleistungsvergütung durch ein sogenanntes »Leistungskomplexhonorar«, eine Art gemäßiger Fallpauschale, ein.

Teilsieg für Detlev Beyer

Mit einem außergerichtlichen Vergleich endete jetzt der Rechtsstreit zwischen dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe und dem Krankenpfleger und Personalratsvorsitzenden im Landeskrankenhaus in Marl, Detlev Beyer (dgb berichtete). Beyer hatte am 3. Oktober 1983 anlässlich der bundesweiten »Fünf Mahnminuten für den Frieden«, zu denen der DGB aufgerufen hatte, ein Flugblatt verteilt. Daraufhin hatte das Gewerkschaftsmitglied eine Abmahnung mit der Androhung arbeitsrechtlicher Konsequenzen für den Wiederholungsfall entgegennehmen müssen.

Beyer, der mit Unterstützung der ÖTV Rechtsmittel gegen die Abmahnung einlegte, obsiegte im Dezember 1984 vor dem Arbeitsgericht in Herne. In der Berufungsverhandlung vor dem Landesarbeitsgericht in Hamm einigten sich die Prozeßbeteiligten auf einen Vergleich des Inhalts, daß die Abmahnung des Personalratsvorsitzenden aus den Personalakten zu entfernen sei.

Schwestern zahlen doppelt

Die DRK-Schwesternschaft Georgia Augusta zieht rund 150 Krankenschwestern und Schwesternschülerinnen in der Kinderklinik der Göttinger Universität monatlich 100 Mark als »Pauschale für Verwaltungskosten« vom Gehalt ab. Die Schwesternschaft stellt aufgrund eines sogenannten »Gestellungsvertrages« das Pflegepersonal für die Kinderklinik und erhält dafür vom Land Niedersachsen jährlich etwa 50 000 Mark für Verwaltungskosten. Das Wissenschaftsministerium erklärte, die Schwesternschaft habe bisher noch nicht beanstandet, daß der Betrag nicht ausreiche. Auf Anfrage durch das Ministerium gab die Oberin der Schwesternschaft an, das Geld werde für die »Förderung von Vereinszwecken wie gesellige Veranstaltung und Fortbildungen« verwandt.



TÜBINGER REIHE

In der Tübinger Reihe veröffentlicht die DGVT Themen zur Gesundheitspolitik, zur psychosozialen Versorgung und Praxis, zu psychischer Gesundheit und zu psychischen Störungen. Aktualität sowie Veröffentlichungen von geringem Umfang sollen Kennzeichen der »Tübinger Reihe« sein.

Tübinger Reihe 5

Evert Ketting, Philip van Praag

Schwangerschaftsabbruch

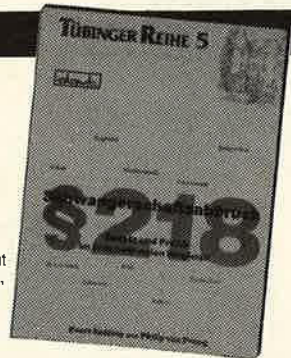
Gesetz und Praxis im internationalen Vergleich

Tübingen 1985, 264 Seiten, br. DM 21,80
ISBN 3-922686-66-4

Diese bisher einzigartige Studie vergleicht neun westeuropäische Länder (u. a. BRD, Österreich, Schweiz) und die USA hinsichtlich:

- gesetzlicher Regelungen bezüglich Schwangerschaftsabbruch
- Organisation der Hilfeleistungen beim Schwangerschaftsabbruch
- Abbruchhäufigkeit und Demographie der Abbruchpopulation
- Schwangerschaftsdauer, Abbruchmethoden und Komplikationen
- Verhütungsmittel: Arten, Anwendung und Zuverlässigkeit
- Einstellung der Bevölkerungen zum Schwangerschaftsabbruch
- Abbruchhäufigkeit und Geburtenzahlen.

Mit der Veröffentlichung der Studie macht die DGVT die wichtigen Ergebnisse des internationalen Vergleichs über Gesetzgebung und Praxis des Schwangerschaftsabbruchs der Diskussion in Fachwelt und Politik zugänglich.



Tübinger Reihe 1

Vorkrieg oder Panikmache?

Hrsg. Gert Sommer und Anne Börner
Tübingen 1985, 108 Seiten, br. DM 16,- ISBN 3-922686-67-2

Tübinger Reihe 2

Von der Klinischen Psychologie zur psychosozialen Praxis

Hrsg. Dieter Kleiber
Tübingen 1985, 100 Seiten, br. DM 10,80 ISBN 3-922686-68-0

Tübinger Reihe 3

Therapiebezogene Diagnostik

Hrsg. Peter Fischer
Tübingen 1985, 95 Seiten, br. DM 9,80 ISBN 3-922686-69-9

Tübinger Reihe 4

Psychotherapie in der Sackgasse Gesellschaftliche Aspekte psychosozialer Praxis

Hrsg. Willi Körner und Hans Zygowski
Tübingen 1985, 100 Seiten, br. DM 13,80 ISBN 3-922686-73-7

Tübinger Reihe 6

Soziale Netzwerke und Stützsysteme

Perspektiven für die klinisch-psychologische und gemeinde-psychologische Praxis

Hrsg. Bernd Röhrle und Wolfgang Stark
100 Seiten, DM 13,80
ISBN 3-922686-75-3



Bitte fordern Sie unseren Gesamtprospekt an.

Allgemeinärztliche Praxis im Saarland (Großraum Saarbrücken) für Ende 85/Mitte 86 abzugeben. Vorherige Vertretung erwünscht. Kontakt unter Chiffre 020985 bei der Redaktion dg, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3.

Klinische **Psychologin** mit eingeführter psychoth. Praxis in mittelhessischer Kleinstadt sucht Kollegin/en (Dr. med./Dipl. Psych., mit abgeschl. Zusatzausbildung) für Gemeinschaftspraxis. Anfragen unter Chiffre 030985 an dg, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3.

Preis: 5 Zeilen à 25 Anschläge nur 5 DM. Jede Zeile mehr (25 Anschläge) 1 DM. Postkarte an: 'Demokratisches Gesundheitswesen', Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3

Ambulante Krankenpflege in Duisburg! Wer hat Interesse, mir beim Aufbau zu helfen durch Mitarbeit oder Info? Bitte zahlreich melden bei Jürgen Busch, Grabenstr. 136, 4100 Duisburg, Tel.: (0203) 371651.

PRAXISERÖFFNUNG

(am 1.10.85)

Dr. Jochen George

Arzt f. Innere Medizin
u. Nephrologie

68 Mannheim, P 7,9 — Tel.: 24687

Entlastungs- oder Ausbildungsassistent für **Zahnarztpraxis** in Hannover zum 1. 4. 86 gesucht. Anfragen unter Chiffre 011085 an die dg-Redaktion, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3.

Vertretung für allgemeinärztliche Praxis im Großraum Saarbrücken gesucht. Anfragen unter Chiffre 031085 an die dg-Redaktion, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3.

2. Oktober
Suizidpatienten

Hannover
Der Suizidpatient im Allgemeinen Krankenhaus — 14. Tagung für Mitarbeiter im Krankenhaussozialdienst in Niedersachsen
Auskünfte/Anmeldung: Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V., Postfach 610180, 3000 Hannover 61, Tel. (0511) 532-5000.

5. Oktober
Jugendmedizin

Hannover
Tagung der Akademie für Sozialarbeit Hannover und des Berufsverbandes der Kinderärzte Deutschland, Landesverband Niedersachsen
Thema: Neues Feld — Jugendmedizin
Auskünfte/Anmeldung: Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V., Postfach 610180, 3000 Hannover 61, Tel. (0511) 3490-292.

15. bis 17. Oktober
Krebskrankenpflege

München
1. Deutscher Krebskrankenpflegekongress
Anmeldung: DBfK Bayern, Romanstr. 67, 8000 München 19, Tel. (089) 177088-89

16. bis 19. Oktober
Humangenetik

München
19. Tagung der Gesellschaft für Anthropologie und Humangenetik
Themen: Paläoanthropologie, Bevölkerungsbiologie, Biochemische Humangenetik, Evolutionsgenetik, Pränatale Diagnostik
Auskunft: Prof. Ziegelmeyer, Institut für Anthropologie und Humangenetik der Universität München, Richard-Wagner-Str. 10/I, 8000 München 2.

28. bis 29. Oktober
Prävention

München
Tagung zur präventiven Medizin
Auskunft: Prof. Splett, Kinderpoliklinik München, Pettenkoferstr. 8a, 8000 München 2, Tel. (089) 51 60 36 77.

21. Oktober
Positivliste

Mannheim
Diskussionsveranstaltung der Unabh. Liste demokr. Ärzte: Begrenzte Medikamentenliste für die Kassenpraxis?
Ort: Univ. Mannheim, 19.30 Uhr
Kontakt: Dr. J. George, P 7,9, 6800 Mannheim, Tel. (06 21) 24687

21. bis 24. Oktober
Sucht

Karlsruhe
Wissenschaftlich - praktische Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren
Thema: Sucht und Sinn
Auskunft: Frau Göcke, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Westring 2, 4700 Hamm 1, Tel. (023 81) 2 58 55.

31. Okt. bis 3. Nov.
Friedenskongress

Mainz
„Wir werden euch nicht helfen können“ — Fünftter medizinischer Kongress zur Verhinderung des Atomkriegs
Anmeldung: IPPNW, Bahnhofstr. 34, 6501 Heidesheim

schon Kongress zur Verhinderung des Atomkriegs
Anmeldung: IPPNW, Bahnhofstr. 34, 6501 Heidesheim

15. bis 16. November
Psychiatrie

Hannover
Tagung der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. und der Medizinischen Hochschule Hannover
Thema: Soziales Netzwerk — Ein neues Konzept für die Psychiatrie?
Auskünfte/Anmeldung: Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V., Postfach 610180, 3000 Hannover 61, Tel. (0511) 532-5000.

18. bis 22. November
Abtreibung

Rehburg-Loccum
Tagung der Evangelischen Akademie Loccum
Thema: Schwangerschaftsabbruch — Unser Bewußtsein von Tod und Leben
Anmeldung: Evangelische Akademie Loccum, 3056 Rehburg-Loccum, Tel. (057 66) 810.

kleinanzeigen

Gesundheitsbrigaden für Nicaragua

Wir suchen auch in diesem Jahr

DRINGEND

für einen mindestens
6 monatigen Einsatz
im Rahmen unserer
Projekte in
Nicaragua

— **ÄRZTE/INNEN**

vor allem mit Erfahrung in
Chirurgie, Pädiatrie, Allgemeinmedizin

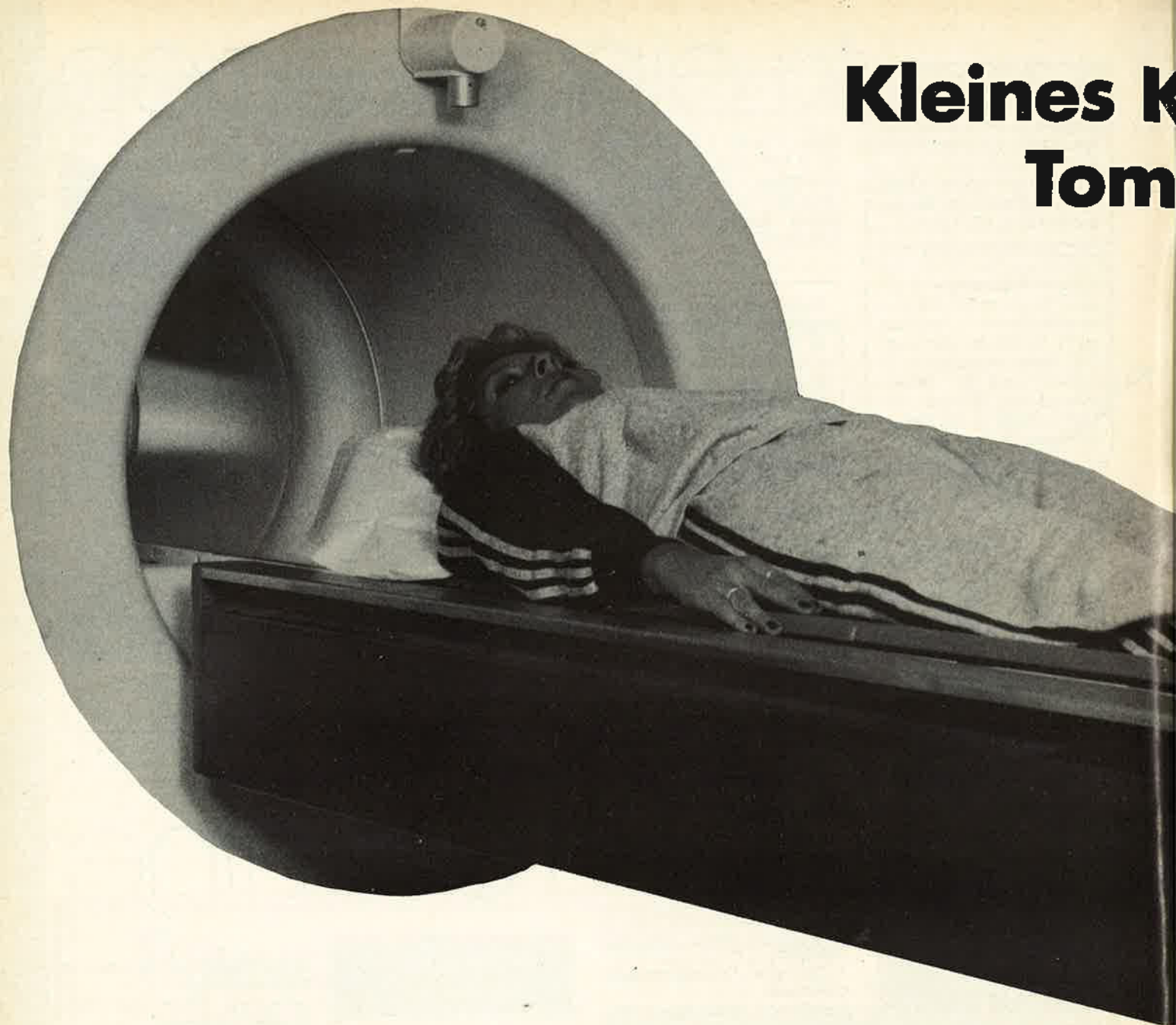
Kontakt: Gesundheitsladen Berlin, Gneisenaustr. 2, 1000 Berlin 61 - Tel. 030/693 20 90

Wir, 2 **Kinderärzte** in Gemeinschaftspraxis südlich von Bremen, suchen interessierte Kolleginnen und Kollegen sowie in Balint-Gruppenarbeit erfahrene Psychologen oder Psychiater, ebenfalls Raum Bremen, die mit uns eine Balint-Gruppe gründen und natürlich auch weiterführen wollen. Bitte meldet Euch unter Chiffre 021085 bei der dg-Redaktion, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3.

Nervenarzt (auch Bedarf für **Haut, HNO, Augen**) für »Ärztehaus« in Bielefeld gesucht. Noch 1 Praxis frei; übrige Praxen (Orthopädie, Innere, Kinder, Gyn. mit 7 Ärzten; außerdem Zahnarzt, KG, Apotheke und Rechtsanwälte) arbeiten seit 3 Jahren, sind selbständig mit freiwilliger Zusammenarbeit (gemeinsame Treffen, teils gemeinsame Geräte, Balintgruppe oder Unterstützung von Gesundheitsinitiativen im Stadtteil). Tel. (05 21) 20 02 24

Termine

Kleines K Tom

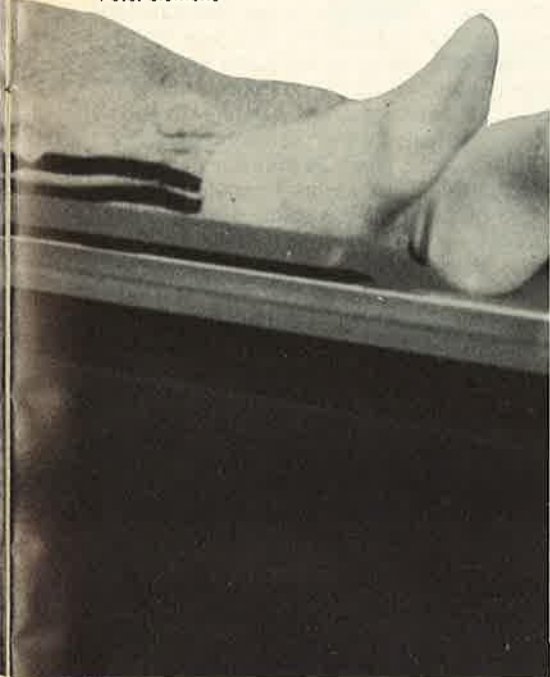


»Apparatemedizin«, »unpersönlich«, »Fließbandbehandlung« — medizinische Großgeräte haben ein schlechtes Image. Aber ist der Patient, der hilflos von der Maschinerie geschluckt wird, wirklich die Realität? dg-Redakteur Detlev Uhlenbrock hat sich Gedanken über die »Apparatemedizin« gemacht.



Kernspin- ogramm gefällig?

Foto: Siemens



In einem weiteren Beitrag beschreibt Andreas Zieger, wie die Kassenärzte ihre Apparate erfolgreich vor jeder Bedarfsplanung in Schutz nehmen.

Der Boom in der medizinischen Großtechnik

Bringen wir's hinter uns«, der Arzt zog sich den ärmellosen, langen Bleikittel über, eine Rüstung wie aus einer US-Raumerschiff-Serie. »Dann trinken Sie mal ein paar Schluck«, und Uwe trank, Banane und Bariumsulfat, und hatte kaum Zeit, sich betrogen zu fühlen, kaum Zeit, an Zement mit Gewürzen zu denken, an Speck und Mausefalle, weil der Chef, nach kaltem Tabak riechend, hinter dem Steuergerät verschwand, das Gerät einschaltete und ganz oben an seinen Hals führte. Uwe sah nach rechts auf den Monitor, sah live in Schwarz-weiß seinen Kiefer, Teil eines Totenschädels wie jeder andere auch, sah sich den weißen Brei röntgenologisch schwarz schlucken, sah den Kehlkopf, die Fahrt durch die Speiseröhre. Kommen denn auch blutende Ösophagusvarizen in Frage, ach was, eine Leberzirrhose hätte noch andere Symptome gemacht, Routine also nur, sah den Magen schwarz sich füllen.

»Trinken Sie den Becher ruhig leer.«

Er trank. »Wohin mit dem Becher?« Der Chef nahm ihn ab. »Und etwas nach links drehen, nein, andersherum.«

Wieso hat er das verwechselt?

»Stopp, stopp, ein bißchen zurückdrehen.« Sieht der was Besonderes? Den Fernsehmonitor konnte Uwe nicht mehr einsehen, zu weit weggedreht, der Knubbel, was ist denn das Widerliche, ein abgerundetes kleines Metall, ein Knubbel wie eine Faust, die mitten in meinen Schmerz drückt, warum denn das? . . . Wenn ich doch wüßte, was in der jeweils nächsten Sekunde kommt?«

Der da spricht, ist nicht ein Patient, der zum ersten Mal in seinem Leben geröntgt wird. Uwe ist Arzt und mit so viel Phantasie begabt, daß er sein ganzes Wissen vergessen kann. Er spielt Patient und schießt dabei ein wenig übers Ziel hinaus. Wer will ihn denn um was betrügen und nimmt ihm unverschämterweise auch noch die Zeit, sich betrogen zu fühlen? Man mag ihm noch die Angst vor dem Ergebnis der Untersuchung glauben, aber nicht mehr die vor dem Kompressorium, dem »Knubbel«.

Uwe stellt sich so wohl den Patienten vor: ängstlich, unsicher, gefangen wie die Maus in der Falle. Er wird kaum merken, daß die imaginierte Hilflosigkeit ein Gegenstück hat: die gütige Vaterfigur. Da entlarvt sich einer,

dem es schwerfällt, vom Klischee seiner Berufssrolle Abstand zu nehmen. Was gibt es Schöneres als den Moment, wo der Patient dem Arzt für die Rettung dankt?

Der hilflose Patient — eine Erfindung der Ärzte? In jedem Fall häufig, wenn nicht die Regel, ist der »technikgeile« Patient, der von den Segnungen moderner Medizintechnik gelesen hat und Wert darauf legt, daß sie an ihm angewendet werden.

Dr. Lehmann, Assistenzarzt in einer Abteilung für Computertomographie, schildert seinen Alltag: »Ich sitze praktisch den ganzen Tag in einem abgedunkelten Raum — wegen der Kontraste auf dem Bildschirm. Im Winter sehe ich überhaupt kein Tageslicht. Pro Patient setzen wir etwa eine Dreiviertelstunde an. Die kommen rein, sagen Guten Tag und geben mir ihre Krankenakten. Da steht dann meinetwegen: Diabetes mellitus, Verdacht auf arteriosklerotische Schrumpfnieren. Ich erkläre den Leuten, daß sie sich ausziehen müssen und daß sie etwa dreißig Minuten möglichst ruhig liegen sollen. Ich sage dann, daß sie keine Angst zu haben brauchen und daß es weder heiß wird noch weh tut. Wichtig sei, den Atemkommandos der MTAs genau Folge zu leisten.

Die meisten Patienten fragen nichts, außer den Lehrern und den Rechtsanwältinnen. Dann wird der Patient reingeschoben. Ich gehe in den Nebenraum an den Bildschirm. Hinterher erwarten sie schon eine Erklärung, aber das ist oft ziemlich schwierig. Bei der Frau mit den Schrumpfnieren kamen zum Beispiel drei, vier Befunde aus anderen Abteilungen dazu, dann wird es erst recht kompliziert. Selbst die Hausärzte kommen oft nicht mehr mit.«

Das bleibt übrig vom vielbeschworenen Arzt-Patient-Verhältnis: eine formalisierte Erklärung, die wahrscheinlich, wenn der Arzt sie zum tausendsten Mal abgegeben hat, klingt, als würde eine Platte abgespielt. Kommunikation und Arbeitsabläufe werden standardisiert; die Patienten trauen sich nicht zu fragen, was man mit ihnen macht.

Drei Fünftel aller Computer-Tomographen stehen in einer Privatpraxis; manche Praxen verfügen schon über zwei Geräte oder haben zusätzlich eine Kernspin-Tomographen. Freilich wird hier der Praxischef nicht von Gerät zu Gerät hechten. Wofür in



den Kliniken heute noch ausgebildete Radiologen eingesetzt werden, sind in den Praxen oft schon die Arzthelferinnen zuständig. Arbeitsteilung nennt man diesen Vorgang, der es dem Kleinunternehmer Arzt erlaubt, die Gewinne aus dem Gerätepark allein einzustreichen.

In der Bundesrepublik sind allein in den letzten zwei Jahren über 20 Computertomographen aufgestellt worden. Der Versorgungsgrad liegt bei rund 200 000 Einwohnern pro CT. Bei einem Stückpreis von etwa 1,5 Millionen Mark sind allein für die Anschaffung 30 Millionen Mark ausgegeben worden. Nimmt man eine Auslastung von 2500 Untersuchungen pro Gerät im Jahr an und einen Preis von etwa 250 Mark für jede

gen gibt es genügend, und sie bringen etwas ein.

Die Medizin vom Fließband gibt es, auch ohne daß Großgeräte eingesetzt werden. Man muß nicht einmal in eine radiologische Abteilung gehen, um verunsicherte Patienten und Arbeitsheize beim Personal zu sehen. Es bedurfte gar nicht der Apparate, um simple betriebswirtschaftliche Kriterien in bundesdeutsche Krankenhäuser einziehen zu lassen. Der Assistenzarzt in der chirurgischen Ambulanz, der bis zwölf Uhr mittags schon 50 Patienten hat kommen und gehen sehen, und die Krankenschwester, die einen halben Tag lang mit Fieberkurven beschäftigt ist, wissen ein Lied davon zu singen.

Die Patientin des Radiologen Dr. Leh-

»die Welt sei die beste aller möglichen Welten«, vorhandene Defekte beruhen auf dem Fehlverhalten des einzelnen Menschen und könnten ohne größere Probleme beseitigt werden.

Doch wie sich später erwies, daß mit der Mechanik nicht alle Erscheinungen in der Natur erklärt werden und den Menschen nutzbar gemacht werden konnten, so haben auch die Therapievorschlüsse der Spezialisten ihre Grenzen. Der Hausarzt, der die Patientin kennt, weiß schon Bescheid und verschreibt ihr die gewohnten Tabletten. Denn: »15 verschiedene Medikamente nimmt sie sowieso nicht. Da macht doch keiner mit.«

Die Vorstellung manches Alternativen jedoch, sich wie der gute alte Hausarzt niederlassen und auf seine fünf Sinne verlassen zu können, dürfte da kaum eine befriedigende Lösung darstellen. Medizin ist heute nicht mehr mit den Augen, den Ohren und den Händen zu machen.

Fritz K. wurde 1978 in ein Dortmunder Krankenhaus eingeliefert. Wie sich später herausstellte, hatte er bei einem Sturz eine Hirnblutung erlitten. Die erste Angiographie, die man vornahm, war ohne Befund ebenso wie die zweite, auf der Gegenseite durchgeführte. Nach 24 Stunden stellte der behandelnde Arzt an der Veränderung der Pupillen fest, daß die rechte Hirnseite betroffen war. Fritz K. wurde zwar noch operiert, aber er starb — die Diagnose war zu spät gestellt worden. Heute wird in Dortmund bei jedem bewußtlos ins Krankenhaus eingelieferten Patienten eine Computertomographie gemacht. Selbst wenn ein Patient um Mitternacht kommt, liegt um ein Uhr eine Diagnose vor. Um drei Uhr kann er dann theoretisch schon auf dem Operationstisch liegen.

Ausgedehnte Arbeitszeiten und die Intensivierung der Arbeit sind probate Mittel der Gewinnmaximierung, zum ersten Mal in großem Rahmen am Industriearbeiter im letzten Jahrhundert durchgezogen. Die eleganteste Methode aber ist der Einsatz von Technik, mit deren Hilfe sich die Arbeitsproduktivität steigern und die jeweils für ein »Produkt« notwendige Arbeitszeit senken läßt. Je mehr der Betrieb Krankenhaus ökonomischen Erwägungen unterworfen wird, desto mehr bestimmt Konkurrenz das Verhältnis zwischen den Kliniken einer Region, und desto stärker ist das einzelne Haus darauf angewiesen, Patienten von den anderen abzuziehen. Der Geschäftsführer des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern, Hans Sitzmann, beklagte in der Zeitschrift »Der Kassenarzt« die »starke Sogwirkung«, die die Großgeräteparcs auslösen: »Während bürgerliche Grundkrankenhäuser wegen mangelnder Belegung erheblichen finanziellen Belastungen ausgesetzt sind, platzen hochmoderne Großkliniken aus allen Nähten.«

Die Hersteller verstehen es hervorragend, mit den kleinen Schwächen der Klinikleitungen und der Chefärzte zu spielen, die meinen, einen Großgerätepark zur Imagepflege zu brauchen. Die »medizinische Welt« teilt sich auf in die, die haben, und die, die nicht haben. Imageträger ist das jeweils neueste Gerät. Der Arzt, der einen Kernspintomographen vorzuweisen hat, ist der Mercedesfahrer unter den Kollegen, die sich mit Normalausrüstung begnügen müssen. Aber auch der Käfer hat ja seine Vorteile. Genau so vie-

Der den Apparaten hilflos ausgelieferte Patient ist oft nur ein Klischee. Öfter trifft man solche, die an allen Segnungen der modernen Medizin teilhaben wollen.

einzelne, so werden jährlich rund 620 bis 630 000 Mark nur für die Durchführung von CT-Untersuchungen pro Gerät ausgegeben.

Dr. Lehmann hat eine Dreiviertelstunde Zeit für jeden Patienten, und damit dürfte er noch Glück haben. Die Arbeit wird dem Plan, den die Maschine vorgibt, untergeordnet, denn die Großgeräte müssen schließlich ausgelastet werden, um wirtschaftlich effizient zu sein. In den Praxen ist ein »Durchlauf« von 30 bis 40 Patienten keine Ausnahme, die Regel dürfte wohl eher ein Zeitraum von 20 Minuten sein. Das »Deutsche Ärzteblatt«: »Der Verdacht einer Zunahme betriebswirtschaftlich, aber nicht medizinisch indizierter Untersuchungen als Folge der ständig steigenden Zahl von Großgeräten oder eines fehlenden abgestuften Diagnoseplanes ist nicht von der Hand zu weisen.«

In den Praxen läßt sich noch am ehesten etwas drehen: Eine kleine Normvariante könnte auf einen beginnenden Tumor schließen lassen, und dieser Verdacht erfordert natürlich ein Knochenszintigramm. Gründe für die Indikation von Zusatzuntersuchun-

mann ging nicht zu einem einzigen Arzt, sondern durchlief direkt eine ganze Maschinerie: Von ihrem Hausarzt wurde sie auf die Abteilung für Endokrinologie überwiesen, wo ihre Blutzuckerwerte eingestellt werden sollten, von dort schickte man sie in die Augenabteilung wegen ihrer Sehstörungen, zum Nephrologen wegen der Schrumpfnieren, anschließend mußte sie noch zum Kardiologen wegen der Angina Pectoris und zum Gefäßchirurgen wegen der Durchblutungsstörungen in den Beinen. Sechs Diagnosen und einige Therapievorschlüsse waren das Ergebnis. Der Hausarzt, der der Frau die Befunde erklären und die Therapievorschlüsse auf einen Nenner bringen sollte, reagierte hilflos wie ein Übersetzer, der sich mit einem veralteten Wörterbuch herumschlagen muß. Er rief bei den Endokrinologen an und fragte: »Sagt mal, spinnt ihr eigentlich?«

Der Wissenschaftsbegriff, der sich hinter der hochprofessionalisierten und spezialisierten Medizin verbirgt, könnte noch aus dem frühen 18. Jahrhundert stammen. Ungebremster Fortschrittsoptimismus glaubte,



le wie das Kreiskrankenhaus von Freudenstadt, das in einer Stellenausschreibung für einen Radiologen beteuert, man habe »auch ohne CT und NMR — eine vielseitige Tätigkeit« zu bieten. Diese Versicherung ist auch angebracht, denn es sind nicht nur die Patienten, die von ihrem Arzt die Einweisung in das »bessere« Krankenhaus, nämlich das mit den neuesten Geräten, erwarten. Auch die Ärzte bewerben sich bevorzugt in solche Häuser.

Eine auf so nachdrückliche Weise erzeugte Einstellung der Patienten und Ärzte zur Großgerätemedizin führt zu verstärkter Nachfrage, was wiederum die Ärzte veranlaßt, eben diese Medizin verstärkt anzubieten, was wiederum... Am Ende ändert

kranker Menschen von einer anatomischen Genauigkeit, wie sie keine Vorläufertechnik und erst recht nicht die Sinnesorgane liefern können.

Geistiges Potential, wirtschaftliche Macht und Politik haben einen Prozeß in der Diagnostik in Gang gesetzt, der kaum schneller hätte ablaufen können. Auch in der Therapie gibt es einige Bereiche, wo neue Forschungsergebnisse zu enormen Verbesserungen geführt haben. In der Ursachenforschung geht es dagegen nur im Schnecken-tempo vorwärts. Das Bild des krankhaften Zustandes ist vorhanden, während der Grund für den Zustand unscharf bleibt. Therapeutischer Hilflosigkeit steht ein Boom in der Diagnostik gegenüber, den das

Das, was man mit »Apparatemedizin« verbindet, gibt es auch ohne Apparate. Die Betriebswirtschaft regiert schon längst in Praxen und Kliniken.

sich so die ganze Auffassung von der Medizin. Ein Schlaganfall war früher ein Schlaganfall. Heute ist es eine TIA (Transitorisch-ischämische Attacke), ein PRIND (prolongierter reversibler neurologischer Defekt) mit und ohne Restsymptomatik (Stadium 3a und b) oder ein Kompletter Schlaganfall entweder mit partieller Rückbildung der Symptome (Stadium 4a) oder ohne (Stadium 4b). Die Medizin wird mehr und mehr zu einer Wissenschaft des Quantifizierens und des Kategorisierens von Zuständen, zu einer Wissenschaft, die den Menschen als Summe von Funktionen begreift, deren Defekte vom jeweiligen Spezialisten, ähnlich wie von einem Automechaniker, behoben werden können.

Medizinische Großgeräte haben Diagnostik und Therapie einfacher, sicherer und schneller gemacht. Die Zahl der invasiven Untersuchungen konnte durch die Großtechnik erheblich verringert werden. Geringere Invasivität aber bedeutet mehr Sicherheit. Dort, wo früher zur Diagnostik im Bauchbereich komplizierte und risikoreiche Untersuchungen wie Laparoskopie oder Laparotomie notwendig waren, wird heute Ultraschall oder der Computertomograph eingesetzt. Die Schmerzen, die mit dem Retroperitoneum verbunden waren, die Übelkeit und die Kreislaufzusammenbrüche braucht kein Patient mehr zu fürchten. Gleichzeitig ist etwa das Computertomogramm ungleich aussagekräftiger verglichen mit einer Angiographie. Konnte früher der Arzt mit Finger, Auge und Ohr keine Diagnose stellen, so war eine Operation angezeigt. Heute wird nur noch in seltenen Fällen aus diagnostischen Gründen operiert. Präoperative Diagnostik ermöglicht es, zielgerichteter zu operieren und die Traumatisierung der Patienten zu verringern. Ultraschall, CT, Kernspintomographie und Nuklearmedizin geben Bilder gesunder und

»Deutsche Ärzteblatt« als »diagnostischen Overkill« bezeichnete. Dieser Boom kommt nicht von ungefähr, denn diagnostische Hilfsmittel sind direkt anwendbar, was ihren Marktwert ausmacht. Die Investition der Hersteller in die Entwicklung eines Diagnosegerätes wird in relativ kurzer Zeit als Gewinn zurückgeführt. In der Hand des Arztes verwandeln sich die Geräte in Puzzlesteine der Kapitalverwertung. Desinteressiert ist die Industrie selbstverständlich, wenn in Forschung investierte Mittel nicht zurückgeführt werden können, wie es bei der Erforschung der Ursachen allergischer Erkrankungen der Fall sein dürfte.

Dennoch: An der weiteren Spezialisierung der Wissenschaft geht kein Weg vorbei, und da decken sich zumindest partiell die Interessen der Industrie und der Patienten. Mag sich auch die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in den letzten Jahren eher verschlechtert haben, so zeigt die Schuldzuweisung an die medizinisch-technische Entwicklung, wie viele Grüne, Alternative und auch Linke sie betreiben, doch nur eines: Man hat sich aus der Tradition des mechanistischen Denkens noch nicht gelöst. Apparate an sich sind tot, erst durch die Art und Weise ihrer Verwendung wirken sie auf die Lebensbedingungen der Menschen. Und das hängt immer noch von den gesellschaftlichen Verhältnissen ab.

Der Traum vom guten väterlichen Arzt, der den Patienten als ganze Persönlichkeit, aber nur mit dem Stethoskop behandelt, ist ausgeträumt, wenn ihn auch viele gerne wiederbeleben möchten. Daß alles mit allem zusammenhängt, das Ganze erst die Summe der Teile ausmacht, ist eine banale Weisheit. Man muß wissen, wie es genau zusammenhängt. Auch zu den Anthroposophen ist diese Erkenntnis mittlerweile schon gedrungen: In ihrer Renommierklinik in Herdecke steht längst ein Kernspintomograph. □

Neu im Konkret Literatur Verlag

**FRIEDRICH HANSEN
REGINE KOLLEK**

GEN-TECHNOLOGIE

**DIE NEUE
SOZIALE WAFFE**



Anhand bereits praktizierter Anwendungen und aktueller Forschungsvorhaben wird gezeigt, wie Gen-Technik zu einem Instrument sozialer Auslese und Diskriminierung wird.
160 Seiten, 18 Mark

RENATE JÄCKLE

**GEGEN
DEN MYTHOS
GANZHEITLICHE
MEDIZIN**



»Ganzheitliche Medizin« und »Naturheilkunde« sind die neuen Formeln der Gesundheitspolitik von Konservativen, Alternativen und Grünen gleichermaßen. Renate Jäckle setzt sich kritisch mit diesen Begriffen auseinander und entwickelt neue Ansätze für eine alternative Gesundheitspolitik.
176 Seiten, 18 Mark

**Christiane Grefe
Allergien**
Leiden an der Umwelt
Konkret Literatur Verlag

Jeder zweite Bürger leidet an einer Allergie. Dieses Buch informiert über die verschiedenen Erklärungsversuche und Therapien. Es soll Patienten den Zugang zu ihrer persönlichen Lösung eröffnen.
216 Seiten, 20 Mark

Fein manövriert

Andreas Zieger zum »Maßnahmekatalog«
für medizintechnische Großgeräte

»Freiwillige Selbstkontrolle« statt gesetzlicher Regelung: die niedergelassenen Ärzte haben sich eine wichtige Pfründe erhalten.

Entgegen allen optimistischen Vorhersagen über den »Segen des technischen Fortschritts« in der Medizin hat sich jedoch der Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Bundesrepublik keineswegs verbessert. Chronische Verschleiß- und Geschwulstkrankheiten nehmen weiterhin zu, Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ist kleingeschrieben, die Säuglingssterblichkeit stagniert, und die immer deutlicher werdenden Mängel in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung sind geeignet, die gesundheitspolitische Konzeption des herrschenden Medizinbetriebs grundlegend in Frage zu stellen.

Anfang der achtziger Jahre legte der hessische Sozialminister Clauss ein »Gerätelenkungsgesetz« mit dem Ziel vor, den Einsatz medizintechnischer Großgeräte bedarfsorientiert, koordiniert und sparsam zu planen. Wie auch die Länderregierungen von Bremen und Nordrhein-Westfalen plädierte er dafür, die teuren Großgeräte vorwiegend in den Krankenhäusern einzusetzen, um einem ungesicherten wirtschaftlichen Einsatz in der ambulanten Versorgung vorzubeugen. Gegen diese Gesetzesinitiative liefen Ärzteverbände, so der Hartmannbund, und die Geräteindustrie Sturm. Sie verteuerten derartige Vorhaben als »Hemmnis des Fortschritts« und als »Eingriff in den freien Medizinmarkt«.

Getreu den standespolitischen Rezepten wurden niedergelassene Ärzte offen dazu aufgefordert, als technische »Innovatoren« aktiv zu werden. Großgeräte sollten demnach auch dann aufgestellt werden, wenn noch keine entsprechenden Zulassungen erteilt waren oder gar Bedarfsplanungen vorlagen.

Das CDU-regierte Baden-Württemberg brachte dementsprechend einen Gesetzentwurf »zur Sicherung des wirtschaftlichen Einsatzes von medizinisch-technischen Großgeräten in der kassenärztlichen Versorgung« ein. Dieser Gesetzentwurf sowie der Entwurf der SPD-Bundestagsfraktion »zur Ergänzung des Kassenarztesrechtes« wurden dem Bundestag zur Beratung vorgelegt.

Als die »konzertierte Aktion« im Herbst 1984 scheiterte und die Sozialversicherungen Mehrausgaben von 1,4 Milliarden Mark durch einen neuerlichen Kostenanstieg von 7,4 Prozent zu verzeichnen hatten, stellte die Bundesregierung für besonders kostenintensive Bereiche wie Arzneimittel und Großgeräte staatliche Eingriffe in Aussicht. Die Standespresse reagierte prompt: »Gerät

nach der pharmazeutischen Industrie auch die medizinisch-technische Industrie in den Strudel aus Kostendämpfung und bürokratischen Vorschriften?«

Der »Entscheidungskonflikt« zwischen staatlichen Reglementierungen und eigenen wirtschaftlichen Privilegien wurde von den Standesverbänden offensiv zu lösen versucht. Sie setzten auf das kleinere Übel und handelten mit den Vertretern der Selbstverwaltungsorgane (Krankenkasse, Krankenhausgesellschaft) einen standespolitischen Kompromiß aus, den »Maßnahmekatalog zur Sicherung des wirtschaftlichen Einsatzes

Ärzteverbände fürchten »Hemmnis des Fortschritts« und »Eingriff in den freien Medizinmarkt«

medizinisch-technischer Großgeräte in der kassenärztlichen Versorgung«.

In der Auseinandersetzung um das große Geschäft mit medizinisch-technischen Großgeräten sind die Spitzenverbände der Kassenärzte in die Offensive gegangen.

Im Frühjahr wurde unter Beteiligung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein »Maßnahmekatalog zur Sicherung des wirtschaftlichen Einsatzes medizinisch-technischer Großgeräte in der kassenärztlichen Versorgung« vorgelegt. Ein Ad-hoc-Arbeitskreis bereitet bereits Richtlinien zur Bedarfsplanung vor, in denen die »Standorte zwischen ambulantem und stationärem Bereich« abgestimmt werden sollen.



Trotz »Kostendämpfungsgesetzen« und »Sparpolitik« hat sich der in den siebziger Jahren einsetzende Technologie-Boom im bundesdeutschen Gesundheitswesen ungehemmt fortgesetzt. Kernspintomographie, Digitale Subtraktionsangiographie, Nierenlithotripter und Emissions-Computertomographen werden von der Geräteindustrie auf den Markt gedrängt. Das große Geschäft mit der Computertomographie hat sich beruhigt und wurde von der Kernspintomographie abgelöst. Bereits im Juni waren in der Bundesrepublik 39 Kernspintomographen zu einem Stückpreis von 4,0 bis 6,5 Millionen Mark aufgestellt, 15 in Krankenhäusern, 24 in privaten Arztpraxen.

Schon 1981 beliefen sich die Kosten für den Gerätepark auf 25 Milliarden Mark im Krankenhaus und 15 Milliarden Mark in Arztpraxen; 1982 stellte der DGB in einer europäischen Vergleichsstudie zur Computertomographie fest, daß der unproportionale und unkoordinierte Einsatz von medizinischem Großgerät wie der Computertomographie eine wesentliche Teilursache der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen sei. Statt der benötigten 120 bis 200 CT-Geräte seien bereits 317 Geräte installiert worden, ein deutliches technisches Überangebot. Gleichzeitig wurde bekannt, daß von diesen 317 Geräten nur die 200 in Krankenhäusern und großen Kliniken installierten Geräte der Bevölkerung »rund um die Uhr« zur Notfallversorgung zur Verfügung stehen, wäh-

Tabelle 1: Medizinisch-technische Großgeräte¹⁾

Gerät	Zahl der Großgeräte ²⁾			Ges.-Zahl 1985	Ges.-Zahl 1972
	Krankenhaus	Praxis			
Linksherzkatheder-Meßplätze	139	1		140	76
CT-Geräte	264	139		403	0
Hochvolttherapie-Geräte	279	21		300	246
davon: Linearbeschleuniger	68	2		70	
Kreisbeschleuniger	31	0		31	
Co-60 u. Cs-137-Geräte	180	19		199	
Emissions-CT	30	3		33	0
Gamma-Kameras	508	351		859	30
DSA-Geräte	115	32		147	0
Nierenlithotripter	16	0		16	0
NMR-Geräte	14	16		30	0
Summe	1365	563		1928	352

1) Stand: Bundesrepublik Deutschland, Anfang 1985, Bedarfspläne, eigene Erhebungen, Firmeninformation.

2) Standort unabhängig von den Eigentumsverhältnissen.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt, Heft 30 vom 26. Juli 1985

rend die Geräte in privater Regie hiervon ausgenommen sind.

Heute sind bereits 800 von über 1800 Großgeräten in den Händen privater Leistungsanbieter (Arztpraxen und Röntgen-Gemeinschaftspraxen). Lag der Anteil der Honorare für technische Leistungen an der ärztlichen Gesamtvergütung 1982 noch bei 1,3 Prozent, so liegt er heute bereits bei 10 Prozent und soll nach offiziellen Schätzungen in den nächsten Jahren auf 30 Prozent steigen.

Begünstigt, wenn nicht gar provoziert, wurden diese wildwüchsigen Entwicklungen durch großzügige Verkaufsangebote der Apparateindustrie (Leasing), durch das System der Einzelleistungsvergütungen, das im ohnehin rein kurativ-technisch orientierten Medizinbetrieb medizinisch-technische Leistungen zuungunsten psychosozialer Behandlungsmethoden bevorzugt, sowie durch eine lasche Gesetzgebung, trotz Sparsamkeitsappellen unter drastisch verminderten ökonomischen Ressourcen im Gesundheitswesen.

Nach diesem Kompromiß sollen alle Großgeräte und Gerätesysteme mit einem Neuwert von über 500 000 Mark in eine Liste aufgenommen werden. Diese Liste soll von den Selbstverwaltungsorganen alle zwei Jahre überprüft werden. Außerdem will man für alle Kassenärzte verbindliche Richtlinien über die apparativen und personellen Anforderungen und Voraussetzungen für die wirtschaftliche Nutzung (Auslastung) der Großgeräte vorlegen. Daneben sollen bundeseinheitliche Regelungen für die Bedarfs- und Standortplanung entwickelt werden. In diese Planungen werden das zuständige Landesministerium und die Vertreter der Selbstverwaltungsorgane einbezogen. Kassenärzte sollen mindestens ein halbes Jahr vor Anschaffung und Inbetriebnahme das Großgerät anzeigen und an einem Beratungsgespräch teilnehmen. Verstöße gegen diese Pflicht zur Anzeige oder Beratung sollen mit Ausschuß von der Leistungsvergütung geahndet werden. Schließlich soll durch Regelungen im Vergütungssystem eine medizi-

nisch unbegründete Ausweitung der Großgeräteleistungen verhindert werden.

Mit dem »Maßnahmenkatalog« kommen zum ersten Mal wesentliche Probleme des Großgeräteinsatzes offiziell zur Sprache, die bisher in der standespolitischen Diskussion geleugnet wurden, so z.B. die »medizinisch unbegründete Ausweitung der Großgeräteleistungen«. Auch wenn diese Einsicht reichlich verspätet sein dürfte, ist sie doch wahrscheinlich als Ergebnis der Zusammenarbeit der Selbstverwaltungsorgane zu werten.

Es fällt aber sofort ins Auge, daß weiterhin kritiklos am technisch orientierten Medizinbetrieb festgehalten wird. Zwar wird der besonders kostentreibende Einsatz der Großgeräte aus dem breiten Feld medizinisch-technischer Apparaturen herausgehoben, gleichzeitig aber unterstellt, daß das, was teuer ist, auch gut für die Gesundheit sei. Damit aber dürften die inhumanen Strukturen und technischen Schadensfolgen im Gesundheitswesen nur noch verstärkt werden. Das erscheint umso schwerwiegender, als laut jüngsten Ergebnissen der Studie »Tech-

Patienten werden auch nachts in die Praxis bestellt — damit das NMR ausgelastet ist

nische Servicezentren« zwei Drittel aller Gerätedefekte apparatebedingt sind und viele Großgeräte nicht den Sicherheitsbestimmungen entsprechen. Allein die Risiken und Schadensfolgen durch den Einsatz der Kernspintomographie sind laut Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung vom Januar 1985 noch nicht einmal abzusehen oder gar erforscht.

Als weiterer Kritikpunkt wird genannt, daß wesentliche Teilbereiche des »Maßnahmenkatalogs« wie die Anwendungsbereiche und die Kontroll- und Disziplinarmaßnahmen fest in standespolitischer Hand bleiben und damit auch weiterhin von den privatwirtschaftlich organisierten Leistungsanbietern bestimmt werden dürften. Inwieweit die Sozialversicherten nun über die Krankenkassen ein tatsächliches Mitspracherecht an der Bedarfs- und Standortplanung, an der Geräteausstattung und den personellen Bedingungen erhalten werden, wird wesentlich von den gewerkschaftlichen Interessenvertretern in den entsprechenden Verhandlungen abhängen.

Solange aber der Großgeräteinsatz nicht dem Monopol der Kassenärzte entzogen und in ein demokratisch kontrolliertes System der integrierten Gesundheitsversorgung überführt wird, dürften sich die privatwirtschaftlichen Strukturen nicht ändern und der Technikeinsatz weiterhin vom Profitkalkül bestimmt werden.

Dadurch, daß die kostentreibenden Strukturen des Gesundheitswesens unangetastet bleiben, dürfte sich durch den »Maßnahmenkatalog« auch kein effektiver Abbau der Kostensteigerungen ergeben. Eher ist zu erwarten, daß ein großer Umverteilungsprozeß von Leistungen aus dem Einsatz teurer Großgeräte zugunsten der privaten Anbieterseite auf Kosten der Betroffenen erfolgen wird. Und es ist sicherlich kein Zufall, daß diese kassenärztliche Offensive in einer Zeit

gestartet wird, in der die Bonner Wendepolitiker alles unternehmen, um ihre Privatisierungsabsichten im gesamten Sozial- und Gesundheitsbereich einzuleiten, wie auch am neuen Krankenhausfinanzierungsgesetz zu sehen ist.

Insgesamt entpuppt sich der »Maßnahmenkatalog« als wohlkalkuliertes standespolitisches Manöver, staatliche Reglementierungen auszuschalten und die Pfründen zu sichern, die den privaten Leistungsanbietern aus dem Geschäft mit der Krankheit anderer durch die Anwendung profitabler Großgeräte erwachsen.

Ein Beispiel aus der Praxis:

Im Gerätepark einer Oldenburger Röntgen-Gemeinschaftspraxis wurde vor über einem Jahr ein Kernspintomograph (NMR) installiert, mit Duldung der örtlichen AOK: aus »wissenschaftlichen Gründen«, in einer Zeit, als es weder Richtlinien für die Zulassung noch offizielle Vereinbarungen über die Vergütung gab. Die Untersuchungskosten wurden dann auch mit 960 Mark pro Patient honoriert. Seit Inkrafttreten der offiziellen Richtlinien wird eine NMR-Untersuchung nur noch mit 470 Mark vergütet. Die Röntgenärzte versuchen nun, auf alle erdenkliche Weise durch eine Steigerung der Untersuchungszahlen das Gerät hereinzuwirtschaften und in gewinnträchtige Bereiche vorzustoßen. Sie scheuen nicht davor zurück, Patienten aus regionalen Krankenhäusern bis in die späte Nacht hinein einzubestellen und zu untersuchen.

Das Beispiel zeigt, welche Spielräume den »technikfreudigen Innovatoren« im Medizinbetrieb offenstehen, wenn bloßes Wirtschaftlichkeitsdenken und Profitkalkül auch noch die Reste von Humanität verdrängen. Und die Kassenärzte werden es mit dem »Maßnahmenkatalog« in Zukunft noch leichter haben als bisher, die unliebsame Konkurrenz der Krankenhäuser zu kanalisieren und den Einfluß der zersplitterten Krankenkassen zu schwächen.

Ob die inhumanen Auswirkungen der nach reinem Profitkalkül eingesetzten Großgerätetechnik voll durchschlagen oder ob die Monopolstellung der privaten Leistungsanbieter gebrochen werden kann, wird wesentlich von der Gegenwehr oppositioneller und demokratischer Listen in den Ärztekammern, von den gewerkschaftlichen Kolleginnen und Kollegen in den Krankenkassen und von den politischen Einflüssen auf die kommunalen Krankenhäuser abhängen.

Unerlässlich wird es sein, die Kritik am herrschenden Medizinbetrieb zu stärken und sich mit alternativen Gesundheitskonzepten in die gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen einzubringen. Dabei erscheint mir zur Vermeidung weiterer Schäden und weiteren Kostenanstiegs vordringlich, den Einsatz der Großgeräte nicht nur drastisch zu beschränken, sondern vor allem die Kritik am technikfreudigen Geschäft mit dem Kampf zu verbinden, der die Macht der privatwirtschaftlichen Leistungserbringer im Gesundheitswesen zu brechen in der Lage ist. Ein erster Schritt in die richtige Richtung könnte sein, die Einzelleistungsvergütung aufzuheben und die Honorare für medizintechnische Leistungen drastisch zu senken.

Andreas Zieger

Das wird geregelt:

In der gemeinsamen Liste von Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Gesetzlicher Krankenversicherung und Deutscher Krankenhausgesellschaft sind folgende Geräte enthalten:

- Computertomographen (Schädel und Ganzkörper)
- Emissions-Computertomographen
- Szintigraphische Großfeldkameras (Gammakameras)
- Kreisbeschleuniger
- Linearbeschleuniger
- Tele-Kobalttherapiegeräte
- Koronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkathetermeßplätze)
- DSA-Geräte (Digitale Subtraktions-Angiographie)
- Lithotripter
- Kernspintomographen

Niedersächsisches Ärzteblatt 9/1985

»Wir sind wie der König Midas«

dg-Gespräch mit dem Psychiater
Lorenzo Torresini aus Triest

»Psychiatrie ist der Versuch, menschliches Elend unsichtbar zu machen«, so Lorenzo Torresini in seinem Vortrag zur **Psychiatrie im Territorium**. Der Begriff des Territoriums ist als positiver Gegenentwurf zur geschlossenen Anstalt gemeint: Soziales und psychisches Leid soll nicht hinter den Mauern versteckt werden. Psychiatrie im Territorium will die Krisenbewältigung im normalen Le-

bensumfeld der Betroffenen.

Der italienische Reformpsychiater **Lorenzo Torresini** leitet eine Centro d'Igiene Mentale (Zentrum für geistige Gesundheit) in Triest. dg-Redakteur **Joa-chim Gill** sprach mit ihm auf einem Psychiatrie-Kongress in Hamburg, wo Torresini über die »psychiatrische Praxis im psychosozialen Territorium« referierte.

dg: Haben Sie den Prozeß der Öffnung der psychiatrischen Anstalten von Anfang an miterlebt?

Torresini: Ja, ich kam 1971 hierher und habe die Anfänge miterlebt. Die Abschaffung der Anstalt begann mit Hausbesuchen, mit einer Strategie der ambulanten Arbeit. Nach und nach hat sich das Personal in das Lebensumfeld der Patienten hineinbegeben. Wir nennen das Arbeit im Territorium. Dadurch konnten endlich die therapeutischen, rehabilitativen und präventiven Momente der psychiatrischen Arbeit zusammengefaßt werden.

dg: Wie sieht jetzt in Triest die Struktur der psychiatrischen Versorgung durch die Zentren für seelische Gesundheit aus?

Torresini: In ganz Triest gibt es sieben Zentren mit jeweils sechs bis acht Betten, 20 bis 25 Pflegern und Schwestern, drei bis vier Ärzten, zwei Sozialarbeitern und einem Psychologen. Jedes Zentrum versorgt einen Einzugsbereich von 40 000 Einwohnern. Sie sind rund um die Uhr und auch an Feiertagen geöffnet. Es wird in Schichten gearbeitet, so daß auf Hilferufe jederzeit reagiert werden kann, sei es, daß der Betreffende zum Zentrum

kommt oder von zu Hause anruft. Im Allgemeinkrankenhaus haben wir entsprechend den gesetzlichen Vorschriften einen Dienst und Behandlungsmöglichkeiten für den Fall, daß ein Patient dorthin gebracht wird. Die eigentliche Behandlung beginnt aber nicht im Krankenhaus, sondern im Zentrum oder zu Hause, in der Familie des Patienten.

dg: Es kann also sein, daß Mitarbeiter des Zentrums mehrere Stunden lang bei einem Kranken im Allgemeinkrankenhaus bleiben?

Torresini: Sie bleiben manchmal mehrere Stunden, manchmal mehrere Schichten lang. Nach unserer Überzeugung gehört das Spital zum Lebensumfeld oder Territorium. Eine Person, die uns braucht, wird behandelt, egal, wo sie sich befindet. Aber das Zentrum selbst ist auch Territorium. Zu jedem Zentrum gehört eine Mensa, die 50 bis 60 Essen mittags und abends ausgibt. Die Leute, die zu den Mahlzeiten kommen, finden nicht nur soziale Unterstützung, sie benutzen sie auch als Hilfe bei ihren psychischen Schwierigkeiten. Essen bedeutet nämlich nicht nur, sich zu ernähren, sondern auch, mit anderen in Kon-



takt zu treten. Außerdem bieten die Mahlzeiten den Mitarbeitern des Zentrums, die mit den Benutzern essen, die Gelegenheit zur unkomplizierten und sanften Beobachtung.

dg: Hat sich nach der Auflösung der psychiatrischen Großklinik San Giovanni in Triest eigentlich die Zahl der Zwangseinsweisungen verringert?

Torresini: Allein im Jahr 1971 gab es ungefähr 1200 Zwangseinsweisungen, zwischen 1978 und 1984 wurden nur 20 Personen zwangseingewiesen.

dg: Und wie gehen Sie mit den Zwangseingewiesenen um?

Torresini: Wir schließen den Patienten nicht mehr in ein Zimmer hinter Panzerglas und Gitterstäbe ein. Das erlaubt übrigens das Gesetz 180, das Gesetz zur Psychiatriereform, auch nicht mehr. Statt dessen ist gesetzlich festgelegt, daß derart gefährdeten Menschen eine Sonderpflege zusteht. Im Extremfall kann das bedeuten, daß ein Patient zu Hause rund um die Uhr durch ein oder zwei Mitarbeiter des Zentrums betreut wird, natürlich unter Verwendung von Psychopharmaka.

dg: Seit Jahren berichtet die Presse in der Bundesrepublik über die regionalen Versorgungsunterschiede. Es wird behauptet, daß die Re-

form gescheitert sei, weil den Patienten und ihren Angehörigen jetzt überhaupt nicht mehr geholfen werde.

Torresini: Einer der Gründe für die regionalen Unterschiede beruht darauf, daß die Mehrzahl der italienischen Psychiater nicht dazu bereit ist, ihre althergebrachte Arbeitsweise in Frage zu stellen und zu verändern. Sie trauen sich einfach nicht aus dem Hospital hinaus auf die Straßen.

dg: Aber es dürfte doch wohl auch allgemeine politische Gründe für die Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Reform geben?

Torresini: Die Regierung und der Gesetzgeber haben, bildlich gesprochen, eine Art Coitus interruptus mit der Reformbewegung betrieben. Sie haben zwar ein Reformgesetz erlassen, doch viele gesellschaftliche Kräfte wollten die konsequente Durchführung nicht. Die Regierung hat seit der Verabschiedung im Jahre 1978 stets verlauten lassen, daß sie das Gesetz wieder abschaffen wolle. Deswegen hatten die Stadtverwaltungen Hemmungen, das Reformvorhaben, das scheinbar kurz vor seiner Zurücknahme stand, auszuführen.

dg: Ist das Reformgesetz denn nur in den Provinzen umgesetzt worden, in den eine Mehrheit aus So-



In einem italienischen Zentrum für geistige Gesundheit

Foto: NFK/Gerlo Beernink

bedingt ist, daß wir sie ernstgenommen haben. Wir haben sie nämlich für die Verbesserung unserer Arbeit ausgenutzt. Die Proteste der Angehörigen sind ein wichtiger Anknüpfungspunkt für die Entwicklung einer menschenwürdigen Form psychiatrischer Versorgung.

dg: Die konservative ärztliche Standespresse in der Bundesrepublik behauptet, daß die Angehörigen psychisch Kranker vorwiegend in den Regionen, wo die Psychiatriereform stattfindet, protestieren und nicht dort, wo sich überhaupt noch nichts geändert hat. Stimmt das?

Torresini: Die Proteste sind dort am stärksten, wo sich an der psychiatrischen Versorgung noch gar nichts geändert hat. Aber ich möchte noch einmal auf die Vereinigung der Angehörigen zurückkommen. Die ursprüngliche nationale Vereinigung in Rom hat sich vor einiger Zeit gespalten. Der eine Flügel besteht aus denen, die zurück zu der ursprünglichen Form der Anstalten wollen. Der andere Flügel hat verstanden, daß ihr Kampf und unser Kampf das gleiche Ziel haben.

dg: In der hiesigen Presse ist immer nur von den Angehörigen die Rede, die die alte Psychiatrie zurückhaben wollen.

Torresini: Wahrscheinlich, weil nur der Flügel der Angehörigenvereinigungen vom Gesundheitsminister offiziell anerkannt worden ist, der die alte Psychiatrie wieder haben will. Also einzig und allein aus ideologischen Gründen.

dg: Sie haben mehrfach vom »utente« gesprochen, ein Begriff, den Sie anstelle der Bezeichnung »Patient« verwenden. Was verstehen Sie darunter?

Torresini: »Utente« bedeutet Benutzer der Dienstleistungen, die wir zur Verfügung stellen.

dg: Ist nur der Kranke ein »utente«?

Torresini: Nein, die ganze Gesellschaft. Der Kranke oder seine Bezugsperson, die mit uns zuerst in Beziehung tritt, sind

uns natürlich am nächsten. Wir psychiatrisch Tätigen ähneln dem berühmten König Midas*: Wen wir berühren, den machen wir sofort zum psychiatrischen oder psychiatrisierten Patienten. Wir etikettieren durch unsere Tätigkeit.

dg: Was halten Sie von dem Begriff der Depsychiatisierung, wie ihn Giovanni Jervis in seinem Handbuch der Psychiatrie definiert? Auch hier in der Bundesrepublik wird den wenigen sozialpsychiatrischen Kliniken von antipsychiatrisch eingestellten Kräften vorgehalten, daß sie das psychische Elend durch ihre Aktivitäten geradezu fördern.

Torresini: Wir meinen nicht, daß die Aktivitäten des Zentrums die Gefahr der Psychiatisierung in sich bergen, und die Art und Weise, wie Jervis den Begriff der Entpsychiatisierung verwendet, ist höchst gefährlich. In Europa gibt es eine Million internierte psychisch Kranke. Das Problem ist, den richtigen ersten Schritt zur Auflösung der Anstalten zu finden. Wenn man behauptet, daß der erste Schritt nicht die Behandlung im Territorium sein soll, dann muß man die Anstalten so lassen, wie sie sind. Wenn man allerdings davon überzeugt ist, daß die Auflösung der Institutionen richtig ist, dann muß man eine Alternative zur Anstalt finden. Sicher hat die Psychiatrie seit ihren Anfängen eine zweideutige Rolle gespielt. Einerseits bietet sie Hilfe für den Patienten, andererseits hat sie gesellschaftliche Kontrollfunktionen inne. Wenn sich nun sozialpsychiatrisch Tätige weigern, diese Kontrolle auszuüben, hat das schlimme Folgen für die Patienten, nämlich entweder ihre Verwahrlosung oder das Entstehen neuer Kontrollinstanzen, beziehungsweise die Übernahme der Kontrolle durch andere Organe, zum Beispiel die Polizei. Man muß der psychiatrischen Kontrollfunktion eine andere Qualität geben, etwas wie Vertrauen, Fürsorge und Unterstützung. Dabei handelt es sich womöglich noch um Kontrolle oder auch um Übergangsformen der Kontrolle.

dg: Partnerschaft?

Torresini: Ja, ein Konzept der Komplizenschaft erleichtert die Arbeit ganz erheblich. Wenn man, wie Jervis, behauptet, daß auch die Arbeit im Territorium eine Psychiatisierung darstellt, dann führt das zum Nihilismus, dazu, daß überhaupt nichts mehr getan wird. □

zialisten und Kommunisten bestand, oder auch in anderen?

Torresini: Das Bild ist nicht so klar. In Triest zum Beispiel hatten wir es mit einer christdemokratischen Regierung zu tun. Dagegen haben einige linke Verwaltungen ein Verhältnis zu dieser Reform, das man leider als rückschrittlich charakterisieren muß. Im Gegensatz dazu gibt es eine ganz vortreffliche Stellungnahme der katholischen Bischofskonferenz. Die Sozialisten sind untereinander völlig zerstritten. Der gegenwärtige Ministerpräsident ist ein Gegner der Reform. Bettino Craxi behauptet, daß die Psychiatriereform ein Fehler gewesen sei und wieder rückgängig gemacht werden müsse. Andererseits gibt es viele politisch bedeutende Persönlichkeiten in dieser Partei, die uns in den vergangenen Jahren unterstützt haben. Auch die linken Gewerkschaften unterstützen nach wie vor auf nationaler Ebene die Reform. Auf lokaler Ebene sieht das allerdings häufig anders aus, weil die Angst vor dem Verlust von Arbeitsplätzen in der Psychiatrie auch bei den Gewerkschaften noch nicht überwunden ist. Dabei handelt es sich offensichtlich um ein Mißverständnis. Die Anzahl der Arbeitsplätze für psychiatrisch Tätige hat sich zum Beispiel in Triest überhaupt nicht verrin-

gert.

dg: Konservative Psychiater und die Verbände der Angehörigen psychisch Kranker haben in der letzten Zeit großen politischen Druck ausgeübt. Sind denn die Klagen der Angehörigen in bezug auf die gesamte Versorgungssituation berechtigt?

Torresini: Zwischen der Einstellung der konservativen Psychiater und der Angehörigen muß unterschieden werden. Bei dem Psychiater Tobino, einem der Protagonisten, handelt es sich um jemanden, der in der herkömmlichen Psychiatrie sozusagen aufgewachsen ist. Überspitzt ausgedrückt, ist er ein chronischer Psychiater.

Die Einstellung der Angehörigen ist im Unterschied dazu nicht so eindeutig. Das Unbehagen, das viele Angehörige ausdrücken, ist vielerorts berechtigt. Meines Erachtens ist gerade die psychiatrische Arbeit im Territorium überhaupt nicht durchführbar, wenn nicht eine auch kritische Beziehung zwischen psychiatrisch Tätigen und den Angehörigen besteht. Das gehört dazu, das muß sein! Proteste der Angehörigen brauchen wir geradezu als Korrektiv für unsere Arbeit. In Triest haben sich diese Proteste leider bisher nie organisieren können. Ich behaupte einmal provokativ, daß dies dadurch

* Alles, was König Midas, eine griechische Sagengestalt, berührte, verwandelte sich in Gold.



Foto: Manfred Scholz

Geburtsfehler

Neues Hebammengesetz kam mit Mängeln zur Welt

Die Hinzuziehungspflicht blieb. Aber durch den Wegfall der Niederlassungsbestimmungen wird es für freiberufliche Hebammen finanziell eng werden.

Nach langen Geburtswehen ist es am 1. Juli 1985 endlich auf die Welt gekommen: das neue Hebammengesetz.

Heiß umkämpft zwischen Ärzteschaft und Hebammen war die geplante Streichung des Paragraphen 4 («der Arzt ist verpflichtet, bei der Entbindung eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger hinzuzuziehen»). Noch in allerletzter Minute kam pikanterweise ein Antrag auf Streichung dieses Paragraphen ausgerechnet von der Vereinigung der Hebammenlehrer (Ärzten also). Welches Interesse könnten die Hebammenlehrer haben, den künftigen und den examinierten Hebammen die Hinzuziehungspflicht zu streichen? Sollte man nicht eher annehmen, daß gerade sie sich in ihren Schulen für die Hebammen einsetzen?

In den USA war die Pflicht, Hebammen zu jeder Geburt hinzuziehen, abgeschafft worden, um deren Tätigkeiten den Ärzten zuzuschancen. Schon nach kurzer Zeit stellte sich heraus, daß sie überfordert waren. Jetzt werden in Schnellkursen wieder Hebammen ausgebildet, um die chaotischen Zustände zu beseitigen.

Ein Hebammengesetz, das die Zuziehungspflicht aufgehoben hätte, hätte mit Sicherheit dazu geführt, daß an vielen Krankenhäusern Hebammen an den Geburten nicht mehr beteiligt worden wären. Ihre Verdrängung vom Geburtsbett wäre aber sicherlich ein ganz empfindlicher Rückschlag im Kampf gegen die perinatale Mortalität und Morbidität.

Eine Änderung allerdings betrifft die Niederlassungserlaubnis. Im neuen Gesetz wird nur noch zwischen angestellten und freiberuflich tätigen Hebammen unterschieden, was auch sehr sinnvoll ist. Der Haken an der Sache ist jedoch die Niederlassungserlaubnis, die bis jetzt von den Gesundheitsämtern ausgestellt wurde, wobei der Staat gleichzeitig den Hebammen einen Wohnsitz zuwies, um eine flächendeckende Versorgung zu sichern. Niederlassungserlaubnis

und Mindesteinkommen (750 Mark monatlich) wurden nun ersatzlos gestrichen.

Eine Krankenhausgeburt kostet im Durchschnitt 2850 Mark, eine Hausgeburt 1450 Mark und eine ambulante Geburt etwa 1100 Mark. Die Hebamme bekommt für eine bis zu 18 Stunden dauernde Geburt 200 Mark. Der Wochenbettbesuch wird unabhängig von der Zeit mit 20 Mark abgerechnet. Bei diesen Zahlen kann man sich ausrechnen, wieviel eine Hebamme arbeiten muß, um sich ihren Lebensunterhalt zu verdienen.

In einer Stadt mit 1500 Geburten, das betrifft ein Einzugsgebiet von 200 000 Einwohnern, hat sie statistisch gesehen die Chance, bei 30 Geburten zu (ver)diene, das macht in der Endabrechnung 6000 Mark im Jahr. Dazu kommen dann die Wochenbettbesuche, die ebenfalls mit 6000 Mark zu Buche schlagen, insgesamt also 12 000 Mark Jahresverdienst.

Wenn eine Hebamme 2000 Mark verdienen will, so braucht sie ein Einzugsgebiet von 400 000 Einwohnern oder eine Stadt mit 200 000 Einwohnern und muß dazu 60 Frauen bei ambulanten Geburten betreuen. Abgesehen davon, daß es so viele ambulante Geburten gar nicht

Für die Hinzuziehungspflicht haben Hebammen jahrelang demonstriert — mit Erfolg. Jetzt geht es ihnen ans Portemonnaie.

gibt, ist die gleichzeitige Betreuung von Gebärenden und eine Wochenbettpflege bei unter Umständen zwei bis drei Frauen gleichzeitig zeitlich nicht zu vereinbaren.

Das sonst allgegenwärtige Argument des Geldes — eine ambulante Geburt ist billiger als alles andere — kontern die Krankenhäuser mit dem Hinweis, die Betten in der Geburtshilfe müßten ausgelastet sein — wenn sie leerstünden, sei alles noch viel teurer.

Wenn dann noch den Hebammen, die gezielte Öffentlichkeitsarbeit betreiben, monetäre Interessen vorgeworfen werden, so geschehen in einer Stellungnahme des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, so ist das angesichts der Verdienstmöglichkeiten geradezu zynisch. Bei dieser Bezahlung ist es vielen freiberuflichen Hebammen bis jetzt nicht möglich gewesen, eine Rentenversicherung zu bezahlen. Nach dem neuen Gesetz unterliegen jetzt alle freiberuflichen Hebammen der Kranken- und Rentenversicherungspflicht, bei 560 Mark Monatsentgelt sind als monatlicher Krankenkassenbeitrag 92 Mark zu bezahlen.

Ein notwendiges Aufgabenfeld betrifft die Schwangerenberatung und -betreuung. Dieses Sachgebiet wurde im Gesetz leider nicht zur vorbehaltenen Tätigkeit für Arzt und Hebamme erklärt, wie es der Bund deutscher Hebammen gefordert hatte und wie es für Geburtshilfe und Wochenbettpflege gilt. Damit ist der Weg nun frei und wird auch schon eifrig genutzt von informierten Laien, von Psychologen und von Geschäftsleuten, die Geburtsvorbereitung anbieten, in denen teilweise qualifizierte Arbeit geleistet, teilweise aber auch schlichtweg abgesahnt wird.

Fazit: Der Gesetzgeber hat keine klare Entscheidung gefällt. Einerseits bestätigt er die Hinzuziehungspflicht der Hebammen, andererseits schmälert er freien Hebammen die Existenzgrundlage, was langfristig bedeutet, daß sich die freiberuflich tätigen Hebammen aus der gesundheitspolitischen Landschaft verabschieden werden. □

Ingrid Trümper arbeitet als freiberuflich tätige Hebamme in Bremerhaven.

DOKUMENTE

Frauenbeschäftigung und neue Technologien — Konsequenzen für die Qualifizierung

Rita Süssmuth, Ilona Vallentin-Pralat

Zum besseren Kennenlernen dokumentieren wir die neueste Veröffentlichung der neuen Bundesgesundheitsministerin. Der Aufsatz erschien in der Zeitschrift des Instituts »Frau und Gesellschaft« und ist leicht gekürzt.

Am 29.1.1985 veranstaltete die CDU in Bonn ein Hearing zu dem Thema »Frauenbeschäftigung und neue Technologien«. Zu dieser Tagung waren vor allem Vertreter/innen von Universitäten, Forschungsinstituten, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbänden und der Bundesanstalt für Arbeit eingeladen.

Die Expertinnen/Experten waren aufgefordert, zu verschiedenen Themenschwerpunkten Stellung zu nehmen und in der Diskussion alternative Entwicklungslinien zur erwarteten Tendenz aufzuzeigen. Die Komplexität und Vielschichtigkeit der Thematik wurde in den Beiträgen der Expertinnen/Experten deutlich. Generell bestand Einigkeit darüber, daß durch die aktuellen Entwicklungstendenzen im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnik in besonderem Maße Frauenarbeitsplätze betroffen sind. Dabei beschränken sich die Auswirkungen nicht nur direkt auf die Arbeitswelt, sondern beeinflussen alle Lebensbereiche. Daraus resultieren quantitativ und qualitativ gewandelte Anforderungen an die Qualifizierung der Arbeitnehmer/innen. Es müssen verstärkt Überlegungen vorangetrieben werden, inwieweit Veränderungen im Bildungsbereich sinnvoll und notwendig sind. In der Schlußdiskussion wurde betont herausgestellt, daß zur Beeinflussung der Entwicklung und zur Korrektur von Disparitäten auf dem Arbeitsmarkt gegenwärtig verstärkt politischer Handlungsbedarf besteht. Die zahlreichen theoretischen Ansätze müssen durch empirische Analysen der Anwendungsbereiche neuer Technologien ergänzt werden, die insbesondere frauenspezifische Aspekte berücksichtigen.

In dem folgenden Aufsatz soll im ersten Teil zunächst eine Darstellung des aktuellen Diskussionsstands zur Thematik »Frauenbeschäftigung und neue Technologien« erfolgen. Im zweiten Teil entwickeln wir auf dieser Basis mögliche Konsequenzen für die Qualifizierung bzw. den Bildungsbereich.

Wandel der Wirtschafts- und Sozialstruktur durch neue Technologien

Den neuen Technologien kommt eine Schlüsselfunktion in der gegenwärtigen und zukünftigen Wirtschafts- und Gesellschaftsentwicklung der Bundesrepublik Deutschland zu. Der zu beobachtende Übergang von der Industriegesellschaft zur »Dienstleistungsgesellschaft« oder auch »Informationsgesellschaft« ist vor allem durch den Wandel der Arbeits- und Wirtschaftsverhältnisse gekennzeichnet. Die Symptomatik dieser Entwicklung zeigt sich in der oft kontroversen Beurteilung des Einsatzes neuer Technologien in den verschiedenen Wirtschaftsbereichen. Ausgehend von der in Volks- und Wirtschaftswissenschaften traditionellen sektoralen Wirtschaftsgliederung in primären, sekundären und tertiären Wirtschaftssektor ist im historischen Vergleich eine deutliche Entwicklung von der Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft und Informationsgesellschaft festzustellen. Damit werden neue Arbeits- und Produktionsstrukturen geschaffen. Die neuen Informations- und Kommunikationstechniken werden grundsätzlich in alle Wirtschaftssektoren Eingang finden. Jedoch

dürften die Diffusionsgeschwindigkeit, die Eindringtiefe und der Produktivitätseffekt sektorspezifisch recht unterschiedlich sein. Im sekundären und tertiären Sektor kommt den Produktionsfaktoren Arbeit und Technologie besondere Bedeutung zu. Mit zunehmender Kostenintensität des Produktionsfaktors Arbeit verstärkt sich die Tendenz, durch erweiterten Einsatz neuer Technologien die menschliche Arbeitskraft zu substituieren und so eine höhere Produktivität zu erzielen. Die Sektoren Industrie und Dienstleistungen bieten somit für neue Technologien besonders gute Eingangsmöglichkeiten.

Die Entwicklung des Informationssektors

Die beschriebenen Veränderungen der Beschäftigungsstruktur durch die Umsetzung und Nutzung neuer Technologien haben nach Dostal (1984) zur Erweiterung des Dreisektorenmodells um einen vierten Sektor, den »Informationssektor«, geführt. Die Informationstätigkeiten haben im produzierenden Gewerbe und insbesondere im Dienstleistungsbereich er-

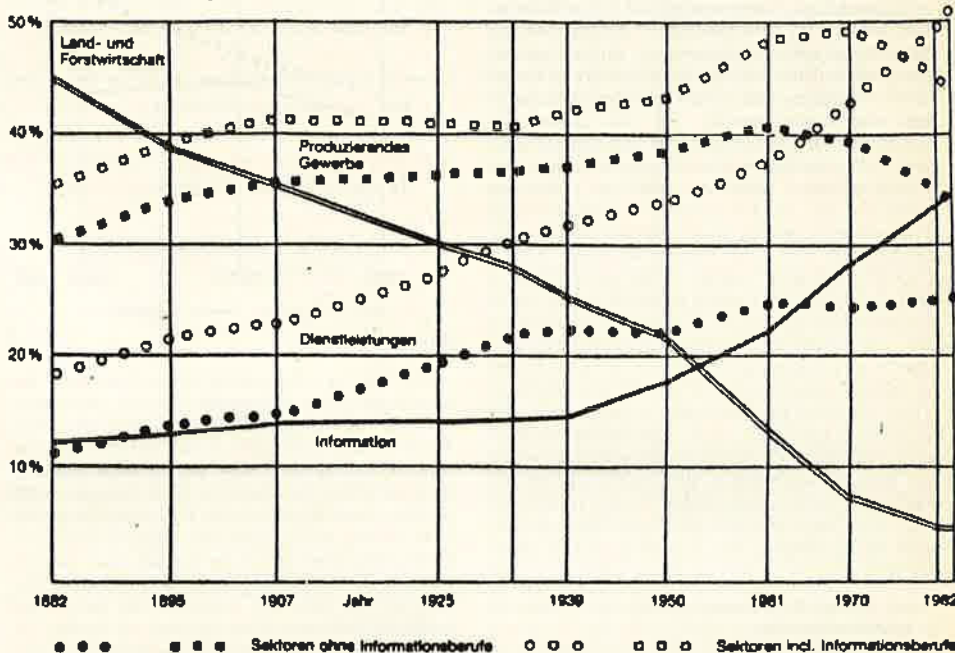
stellung und Anwendung neuer Technologien entstehen konnten, neue Möglichkeiten der Beschäftigung für Frauen und Männer gleichermaßen.

Wie jedoch die historische Erfahrung gezeigt hat, partizipieren Frauen in geringerem Maße an den positiven Entwicklungen derartiger Veränderungen der Beschäftigungsstruktur als Männer. Neu entstehende zukunftsträchtige Erwerbsmöglichkeiten werden zunächst von Männern wahrgenommen und erschlossen. Frauen dringen erst mit starker zeitlicher Verzögerung in diese Beschäftigungsbereiche ein und müssen dann mit den geringer qualifizierten Tätigkeiten oder den weniger attraktiven Arbeitsplätzen vorlieb nehmen.

Betroffenheit von Frauenarbeitsplätzen

Die Betroffenheit von Frauenarbeitsplätzen hängt ganz wesentlich von den Strukturaktoren der beschäftigungsrelevanten Bereiche ab. Da die Bezüge zwischen der technischen Entwicklung und den Frau-

Abb. 1: Entwicklung der Beschäftigung in den vier Sektoren, 1882-1982



hebeln an Bedeutung für den Arbeitsmarkt gewonnen (vgl. Abb. 1).

Der quantitativen Ausweitung der Informationsberufe im Bereich des Dienstleistungssektors steht das gebremste Wachstum der übrigen Dienstleistungen entgegen. Die Abgrenzung des Informationsbereiches nach dem Tätigkeitsschwerpunkt zeigt, daß im Jahr 1980 nahezu 40% aller Erwerbstätigen ihrem Tätigkeitsschwerpunkt nach zum Informationsbereich gehörten und 33,5% der Erwerbstätigen in Informationsberufen beschäftigt waren.

Die Interpretation der Veränderung im Bereich der Wirtschaft als grundlegende strukturelle Entwicklung des Wirtschaftssystems vom traditionellen Dreisektorenmodell zum Viersektorenmodell ist für die Frauenbeschäftigung von besonderer Relevanz. Grundsätzlich bieten die neuen Berufe, die im Rahmen der Er-

werbsplätzen selten direkt, sondern meist indirekt, vermischt mit anderen sozialen, ökonomischen und geschlechtsrollenspezifischen Aspekten auftreten, lassen sich Betroffenheit durch Technik und die zukünftigen Entwicklungen nicht unmittelbar bestimmen. Die Schwierigkeit, die Auswirkungen der neuen Technologien auf Frauenarbeitsplätze zu bestimmen, ist auch auf die mangelnde Isolierbarkeit der Informationstechnik und des Mikroelektronikeinsatzes zurückzuführen. Dementsprechend sind exakte Aussagen zur quantitativen Betroffenheit von Frauenarbeitsplätzen durch den Einsatz neuer Technologien nicht möglich.

Nahezu in allen Untersuchungen (BMFT 1983, Krebsbach-Gnath 1983, u.a.) wird jedoch übereinstimmend davon ausgegangen, daß der Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnik in allen

Wirtschaftsbereichen längerfristig zu negativen Beschäftigungswirkungen führen wird. Die bisherigen Arbeitsplatzverluste sind nach Aussagen der Enquete-Kommission (1983) relativ gering im Vergleich zu den Beschäftigungseffekten der projektierten Anwendung von Informations- und Kommunikationstechniken wie z.B. dezentrale Online-Datenverarbeitung, Kleincomputer, computerunterstützte- und kommunikationsfähige Textverarbeitungssysteme, Telex und Btx. Bisher stehen der weiten Verbreitung und Nutzung dieser Innovationen noch einige Hemmnisse im Weg. Doch die Diffusionsgeschwindigkeit dieser Innovationen wird infolge der Preisentwicklung erheblich zunehmen, und der stete Preisverfall der Hard- und Software wird auch mittleren und kleinen Betrieben die Anwendung dieser Techniken ermöglichen, die bisher hauptsächlich kapitalstarken Großunternehmen vorbehalten war. Die enormen Umsatzsteigerungen amerikanischer und deutscher Informationstechnikerhersteller können als Parameter des expansiven Wachstums der Nachfrage nach Informationstechnik angesehen werden.

Die Wirtschaft sieht in der Anwendung der Informationstechnik die Möglichkeit, Produktions- und Interaktionsprozesse schneller, zuverlässiger, einfacher und insbesondere billiger abzuwickeln. Die Konsequente Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnik als Instrument der Rationalisierung, Erhöhung der Produktivität und Schaffung von Wettbewerbsvorteilen wird in Zukunft zu umfangreicher Freisetzung von Arbeitskräften führen.

Bei den geschätzten Arbeitsplatzverlusten muß von einer unterschiedlichen Betroffenheit von Frauen und Männern ausgegangen werden. Die Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt durch den Einsatz der Informations- und Kommunikationstechniken wird wesentlich von ökonomischen und gesellschaftlichen Gegebenheiten nach marktwirtschaftlichen Regeln bestimmt. Die Umsetzung und Nutzung neuer Technologien trifft auf eine Arbeitsmarktstruktur, die durch ausgeprägte geschlechtsspezifische Disparitäten gekennzeichnet ist. Die besondere Betroffenheit von Frauenarbeitsplätzen resultiert aus der Eigenart der Frauenerwerbstätigkeit, die das Ergebnis der historischen Festlegung der Zuständigkeit von Frauen für den Reproduktionsbereich ist. Die starke geschlechtsspezifische Segregation und Konzentration von Frauen auf wenige Berufsbranchen lassen eine Charakterisierung »typisch« weiblicher Tätigkeitsmerkmale zu. So kennzeichnet Krebsbach-Gnath Frauenarbeitsplätze durch vornehmlich repetitive Tätigkeiten, die sich durch materialbezogene Überwachung und Lenkung und durch die Nichterfordernis von eigenständigem Denken auszeichnen. Die starke Konzentration von Frauen in »typischen« Frauenberufen, die ein geringes Qualifikationsniveau besitzen, die Art der ausgeführten Tätigkeiten mit überwiegend einfachen, rationalisierbaren und automatisierbaren Tätigkeitsmerkmalen sind neben sozioökonomischen Entscheidungsmustern und geschlechtersrollentypischen Einstellungen und Verhaltensweisen nur einige der Faktoren, aus denen zu schließen ist, daß die derzeitigen Strukturveränderungen in der Arbeitswelt sich nicht »geschlechtsneutral« auswirken, sondern eine Benachteiligung von Frauen zur Folge haben werden.

Neue Benachteiligungspotentiale für Frauen im Produktionsbereich

Im Produktionsbereich, wo 24% der erwerbstätigen Frauen beschäftigt sind, verlagern sich die Arbeitsinhalte von der Bearbeitung eines Produktes hin zur Bedienung, Überwachung und Instandhaltung von automatisierten Fertigungsanlagen. Frauen sind in der Produktion vorwiegend in den unteren Lohngruppen an Arbeitsplätzen mit einfachen Bearbeitungs- und Montagefähigkeiten beschäftigt. Einzeluntersuchungen zeigen, daß im Bereich der industriellen Fertigung vorrangig Arbeitsplätze mit geringen Qualifikationsanforderungen von Rationalisierungsmaßnahmen betroffen sind wie z.B. Montage, Verpackung und Kontrolle. Diese Arbeitsleistungen erfordern lediglich ungelernete und angelernte Fähigkeiten. Die Zahl der Arbeitsplätze wird in diesen Bereichen in Zukunft durch Einführung programm- und computergesteuerter Maschinen und Anlagen erheblich zurückgehen.

Von dem Beschäftigungsrückgang sind auch Branchen mit einem traditionell hohen Anteil von Frauen-

arbeitsplätzen überdurchschnittlich betroffen. Für die Branchen Textil- und Bekleidungsgewerbe (278.000 bzw. 243.000 erwerbstätige Frauen) wird ein Rückgang von 26% bzw. 20% erwartet (Krebsbach-Gnath 1983).

Prognosen aus den USA beinhalten, daß bis zum Jahr 2000 50-80% der Tätigkeiten im Produktionsbereich automatisiert sein werden. Erste Beispiele vollautomatisierter Produktionsstätten, die menschenleere Fabrik, sind schon heute aus Japan bekannt.

Durch die Einführung programm- und computergesteuerter Maschinen und Anlagen werden in geringer Anzahl auch neue Arbeitsplätze geschaffen. Diese Arbeitsplätze setzen jedoch in der Regel ein hohes Qualifikationsniveau der Arbeitskräfte voraus. Da die von der Freisetzung im Produktionsbereich betroffenen Frauen nicht über die notwendigen Qualifikationen verfügen, bestehen für sie nur geringe Chancen, in diesem Bereich eingesetzt zu werden. Selektive Mechanismen bewirken, daß Frauen in der betrieblichen Weiterbildung sowohl im sekundären als auch im tertiären Sektor unterproportional vertreten sind.

Neue Benachteiligungspotentiale für Frauen im Büro- und Dienstleistungsbereich

Der zukünftigen Entwicklung im Büro- und Dienstleistungsbereich kommt durch den hohen Beschäftigungsanteil von Frauen in diesem Sektor besondere Bedeutung zu. 65% aller erwerbstätigen Frauen sind im Büro- und Verwaltungsbereich tätig. Der Einsatz neuer Büromittel wie z.B. Textverarbeitungssysteme wird primär die weniger qualifizierten Arbeitskräfte in Büro-, Organisations- und Verwaltungsbereichen treffen. Vor allem Frauenarbeitsplätze sind durch diese Entwicklung betroffen. Die Abb. 2 zeigt die Entwicklung der Zahl der Erwerbstätigen im Bürobereich getrennt für Frauen und Männer auf.

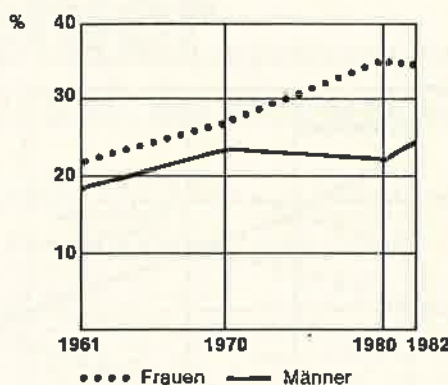


Abbildung 2

— Von 1961 bis 1980 stieg der prozentuale Anteil der Erwerbstätigen im Bürobereich an der Gesamtzahl der Erwerbstätigen von 20% auf 28% an, wobei Frauen in stärkerem Maße als Männer an dieser Entwicklung partizipierten. Von 1980 bis 1982 sank erstmalig der Anteil der weiblichen Erwerbstätigen, während der Anteil der männlichen Erwerbstätigen gleichzeitig anstieg. Aufschlüsse über mögliche Gründe für dieses Phänomen bietet die Statistik über die Entwicklung der Bürobeschäftigten nach überwiegender Tätigkeit (vgl. Tabelle 2). Insgesamt fällt der geringe Anteil der weiblichen Erwerbstätigen im Bereich der technischen Tätigkeiten auf. Bei den Büroberufen mit überwiegend kaufmännischen Tätigkeiten ging die Zahl der Frauen innerhalb eines Zeitraumes von 1980 bis 1982 um 113.000, als 5% zurück.

Eine negative Beschäftigungsentwicklung für Frauen ist auch im Bereich der Infrastrukturtätigkeiten festzustellen. Seit 1961 ist die Zahl der erwerbstätigen Frauen in diesem Bereich um über 100.000 (-21%) gesunken. Betroffen sind vor allem Schreibkräfte, Bürohilfskräfte und Stenotypistinnen.

Die Daten zur Arbeitslosigkeit in Büroberufen (vgl. Tab. 3) zeigen, daß Frauen mit einer Quote von 6,5% häufiger arbeitslos sind als im Büro tätige Männer (4,1%). Troll (1984) kommt zu dem Ergebnis, daß vor allem im Bereich der Infrastrukturtätigkeiten (z.B. Bürohilfskräfte) und bei Dienstleistungsberufen (z.B. SprechstundenhelferIn) sowie bei technischen Berufen (z.B. Technische/r ZeichnerIn) ein wachsendes Arbeitsplatzrisiko festzustellen ist, von dem Frauen in besonderem Maße betroffen sind.

Es ist zu erwarten, daß mit zunehmender Anwendungsbreite der Informations- und Kommunikationstechnik in Büroberufen verstärkt Frauenarbeitsplätze ersetzt werden. Die hohe Betroffenheit von Frauenarbeitsplätzen im tertiären Sektor resultiert aus den insgesamt hohen Beschäftigungsanteilen in diesem Sektor, der geschlechtsspezifischen Ausübung von Tätigkeiten und der unterschiedlichen Betroffenheit der verschiedenen Arbeitsplätze durch den Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnik.

Geringe positive Beschäftigungseffekte

Die Netto-Beschäftigungseffekte durch Entwicklung und Anwendung neuer Technologien sind gering. Die Betriebsstruktur der Herstellerfirmen ist durch hohe Kapitalintensität bei relativ hoher Automatisierung gekennzeichnet. Eine Zunahme der Produktion ist in diesen Branchen in den meisten Fällen nicht mit einer Zunahme des Arbeitsplatzangebotes verbunden. Im amerikanischen Schrifttum ist hierfür der Begriff »jobless growth« geprägt worden.

Die tabellarische Zusammenstellung (vgl. Tab. 4) der Daten der Enquete-Kommission zeigt, daß im Herstellerbereich nur 353.000 bzw. 1,4% aller Arbeitnehmer beschäftigt sind, während die Zahl der Arbeitnehmer im Anwenderbereich auf ca. 13 Millionen bzw. 50% geschätzt wird (Kubicek/Rolf 1985).

	Produktion		Beschäftigte	
	in Mrd. DM	Δ 75/80 v. H.	in Tausend	Δ 75/80 v. H.
Nachrichtentechnik	9,3	+52	103	+12
Fernmeldekabel und -leitungen	1,1	+8	8	0
Büro- und Informationstechnik	9,1	+63	84	+17
Unterhaltungselektronik	8,6	+7	90	-17
Elektronische Bauelemente/Mikroelektronik	4,4	+30	65	-9
Raumfahrt	0,4	—	3	—
insgesamt	32,9	+39	353	+2
Gesamte Wirtschaft	4013,1 ⁴⁾	+45	25 795	+2
Herstelleranteil in v. H. vom gesamtwirtschaftlichen Ergebnis	0,8		1,4	

Tabelle 1

Der hohe Automatisierungsgrad im Herstellerbereich führt bei hohem Produktionswachstum nicht nur zu einem »jobless growth«, sondern zum Teil sogar zu einem Abbau von Arbeitsplätzen.

Gleichzeitig gerät die Argumentation der Verfechter der Kompensationsthese, die davon ausgeht, daß Rationalisierungseffekte in der Produktion durch die Ausweitung von Dienstleistungen ausgeglichen werden, immer stärker ins Wanken. In der Bundesrepublik erfolgte im Unterschied zu anderen hochindustrialisierten Staaten wie z.B. Japan oder USA ein Abbau von Arbeitsplätzen im Produktions- und Dienstleistungsbereich, eine Umschichtung auf den Dienstleistungsbereich fand nicht statt. Ein Zweites wirkt sich für den Arbeitsmarkt der Bundesrepublik besonders belastend aus. Während in den USA nahezu 10 Millionen neue Arbeitsplätze geschaffen wurden, vollzog sich in der Bundesrepublik in den letzten zehn Jahren ein Prozeß, in dem fast ausschließlich Arbeitsplätze abgebaut wurden. Erst seit kurzem wird in Expertengremien verstärkt der Aufgabe zur Schaffung neuer Arbeitsplätze (job creating) nachgegangen. Doch sind die Auffassungen darüber, in welchen Bereichen künftig neue Arbeitsplätze geschaffen werden können und wie die Relation zwischen Wegfall bestehender Arbeitsplätze durch den Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnik und Schaffung neuer Arbeitsplätze, äußerst geteilt.

Konsequenzen

Die seit den 70er Jahren zu beobachtende Tendenz, daß die Arbeitsproduktivität stärker steigt als das Bruttoinlandsprodukt, läßt Prognosen, die von 4,5 Millionen Arbeitssuchenden im Jahr 1990 ausgehen (Kubicek/Rolf 1985), nicht als bloße Schwarzmalerei, sondern als realistische Einschätzung der zukünftigen Situation auf dem Arbeitsmarkt erscheinen, wenn

es nicht gelingt, die derzeitigen Entwicklungslinien und Anwendungsstrategien im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnik sozialverträglich zu gestalten.

Die besondere Betroffenheit von Frauenarbeitsplätzen durch die grundlegenden Strukturveränderungen in allen Wirtschaftsbereichen begründen die Notwendigkeit gezielter Aktionen und Interventionsstrategien. Die bestehende strukturelle Benachteiligung von Frauen auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt ist vielfach beschrieben und analysiert worden. Der Teufelskreis, in dem Mädchen und junge Frauen bei dem Aufbau ihrer Berufsqualifikation stecken, ist hinreichend bekannt (Süssmuth/Vallentin-Pralat 1984). Die geschlechtsspezifische Segregation im Bereich der Berufsausbildung, und die starke Konzentration auf wenige »frauentypische« Berufe bergen Benachteiligungspotentiale für Frauen, die mit dem Einsatz von Informations- und Kommunikationstechniken in besonderem Maße zum Tragen kommen.

Der Prozeß der Dequalifikation von Mädchen und Frauen hat in erschreckendem Ausmaß begonnen. Es gilt, ihn so schnell wie möglich aufzuhalten und Konzepte für die Qualifikation von Mädchen und Frauen im Bereich der Informations- und Kommunikationstechniken zu entwickeln. Das erklärte Ziel der Bemühungen darf nicht die Vermittlung bloßer Anpassungsqualifikationen sein, sondern die Vermittlung einer hochqualifizierten naturwissenschaftlich-technischen Grundbildung, die den Frauen eine Chance bietet, sich auf dem Arbeitsmarkt zu behaupten.

Neue Qualifikationsanforderungen

In den vorhergehenden Kapiteln konnte gezeigt werden, daß der Wandel der Wirtschafts- und Sozialstruktur von der Industrie- zur Dienstleistungs- und Informationsgesellschaft bereits begonnen hat und noch weiter fortschreiten wird. Als Folge werden die veränderten Arbeits- und Lebensbedingungen neue Anforderungen an die Ausbildung der Menschen stellen.

ve Leistungsfähigkeit des Menschen quantitativ und qualitativ auszubauen, jetzt entzieht die technische Informationsverarbeitung diesem Bildungsziel die Basis. Die im Bildungswesen vermittelten Kulturtechniken wie Rechnen und Schreiben verlieren in der sich wandelnden Arbeits- und Lebenswelt zunehmend an Bedeutung. Obwohl wir noch zu der Generation gehören, die arithmetische Grundoperationen mit Einsicht in die Notwendigkeit ausführlich und gründlich gelernt haben, wenden auch wir diese Kulturtechnik kaum mehr an, sondern greifen schon bei den einfachsten Rechenoperationen zum Taschenrechner. Somit ist nicht verwunderlich, daß Kinder und Jugendliche, die sehr genau ihre Umwelt und die derzeitigen Entwicklungen antizipieren, nach dem »wozu« der von ihnen geforderten Leistungen fragen. Das Lernziel »orthographisch richtig schreiben« sei hier als nur ein Beispiel angeführt. Und die Klage vieler Hochschullehrer, daß eine große Anzahl von Studenten die Orthographie und Zeichensetzung nicht beherrscht, sei hier nur am Rande erwähnt. Die Erfahrungen aus unserer Lehrtätigkeit haben gezeigt, daß schon Schüler in der 7. Klasse die Notwendigkeit des Erlernens von Rechtschreibung und Interpunktion nicht mehr einsehen. Weder sie noch ihre Eltern schreiben in der Regel noch Briefe, sondern benutzen das Telefon für die Informationsübermittlung. Auch die Kommunikation mit Behörden und z.B. Versicherungen wird entweder mit dem Telefon oder durch das Ausfüllen von vorgedruckten Formularen abgewickelt, wobei die Tätigkeit weitgehend im Ankreuzen standardisierter Fragen und Antworten besteht.

Die Verweigerung von Kindern und Jugendlichen, Qualifikationsanforderungen gerecht zu werden, die ohne Zweifel pädagogisch wichtig sind, aber in der informationellen Umwelt weitgehend nicht mehr zum Tragen kommen, wird sich in dem Maße verstärken, wie die Informationstechnik bisher dem Menschen vorbehaltene Qualifikationen substituiert.

Die in der Abbildung 4 aufgeführten Ausbildungsfe-

Typisches Ausbildungsfeld	Informationstechnische Lösung
Algebraische Operationen	Algebraische Programme (z.B. MATH, MACSYMA)
Chemische Analyse	Experten-system (z.B. DENDRAL)
Stenographie	Sprachcomputer
Orthographie	Sprachcomputer
Justieren und regeln	Prozessrechner
Technische Zeichnung	Computer-Aided-Design
Übersetzen können	Automatische Übersetzungsprogramme
Lesen können	Verstärkmaschine

Abbildung 4

Die »menschliche« im Gegensatz zur »technischen« Informationsverarbeitung wird zunehmend an Bedeutung verlieren, und es muß die Frage gestellt werden, welche Konsequenzen dieser Prozeß für die Bildung des Menschen mit sich bringt. Schlagworte wie »lebenslanges Lernen« oder »Höherqualifizierung« werden immer wieder genannt, bieten so pauschal aber keine Lösungsmöglichkeiten. Im folgenden sollen die Bereiche berufliche Bildung und allgemeine Bildung genauer untersucht werden.

Orientierung der beruflichen Bildung

Die berufliche Bildung war schon immer stärker als die allgemeine Bildung an den Bedürfnissen der Arbeitswelt orientiert, die aus diesem Grund genauer betrachtet werden soll. Durch das Eindringen der Informations- und Kommunikationstechnik in alle Wirtschaftsbereiche und Tätigkeitsfelder besteht für Arbeitnehmer/innen generell die Gefahr der Dequalifizierung. Da die technische Informationsverarbeitung meist schneller, zuverlässiger, leistungsfähiger und zugleich kritikloser als die »menschliche« Informationsverarbeitung ist, muß befürchtet werden, daß die wesentlichen Prozesse der Informationsverarbeitung auf die Technik übertragen werden. Stooss und Troll (1982) weisen in ihrer Untersuchung jedoch nach, daß für den Umgang mit programmgesteuerten Arbeitsmitteln die Notwendigkeit einer breiten Qualifizierung besteht. Erwerbstätige, die mit programmgesteuerten Arbeitsmitteln arbeiten, weisen ein höheres Qualifikationsniveau als der Durchschnitt der Erwerbstätigen auf. Je nach Art der verwendeten Arbeitsmittel wird eine Kombination verschiedenster Kenntnisse gefordert.

Diese Auswertung der Qualifikationsanforderungen im Umgang mit programmgesteuerten Arbeitsmitteln belegt, daß traditionelle Kulturtechniken wie Rechtschreibung und Grammatik und insbesondere detaillierte Kenntnisse im Bereich der Mathematik und Statistik sowie berufsbezogene Detailkenntnisse nicht an Bedeutung verloren haben. Zusätzliche Anforderungen liegen primär im Bereich der Maschinenkenntnis und der EDV-Kenntnisse. Es muß jedoch zu bedenken gegeben werden, daß diese Ergebnisse auf einer Befragung von Erwerbspersonen im Jahr 1979 beruhen. Seither wurde die Informations- und Kommunikationstechnik wesentlich weiter entwickelt. Einfachere und zuverlässigere Maschinen bedürfen in geringerem Maße der Maschinenkenntnis und von Datenverarbeitungsfachleuten wird schon heute vorausgesagt, daß die Datenverarbeitungssysteme Ende dieses Jahrzehnts so bedienerfreundlich sein werden, daß EDV-Kenntnisse praktisch überflüssig sind. Gerade in dieser Aussage liegt jedoch eine große Gefahr. Wenn nämlich die Technikpotentiale genutzt werden, um dem Computer die gesamte Informationsverarbeitung zu übertragen und die »menschliche« Informationsverarbeitung entweder überflüssig oder der Mensch zum bloßen Bediener des Systems wird.

Chancen und Risiken des Einsatzes der Datenverarbeitungs- und Textverarbeitungstechnik

Die Anwendung und Verbreitung von Technikpotentialen bietet prinzipiell verschiedene Entwicklungsmöglichkeiten. Diese sind abhängig von der Intention und dem Instrumentarium der Beeinflussung, so daß sowohl neue Chancen eröffnet werden, aber auch Risiken auftreten können. Die Entwicklungsrichtung wird wesentlich durch die derzeitigen ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen und die gesellschaftlichen und betrieblichen Kräfteverhältnisse bestimmt werden.

Phase	Verdrängter Qualifikationsbereich	Neue Leistungsanforderungen
Jagd – Agrar	Jagen, Waffenkenntnis, Orientierung	Landbau, Viehwirtschaft
Agrar – Handwerk	Bestellen und Ernten der Felder, Umgang mit Vieh, einfacher Hausbau	Arbeitsteiliges Handwerk, einfache Gerätebedienung
Handwerk – Industrie	Geschickte Handarbeit, Bedienung einfacher Geräte	Bedienung von Maschinen, Fließhandarbeiten, Verwaltungsarbeiten
Industrie – Informationsverarbeitung	Bedienung einfacher Maschinen, Fließbandarbeiten	Informations-Manipulation und -Produktion
Menschliche Informationsverarbeitung – Technische Informationsverarbeitung	Unmittelbarer, rationaler Umgang mit Information	???

Abbildung 3

Eine historische Betrachtung der verschiedenen Wirtschafts- und Arbeitsstrukturen zeigt, daß mit einer neuen Phase auch neue Tätigkeitsfelder und Qualifikationsmuster entstehen mußten. Die alten, bisherigen Berufe werden zumindest einer inhaltlichen Modifikation unterzogen oder durch völlig neue Berufsbilder ergänzt.

Die Abbildung 3 zeigt die Verdrängung von Qualifikationsanforderungen beim Übergang in eine andere Wirtschaftsform und die Entstehung neuer Leistungsanforderungen, wobei die Übergangsphasen durch Irritation hinsichtlich der notwendigen Qualifikationsprofile geprägt sind. Der Wandel zur Informationsgesellschaft wird primär durch die Verdrängung »menschlicher« Informationsverarbeitung durch »technische« Informationsverarbeitung gekennzeichnet. Der Umgang und die Art der Informationsverarbeitung ist einem totalen Wandel unterworfen. Bislang war es Aufgabe der Bildung gewesen, die kogniti-

ler erfahren durch den Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnik einen Inhaltswandel. Es ist nicht auszuschließen, daß für einige mit diesen Ausbildungsfeldern eng verbundene Berufe in Zukunft kein Bedarf mehr besteht. Die Anwendung von Sprechschreibern und automatischen Übersetzungsprogrammen trifft insbesondere Tätigkeitsfelder, die häufig und bevorzugt von Frauen ausgeführt werden. Hier gibt es negativen Entwicklungslinien entgegenzuwirken.

Der Anteil der Informationsverarbeitung durch den Computer nimmt im privaten und beruflichen Bereich immer stärker zu. Die Einführung z.B. von Btx ermöglicht eine teilweise Auslagerung von Dienstleistungen in die privaten Haushalte. Es werden primär Frauen sein, die mit der Durchführung von privater Kontoführung, Reisebuchungen, Abwicklung von Warenbestellungen etc. konfrontiert und durch Mehrarbeit belastet werden.

Mögliche Auswirkungen der Technikpotentiale

Chancen	Technikpotentiale	Risiken
In Abhängigkeit von der Anwendung und begleitenden Maßnahmen besteht für bestimmte Gruppen die Möglichkeit für	<u>Der Technikeinsatz erfordert/ermöglicht</u>	In Abhängigkeit von der Anwendung und begleitenden Maßnahmen kann dies für bestimmte Gruppen führen zu
höhere Einkommen geringere Arbeitsintensität mehr Mitbestimmungszeit im Betrieb mehr Freizeit	<u>Produktivitätssteigerungen</u>	Entlassungen Abgruppierungen Schichtarbeit Arbeitsintensivierung stärkeren Belastungen
Arbeitsvereinfachung Arbeitsanreicherung Belastungsabbau Eigensteuerung	<u>Neugestaltung von Arbeitsinhalten und Arbeitsorganisation</u>	erhöhter Monotonie Dequalifikation Belastungsverstärkungen oder -verschiebungen
Eigenkontrolle verbesserten Informationszugang verbesserte Erreichbarkeit von Kommunikationspartnern	<u>Neugestaltung von Information und Kommunikation</u>	verstärkten Leistungs- und Verhaltenskontrollen Abhängigkeit von unüberschaubaren Systemen sozialer Isolation
Delegation von Kompetenzen Transparenz von Entscheidungsprozessen weniger autoritäre, stärker kooperative Beziehungen neue Formen überschaubarer betrieblicher Organisationseinheiten neue Formen der bedürfnisgerechten Verbindung von Beruf und Freizeit	<u>Neugestaltung von Entscheidungs- und Machtstrukturen</u>	Begrenzung von persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten unsichtbaren Kontrollen erhöhter Disponierbarkeit durch den Arbeitgeber Verstärkung des Informationsvorsprungs des Arbeitgebers Verdunstung von Verantwortung und Erschwernissen für politische Auseinandersetzungen Isolierung, Vereinzelung bis hin zu Heimarbeit und damit Aushöhlung kollektiver Interessenvertretung
unwahrscheinlich	angesichts	wahrscheinlich
<ul style="list-style-type: none"> ■ der ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen ■ der gesellschaftlichen und betrieblichen Kräfteverhältnisse ■ des Tempos der technischen Entwicklungen ■ der unzureichenden Mitbestimmungsmöglichkeiten ■ der Wissensdefizite über geeignete ergänzende oder alternative Maßnahmen aus Arbeitnehmerpersicht. 		

Die in dieser Abbildung aufgeführten Risiken wie z.B. Entlassung und Abgruppierung bestehen wie schon oben ausführlich beschrieben insbesondere für Frauenarbeitsplätze mit geringem Qualifikationsniveau und Tätigkeitsprofilen, die leicht rationalisiert und automatisiert werden können. Es muß gefordert werden, daß die Chancen, die die Technik unzweifelhaft bietet, für die Arbeitnehmer/innen positiv genutzt werden. Die Förderung der Gewerkschaften nach sogenannten »Mischarbeitsplätzen« muß konkretisiert und geeignete Konzepte entwickelt werden, die eine Realisierung ermöglichen. Die erforderliche konzeptionelle Arbeit muß so schnell wie möglich geleistet werden, um den derzeitigen Entwicklungen, die in einem rasanten Tempo ablaufen, Einhalt zu gebieten, ehe Fakten und Strukturen geschaffen werden, die kaum mehr umkehrbar sind.

Haefner geht von der »Einstellung eines Gleichgewichtes zwischen menschlicher und technischer Informationsverarbeitung« aus (1985, S. 184). »Neue Arbeitssituationen, neue Integrationsprozesse, neue Probleme werden es notwendig machen, menschliche Informationsverarbeitung verfügbar zu haben — notwendig im Hinblick auf individuell-persönliche, auf ökonomische und gesellschaftliche Ziele« (Haefner 1985, S. 194). An Bedeutung gewinnen insbesondere Fähigkeiten wie Abstraktionsvermögen, Systemdenken und sachlogisches Denken, die es dem Men-

schen erlauben, komplexe fachliche Probleme anzugehen und lösen zu können. Dazu werden Kenntnisse der Prinzipien technischer Informationsverarbeitung unabdingbar sein.

Als eine weitere wesentliche Qualifikationsanforderung der Zukunft wird die Arbeit im Team gesehen. Der Verbund von »Team und Informationstechnik« wird von Haefner als die wesentliche Herausforderung des kommenden Jahrzehnts angesehen. Gemeinsames Handeln, »Kooperativität, Kreativität, planmäßiges Handeln« müssen verstärkt gelernt, während gewisse Eigenschaften »wie überzogene Individualität in der Problemlösung, Draufgängertum, Rücksichtslosigkeit (...) in einer hochintegrierten Welt viele Schwierigkeiten verursachen werden« (Haefner 1985, S. 185) und deshalb an Bedeutung verlieren müssen.

Perspektiven für die schulische Bildung und Sozialisation

Angesichts dieser von Stooss/Troll (1982), Krebsbach-Gnath (1983) und Haefner (1985) erwarteten Qualifikationsprofile muß die Forderung nach einer qualifizierten Bildung für Mädchen erneut und mit weitaus größerer Vehemenz gestellt werden, als dies in der Vergangenheit der Fall war. Trotz aller bisherigen Bemühungen konzentriert sich die Ausbildung von Mädchen auf Berufe mit geringem Qualifikationsniveau.

Berufe wie Verkäuferin, Friseurin oder Arzthelferin sind auf einseitige Tätigkeitsanforderungen ausgerichtet, die eine Übertragbarkeit und Verwendung von erworbenen Qualifikationen in anderen Tätigkeitsbereichen kaum ermöglichen. Es muß angestrebt werden, die Qualifikationsbreite und das Niveau traditioneller Frauenberufe zu erweitern und Mädchen verstärkt zur Annahme einer Berufsausbildung in technischen Berufsfeldern zu motivieren. Mädchen und Frauen müssen eine qualifizierte naturwissenschaftliche Grundbildung erhalten. Die Grundlagen dazu müssen in den allgemeinbildenden Schulen gelegt und in der beruflichen Qualifizierung ausgebaut werden.

Generell muß die Frage gestellt werden, inwieweit das Bildungswesen in der Lage ist, auf die geänderten Qualifikationsanforderungen angemessen vorzubereiten und was unternommen wird, um auch den Mädchen eine qualifizierte naturwissenschaftlich-technische Grundbildung zu vermitteln.

Unserer Ansicht nach sind dafür insbesondere ganzheitliche Konzepte geeignet, die die Veränderungen durch die Informations- und Kommunikationstechnik nicht auf die technische Hälfte reduzieren, sondern die sozialwissenschaftliche und kultursoziologische Dimension mit einbeziehen. Im schulischen Bereich würde ein fächerübergreifender Ansatz diesen Zielvorstellungen am ehesten gerecht werden.

Erklärtes Ziel aller Maßnahmen muß eine Qualifizierung von Mädchen und Frauen für die informationelle Arbeits- und Lebenswelt sein, die es ihnen ermöglicht, die Gestaltung dieser Umwelt verantwortlich mitzutragen und ihre Richtung zu bestimmen.

Literaturverzeichnis

- Briefs, U. 1984: Informationstechnologien und Zukunft der Arbeit, Köln
- Baethge, M. et al. 1982: Beschäftigungs- und ausbildungspolitische Auswirkungen und Konsequenzen der Rationalisierung von kaufmännisch-verwaltenden Angestelltenberufen. In: Mitteilungen des Soziologischen Forschungsinstituts (SOFI), Nr. 6/82, Göttingen
- BMFT (Hrsg.) 1983: Frauenbeschäftigung und neue Technologien; Vorstudie des Ifo-Instituts für Wirtschaftsforschung (München) und des Instituts für Sozialforschung (Köln), München
- BMFT (Hrsg.) 1981: Neue Technologien und Beschäftigung; Schriftenreihe Technologie und Beschäftigung, Bd. 1, Düsseldorf/Wien
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) 1983: Zwischenbericht der Enquete-Kommission »Neue Informations- und Kommunikationstechniken« vom 28.3.1983 (Drucksache 9/2442), Bonn
- DGB (Hrsg.) 1984: Neue Technologien und ihre Auswirkungen auf Frauenarbeitsplätze (= frauen und arbeit 6/7 1984), Düsseldorf
- Dostal, W. 1984: Datenverarbeitung und Beschäftigung; Teil 3: Der Informationsbereich. In: MitAB 4/84, Nürnberg
- Dostal, W. 1982: Fünf Jahre Mikroelektronik-Diskussion. In: MitAB 2/82, S. 151—166, Nürnberg
- Dostal, W. 1981: Thesen zum Thema »Frauenbeschäftigung im technischen Wandel«. In: BeitrAB 56, S. 176—179, Nürnberg
- Haefner, K. 1985: Die neue Bildungskrise. Reinbek
- Kendall, P. et al. 1980: The Impact of Chip Technology on Employment and the Labour Market. Den Haag/London
- Krebsbach-Gnath et al. 1983: Frauenbeschäftigung und neue Technologien; Sozialwissenschaftliche Reihe des Battelle-Instituts Bd. 8 München/Wien
- Kubicek, H./Rolf, A. 1985: Mikropolis. Mit Computernetzen in die »Informationsgesellschaft«. Hamburg
- Lahner, M. 1982: Auswirkungen technischer organisatorischer Änderungen auf Arbeitskräfte im Einzelhandel. In: MitAB 2/82, S. 192—205, Nürnberg
- Morgensbrod, H./Schwartzel, H. 1980: Informations- und Kommunikationstechnik verändern den Büroarbeitsplatz. In: Kendall, P., a.a.O., S. 233—241, München
- O.V. 1984: »Entwicklung der Informationstechnik«, Broschüre im Auftrag des BMFT anlässlich der Internationalen Konferenz »1984 und danach: die gesellschaftliche Herausforderung der Informationstechnik« vom 28.—30.11.84, Berlin
- Siemens AG 1976: Zukunftsaussichten der Information und Kommunikation im Büro (Siemens-Projekt Büro 2000), Vortrag von Preis vor dem AWW, diskutiert in Morgensbrod/H./Schwartzel, H. a.a.O.
- Stooss, F./Troll, L. 1982: Die Verbreitung »programmgesteuerter Arbeitsmittel«. In: MitAB 2/82, S. 157—181, Nürnberg
- Süssmuth, R./Valentin-Pralat, I. 1984: Diversifizierung der Berufswahlmöglichkeiten von Mädchen und Frauen; Arbeit des Instituts Frau und Gesellschaft, Hannover
- Troll, L. 1984: Büroberufe im Wandel. In: MatAB 1/84, S. 3—12, Nürnberg
- Prognos AG/Mackintosh Consults Company 1979: Technischer Fortschritt — Auswirkungen auf Wirtschaft und Arbeitsmarkt. Basel/Luton
- Prokop, D. 1984: Heimliche Machtergreifung: Neue Medien verändern die Arbeitswelt. Frankfurt/M.

Aidskranke: »Entlassung geboten«

Was will die LVA mit HTLV III-Testergebnissen?

ee — Die Landesversicherungsanstalten finanzieren Aidskranken keine Drogenentwöhnung. Von allen anderen Drogenpatienten will die LVA Hannover auch noch die Testergebnisse haben.

»Wenn in einer Behandlungsstätte nachträglich ein Aids-Patient entdeckt wird, so sind — außer der gebotenen Entlassung — Hygiene- und Desinfektionsmaßnahmen analog wie bei einer Hepatitis B-Infektion durchzuführen.« So heißt es wörtlich in einem Rundschreiben der Landesversicherungsanstalt (LVA) Hannover an verschiedene Suchtkliniken, die Langzeitentwöhnungen bei Alkoholikern und Drogenabhängigen durchführen. Bei den Aids-Kranken sind Rehabilitationsmaßnah-

men, wie die LVA sie finanziert, nach Meinung des Geschäftsführers nicht nur unnütz (»keine Erfolgsaussichten«), sondern auch »wegen des Infektionsrisikos für Mitpatienten und Behandlungspersonal nicht zu vertreten«.

Damit ist erstmals in der Bundesrepublik bekanntgeworden, daß ein Kostenträger die Behandlung von Aids-Patienten mit dem Hinweis auf das Infektionsrisiko verweigert. Weltweit ist zur Zeit nicht ein Fall bekannt, in dem sicher eine Übertragung von Aids auf behandelnde oder pflegende Personen stattgefunden hätte.

Der Geschäftsführer der Landesversicherungsanstalt verlangt außerdem von den Kliniken die »Durchführung eines Suchstestes (z.B. ELISA-Test) auf Antikörper gegen das HTLV III-Virus« und die Bekanntgabe des Ergebnisses an die LVA. »Entstehende Kosten können uns jedoch nicht in Rechnung gestellt werden.«

Was bei positivem Testergebnis zu geschehen hat, teilt die LVA noch nicht mit. Die Verfügung, Patienten sofort zu entlassen, bezieht sich auf Drogenabhängige mit manifester Aids-Symptomatik. HTLV III-positive Versicherte werden in jedem Fall von der LVA mit einem roten Vermerk auf dem Arztbrief gekennzeichnet. Von der Entwöhnungsbehandlung mag man die Antikörper-positiven Suchtkranken vorerst noch nicht ausschließen. Was mit ihnen zu geschehen hat, soll von einer beim Bundesgesundheitsamt angeforderten Stellungnahme abhängig gemacht werden.

Von der Verfügung, das Ergebnis des HTLV III-Tests an die LVA weiterzuleiten, ist Geschäftsführer Struß mittlerweile nicht mehr so überzeugt wie noch im Juni, als die Verfügung erging: Da sei »nichts passiert«, meinte Struß gegenüber dg. Die Kliniken hätten die angeforder-

ten Ergebnisse nicht geliefert. »Wir üben da auch keinen Druck aus und sind zufrieden, wenn die Kliniken die notwendigen Hygiene-Maßnahmen einleiten.«

Aus den Kliniken hört man anderes. Ein Mitarbeiter einer Drogenklinik gegenüber dg: »Die LVA Hannover gibt uns eine Frist von vier Wochen, um das Testergebnis mitzuteilen. Wenn sie es bis dahin nicht hat, wird die Zahlung eingestellt.«

Die Landesversicherungsanstalten tragen Rehabilitationsmaßnahmen von Rentenversicherten mit dem Ziel der Wiedereingliederung ins Berufsleben. Zu solchen Rehabilitationsmaßnahmen zählt auch die Entwöhnungsbehandlung für Süchtige. Bei Aids-Patienten wird offenbar davon ausgegangen, Rehabilitation sei bei der fehlenden Überlebenschance ohnehin überflüssig. □

**Landesversicherungsanstalt
Hannover**
Die Geschäftsleitung

Am 10. Juni 1988
An: ...
Betreff: ...

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Landesversicherungsanstalt Hannover (LVA) ist die zuständige Stelle für die Durchführung von Suchttests (z.B. ELISA-Test) auf Antikörper gegen das HTLV III-Virus. Die Durchführung dieser Tests ist eine Voraussetzung für die Aufnahme von Patienten in die Entwöhnungsbehandlung.

Bitte füllen Sie das Formular sorgfältig aus und senden Sie es an die LVA Hannover, Postfach 10 15 00, 3000 Hannover 1.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Die Geschäftsleitung

**Landesversicherungsanstalt
Hannover**
Die Geschäftsleitung

Am 10. Juni 1988
An: ...
Betreff: ...

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Landesversicherungsanstalt Hannover (LVA) ist die zuständige Stelle für die Durchführung von Suchttests (z.B. ELISA-Test) auf Antikörper gegen das HTLV III-Virus. Die Durchführung dieser Tests ist eine Voraussetzung für die Aufnahme von Patienten in die Entwöhnungsbehandlung.

Bitte füllen Sie das Formular sorgfältig aus und senden Sie es an die LVA Hannover, Postfach 10 15 00, 3000 Hannover 1.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Die Geschäftsleitung

Ins Sommerloch damit!

Kommentar von Gabriele Bernhardt

Nachdem man sich vom ersten Ärger über den Stil des Rundschreibens erholt hat, kommt ziemlich schnell noch viel ärgere Wut über den Inhalt hoch: Ganz im Stil der Sommerloch-Boulevardpresse werden Wahrheiten und medizinischer Unsinn vermischt und unter Verweis auf ein kompetentes Ärztengremium als Runderlaß zum Umgang mit Aids-Kranken oder testpositiven Klienten dekretiert.

Richtig ist natürlich, daß zur Zeit bei manifester Aids-Erkrankung keine Heilung möglich ist — keine Heilung von der Aids-Erkrankung. Aber ob es nicht trotzdem nötig wäre, dem Betroffenen für die Jahre, die er noch zu leben hat, zu helfen, wenigstens von einem Suchtmittel loszukommen, das kann doch nun wahrhaftig nicht der Verwaltungsdirektor der LVA entscheiden! Kompletter Unsinn im Rundschreiben ist, daß we-

gen des Infektionsrisikos für Mitpatienten oder Behandlungspersonal eine Behandlung der betreffenden Personen nicht zu vertreten wäre. Weltweit wird von kompetenten Fachleuten für Aids-Erkrankungen immer wieder betont, daß ärztlicher oder pflegerischer Umgang mit Aids-Erkrankten bei korrektem Verhalten keinerlei Risiko einer Infektion birgt, normaler alltäglicher Umgang (gemeinsame Mahlzeiten, Toilettenbenutzung usw.) sowieso nicht. Aber der Verwaltungsdirektor muß aus Verantwortung für seine Versicherten das Infektionsrisiko berücksichtigen!

Und was bedeutet es eigentlich, wenn in Arztunterlagen, die von der LVA verschickt werden, an herausragender Stelle in roter Schrift negative oder positive Testergebnisse

dokumentiert werden? Kann die LVA jederzeit garantieren, daß solche Unterlagen immer vertraulich bleiben?

Ein an Aids Erkrankter oder auch nur testpositiver Klient hat nicht nur das Problem, mit seinem möglichen Schicksal fertig zu werden, er begegnet auch unüberwindbaren Vorurteilen: beim Verwaltungsdirektor der LVA ebenso wie bei Ärzten und Pflegekräften, bei Kollegen am Arbeitsplatz ebenso wie bei Mitpatienten in der Klinik. In Kalifornien mußte deshalb vor kurzem ein Gesetz erlassen werden, das medizinisches Personal verpflichtet, Aids-Patienten zu behandeln, und das die Diskriminierung am Arbeitsplatz unter Strafe stellt.

Der Leidensweg des Stanley Adams

Ein ehemaliger Roche-Manager
stritt zwölf Jahre mit dem Konzern

gst — 1973 informierte Adams die EG-Kommission über illegale Wettbewerbspraktiken bei Hoffmann LaRoche. Er verlor sein Geld, zeitweise seine Freiheit. Jetzt steht die Rehabilitierung unmittelbar bevor.

Der italienische Generalanwalt Federico Mancini legte den Richtern des Gerichtshofes der Europäischen Gemeinschaft in Luxemburg einen 32 Seiten langen Bericht vor, in welchem er feststellte, »daß das Marktverhalten des Schweizer Multi ... sowohl den Wettbewerb als auch den Handel innerhalb der Gemeinschaft beeinträchtigen konnte und daß es deshalb notwendig war, diesem Verhalten ein Ende zu setzen und es zu bestrafen. Jemand hatte also den richtigen Gedanken, indem er der Kommission vorschlug, die verborgenen und fast unerreichbaren Winkel eines Handelsimperiums zu untersuchen, das sich größtenteils auf widerrechtliche Ursachen und Klauseln gründete ...«.

Dieser »Jemand« war Stanley Adams, damals Produktmanager in Basel. Im Jahr 1973 informierte er in einem Brief den damaligen EG-Kommissar für Wettbewerbsfragen darüber, wie der multinationale Schweizer Pharmakonzern Hoffmann LaRoche seine marktbeherrschende Stellung bei Vitaminen und Chemikalien für Nahrungs- und Futtermittel zu Preismanipulationen und Kartellpraktiken ausnützte und dadurch gegen EG-Gesetze verstieß. Bald darauf kündigte er bei Hoffmann LaRoche.

Als die Firma die Identität des Informanten erfuhr, begann — so Mancini — »ein langer, oft schmerzvoller und zuweilen tragischer Leidensweg« für ihn.

Am Silvestertag 1974 wurde er bei der Einreise von Italien in die

Schweiz verhaftet. Vier Wochen lang durfte er weder einen Anwalt noch seine Frau sehen. Ihm wurde bedeutet, ihr Mann könne mit 20 Jahren Zuchthaus rechnen. Aus Verzweiflung beging sie Selbstmord.

Mit 20 Jahren Zuchthaus gedroht: die Ehefrau beging Selbstmord

Im März 1975 wurde Adams gegen Kautions aus der Haft entlassen und 1976 in Abwesenheit wegen »Wirtschaftsspionage« zu einer einjährigen Gefängnisstrafe mit Bewährung verurteilt.

Nach seinem Ausscheiden bei Hoffmann LaRoche wollte er in der süditalienischen Provinzhauptstadt Latina mit seiner Frau und seinen drei Kindern eine neue Existenz aufbauen. Weil er in einem Interview die Verwicklung hoher Politiker in dem Seveso-Skandal aufdeckte, geriet er in die absurden Labyrinth der italienischen Politik und wurde in den Bankrott getrieben. Bei Nacht und Nebel mußte er »völlig mittellos« über die Grenze fliehen.

Adams wurde durch die Affäre von einem Top-Manager in Basel mit einem Gehalt von fast 100 000 Schweizer Franken und einem Jaguar als Dienstwagen zum Sozialhilfeempfänger in London, der zeitweilig von 212 Mark Arbeitslosenunterstützung pro Woche leben mußte. Von dort aus kämpfte er jahrelang um seine Rehabilitierung.



Ende Juli 1985 empfahl Generalanwalt Mancini dem Gerichtspräsidenten und Richtern des EG-Gerichtshofs:

- »festzustellen, daß die EG-Kommission die normale Fürsorge- und Sorgfaltspflicht verletzt hat«, indem sie es unterließ, Adams auf die ihm beim Wiederbetreten der Schweiz drohenden Gefahren hinzuweisen;
- die Einsetzung eines dreiköpfigen Richterausschusses zur Festlegung der Entschädigungshöhe.

Adams hatte dem Gerichtshof eine Schadensrechnung von fast vier Millionen Mark aufgemacht.

Der Generalanwalt ist nach den Satzungen »unparteiisch und unabhängig«. Seine Empfehlungen sind nicht zwingend, wurden aber bislang in den meisten Fällen von den Richtern befolgt. Im September soll das Urteil verkündet werden.

Wie sah nun die »Wirtschaftsspionage« von Stanley Adams aus, wegen der er in der Schweiz verurteilt worden war? Der Artikel 162 des schweizerischen Staatsgesetzbuches stammt aus dem Jahre 1935 und diente damals zum Schutz gegen die »Wirtschaftsspionage von Hitler-Deutschland. Wer zum Beispiel eine geheime Produktionsformel einer Gesellschaft stahl und sie einer anderen verkaufte, wurde nach diesem Paragraphen 162 verurteilt.

In einem persönlichen und vertraulichen Brief hatte Adams dem damaligen EG-Kommissar

für Wettbewerbsfragen über die illegalen Geschäftspraktiken des Baseler Chemiekonzerns informiert und später zahlreiche Beweis-papiere zur Verfügung gestellt. Inhalt waren folgende Tatbestände:

Roche produzierte fast das vollständige Angebot von über zwanzig Vitaminen. Es gab aber Fälle, wo ein Hersteller zum Beispiel nur ein oder zwei dieser Vitamine selbst produzierte. Und weil Vitaminherstellung ein sehr teures Geschäft ist, konnte es für ihn vorteilhafter sein, sich diese Vitamine bei einer anderen Gesellschaft zu sehr tiefen Preisen zu besorgen. Er mußte sie dann nur noch verpacken und selber verkaufen. Die wirtschaftliche Logik konnte ihn also dahin bringen, die eigene Herstellung aufzugeben und dadurch Kosten zu sparen. Zwischen 1964 und 1973 schlossen mindestens fünf Firmen ihre eigenen Fabriken und kauften die Vitamine von Roche, was, auf lange Sicht gesehen, nur dazu führte, daß sich das Monopol von Roche auf dem Markt noch zusätzlich verstärkte.

Der nächste Schritt war nun, sich mit den größeren Herstellern von Vitaminen und Chemikalien zusammenzusetzen und mit ihnen Preise abzusprechen. Solche Konferenzen fanden oft in Basel statt. Die Hersteller diskutierten die Lage auf dem Weltmarkt für die verschiedenen Vitamine und Chemikalien, setzten einen Preis fest und kamen überein, ihn einzuhalten. Dadurch schalteten sie gegenseitig den Hauptfaktor ihrer Konkurrenz aus.



Auf der Basis verschiedener Faktoren war es möglich, recht genau den weltweiten Bedarf für ein Produkt in den nächsten Jahren einzuschätzen. Anhand dieser Schätzung wird die zu produzierende Menge geplant, immer leicht unter dem weltweiten Bedarf, damit die Nachfrage nicht zusammenbricht — und damit auch der Preis, sogar wenn dieses bedeutet, daß die Fabriken gar nicht mit voller Kapazität produzieren. Roche und die anderen größeren Vitaminproduzenten kontrollieren den Markt vollständig. Der Konsument hat keine andere Wahl, als den geforderten Preis zu zahlen. Wenn eine kleinere Firma tollkühn wurde und die größeren Hersteller herausforderte, dann konnte man sie wirtschaftlich in die Knie zwingen, indem man die Preise so weit senkte, daß sie bankrott ging. Dann konnten die Preise wieder steigen.

Diese Taktiken waren illegal. Aber das Ausschalten der Konkurrenz war so vorteilhaft, daß Roche offensichtlich keine großen Skrupel hatte. Wenn es ums Geldverdienen ging, hatte Roche nie Skrupel. Roche instruierte ihre Produktmanager dahin gehend, mit den bedeutendsten Kunden Kontakt aufzunehmen und ihnen folgendes Angebot zu machen: Wenn sie ihren Bedarf ausschließlich bei Roche deckten oder zumindest einen festen Anteil ihres Bedarfs (gewöhnlich zwischen 90 und 95 Prozent), dann würde Roche am Ende des Jahres, zu Weihnachten, ihnen einen Rabatt von 5,6 oder 10 Prozent geben, je nach der Hö-

he der Bestellungen. Diese Vereinbarung war natürlich eine rein private zwischen dem Kunden und Roche, eine »Anerkennung für loyales Verhalten«. Diese Rabatte wurden Treue-Rabatte genannt. Dem Kunden wurde wie üblich der volle Betrag in Rechnung gestellt (das bedeutete, daß die Konkurrenten nicht wußten, daß Roche sie unterbot), und der Rabatt wurde per Scheck am Jahresende zurückvergütet.

● Roche wendet automatisch für alle Käufe des Kunden den besten Preis für die gewünschte Menge an. Falls der Kunde ein tieferes Angebot von einem anderen Vitamin-Hersteller erhält, gibt er Roche die Möglichkeit, mit diesem Angebot gleichzuziehen, bevor er dem betreffenden Konkurrenten den Auftrag vergibt. Will Roche auf den ihr unterbreiteten Preis nicht eingehen, ist der Kunde im Hinblick auf diesen einzelnen Kauf frei, ohne seinen Treuestatus zu verlieren. Dieser Grundsatz gilt auch, wenn Roche aufgrund von Lieferschwierigkeiten nicht imstande ist, den gesamten Bedarf des Kunden zu befriedigen.

● Am Jahresende erhält der Kunde einen Treue-Rabatt auf das Total seiner Jahreskäufe. Dieser Rabatt wird zur Gänze hinfällig, wenn der Kunde für ein einziges Vitamin seines Bedarfs, das durch Roche hergestellt wird, gegen die obigen Bestimmungen verstößt. Da der Treue-Rabatt am Jahresende ausbezahlt wird, besteht keine Notwendigkeit für eine schriftliche Vereinbarung in jenen Fällen, wo die Kunden einem solchen formellen Vorgehen abgeneigt sind (oder nicht wollen, daß jemand weiß, was sie tun ...).

Mit Preispolitik und »Treuerabatten« die Monopolstellung gesichert

Die Vorteile solcher Verträge sind offensichtlich. Wenn zum Beispiel ein Futtermittelhersteller die Vitamine A, E, B2, Carophyll etc. kauft, dann kann auch eine außerordentlich attraktive Offerte von einem Anbieter wie BASF für die Vitamine A und B alleine den Kunden nicht dazu verführen, seinen Lieferanten zu wechseln, weil er sonst den Treue-Rabatt für Carophyll und für die Vitamine verliert, welche BASF nicht herstellt. Aus dem gleichen Grund ist es in manchen Fällen möglich, den Kunden dazu zu bringen, für Einzelpositionen etwas höhere Preise

zu akzeptieren, als sie von der Konkurrenz geboten werden, weil der Abschluß insgesamt für ihn immer noch vorteilhafter ist.

Mehrere Verträge enthielten eine Klausel, wonach die Käufer verpflichtet waren, Roche zu informieren, wenn ihnen durch einen anderen angesehenen Hersteller ein besserer Preis angeboten wurde. Theoretisch diente dies dazu, dem Kunden zu informieren, daß er »fremdgehen« durfte, ohne seinen Rabatt zu verlieren, wenn Roche nicht auf diesen Preis heruntergehen wollte. In der Praxis aber installierte sich Roche mit dieser Klausel einen exklusiven, privaten Geheimdienst über den Markt, der nichts kostete und der es ermöglichte, die Kunden an sich zu binden und den Konkurrenten das Wasser abzugraben.

Roche schuf noch einen zusätzlichen Anreiz für treue Kunden. Da die Firma ein fast vollständiges Angebot aller Vitamine produzierte und auf gewisse Vitamine de facto ein Monopol hatte, war es ein leichtes, den Kunden anzudeuten, sie sollten doch lieber alles bei Roche kaufen, sonst sei es für Roche doch eher unerfreulich, ihnen nur ein oder zwei Vitamine zu verkaufen. Sie sollten vielleicht andernfalls doch lieber anderswo ihren Bedarf decken ... Wobei Roche natürlich immer wußte, daß sich der Kunde im klaren war, daß diese speziellen Vitamine in der nötigen Menge sonst nirgends erhältlich waren. Auch Lieferschwierigkeiten wurden als zusätzliches Mittel eingesetzt, um den Kunden die Treue-Verträge »nahezulegen«. Ein Kunde mit Treue-Vertrag konnte sich nämlich darauf verlassen, mit höchster Priorität beliefert zu werden (was hieß, daß Kunden ohne Treue-Kontrakt vielleicht plötzlich ohne die benötigten Vitamine dastanden). Im August 1971 enthielt ein internes Rundschreiben von Roche die folgende Bemerkung:

»... prekäre Situation bei Vitamin C, die den Kunden in Kürze bewußt wird, bietet eine ausgezeichnete Gelegenheit — und vielleicht für lange Zeit die letzte —, um sogar die widerwilligsten Firmen von den Vorteilen einer solchen 'Partnerschaft' zwischen Herstellern und Verbrauchern der Produkte zu überzeugen. Treue-Verträge dienen in erster Linie dazu, dem Kunden Sicherheit zu geben, können Ihnen demnach helfen, den Markt zu erobern ... ohne daß das gegenwärtige Preisniveau zusammenbricht.«

Diese wohlgedachte Kombination von Überredung und Belohnung erwies sich für Roche

als äußerst effektiv. Schließlich hatte Roche Treue-Verträge mit zweiundzwanzig verschiedenen Gesellschaften, darunter einige Multinationale, die weltweit einkauften. Das Ziel war nie, zu konkurrieren, sondern vielmehr die Konkurrenz auszuschalten.

»Das Ziel war nie zu konkurrieren, sondern die Konkurrenz auszuschalten«

»Diese Unternehmen (sieben amerikanische, fünf britische, zwei schweizerische, ein west-deutsches, ein holländisches und sechs andere) beziehen fast ausnahmslos das ganze Angebot der von Roche produzierten Vitamine und decken den ganzen oder den Großteil ihres Bedarfs über solche Treue-Verträge ... Das von Roche geschaffene Ausschließlichkeitsverhältnis mit seinen Abnehmern versperrt allen anderen Vitamin-Herstellern den Zugang zu diesen Kunden. Bei größeren Mengen ist der von Roche gewährte Rabatt so festgelegt, daß es anderen Produzenten kaum oder gar nicht möglich ist, mit Kunden von Roche Lieferverträge zu schließen ...«, schrieb die EG-Kommission schließlich in ihrer Anklageschrift und legte Hoffmann LaRoche eine Buße von 1,1 Millionen Mark auf.

Nach mehreren Einsprüchen von Hoffmann LaRoche wurde das Bußgeld schließlich auf fast die Hälfte reduziert, ein Pappentwurf für ein Unternehmen wie den Baseler Chemiegiganten. Nach EG-Gesetzen hätte die Buße bis zu 10 Prozent des Umsatzes betragen können.

So äußert sich Stanley Adams in seinem Buch* enttäuscht über den Artikel 86 des EG-Vertrages, der eigentlich jeder Firma die »mißbräuchliche Ausnutzung einer marktbeherrschenden Stellung« verbietet. Er schreibt: »Damals war ich naiv genug zu glauben, daß die EWG ... bessere Möglichkeiten hatte, einen multinationalen Konzern zu kontrollieren.« □



* Stanley Adams, Hoffmann LaRoche gegen Adams, Unionsverlag Zürich 1984, 229 Seiten, 26 Mark



Gekonntes Abspiel

Rheinland-Pfalz startet Bundesrats-Initiative zur »Abtreibung auf Krankenschein«

Die erwartete Klage gegen die Abtreibung auf Krankenschein bleibt aus. Statt dessen gibt es eine Gesetzesinitiative im Bundesrat.

Einige Tage vor der groß-angekündigten Debatte über den Schwangerschaftsabbruch auf Krankenschein machte der rheinland-pfälzische Ministerpräsident Bernhard Vogel einen Rückzieher. Nun will man doch keine Normenkontrollklage zur Reichsversicherungsord-

nung beim Bundesverfassungsgericht einreichen. Zuviel Prügel, auch aus den eigenen Reihen, mußte Vogel einstecken, als daß er weiter den Vorreiter in einer Grundsatzdiskussion um die Abtreibung hätte spielen können. Jetzt will man sich mit ein paar harmlos anmutenden Veränderungen der Reichsversicherungsordnung begnügen.

Im Juni hatte sich Bernhard Vogel, der Rückendeckung des Bundeskanzlers sicher, nach vorn gewagt: »Es wird keine Reform des Paragraphen 218 angestrebt, es ist aber zu prüfen, ob der Gesetzgeber seine Schutzpflicht für das werdende Leben verletzt.« Die rheinland-pfälzi-

sche Landesregierung werde eine »Normenkontrollklage gegen die Reichsversicherungsordnung« anstrengen, damit die bestehende »Rechtsunsicherheit« beseitigt werde.

Noch im nachhinein ist fraglich, wo ihm Rechtsunsicherheit aufgefallen sein soll. Laut RVO haben Versicherte »Anspruch auf Leistungen bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt«. Bisher hat noch kein einziges Gericht diesen Anspruch zurückgewiesen. Wenn es allerdings zu einer gerichtlichen Befassung käme und das Gericht davon ausginge, daß der Gesetzgeber seine »Schutzpflicht für

das werdende Leben« vernachlässigt hat, dann würde der Abbruch nach sozialer Indikation nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt.

Doch Vogel hat sich ein bißchen weit aus dem Fenster gehängt. Protest wurde nicht nur bei der Opposition im Landtag laut. Die SPD konnte eine Reihe prominenter Frauen, darunter Hildegard Hamm-Brücher, Elke Heidenreich, Ina Deter, Dorothee Sölle und die Olympiasiegerinnen Cornelia Hanisch und Annegret Richter, für einen Protestaufruf gegen das Vorhaben der rheinland-pfälzischen CDU gewinnen.

Maßgeblich dürfte gewesen sein, daß auch innerhalb der CDU einigen nicht ganz wohl dabei war. Anfang Juli sprachen sich sechs der sieben weiblichen Abgeordneten im Landtag gegen die Verfassungsklage aus. Selbst die Männerriege stand nicht mehr fest: Die baden-württembergische CDU lehnte mehrheitlich auf ihrem Parteitag am 27. Juli in Offenburg die Klage gegen die Abtreibung auf Krankenschein ab.

Aber ebenso wie die bayerische CSU will man die Notlagenindikation auf schleichen-dem Weg erschweren: durch »Babyprämien«, Mittelkürzungen für Institutionen wie Pro Familia, durch Streichen der Beihilfe für Landesbeamtinnen, wenn sie nach Notlagenindikation die Schwangerschaft abbrechen.

Diesen Weg soll Ministerpräsident Vogel jetzt auch auf Bundesebene in Gang setzen. Rheinland-Pfalz hat in der ersten Septemberwoche einen Gesetzesentwurf zur Ergänzung der Paragraphen 200 f der RVO in den Bundestag eingebracht. Demnach sollen Ärzte in Zukunft jeden Schwangerschaftsabbruch mit der Art der Indikation der Krankenkasse melden. Bislang besteht eine Meldepflicht nur gegenüber dem Statistischen Bun-

Die CDU handelt getreu dem Motto: Gesetzlich erlauben, denn damit erspart man sich die lästigen Proteste, sachlich erschweren und moralisch verdammen.

Letzteres kann vor allem Heiner Geißler gut. Sein Kommentar zur Notlagenindikation: »So arm ist doch in der Bundesrepublik keiner mehr.« Erstens stimmt das nicht, das weiß Geißler ganz genau, und zweitens ist eine Notlage nicht unbedingt eine finanzielle Notlage. Es gibt noch andere Situationen, die es einer Frau

Egoistische Weiber?

Kommentar von Ursula Daalman

unmöglich machen, ein Kind zu bekommen. Das zu verschleiern, ist der Sinn der Sache. Den Frauen, die abtreiben, soll unterstellt werden, sie seien egoistisch und nur hinter Geld her, nicht mehr »opferbereit«. Um die Einstimmung auf die Wendetu-

genden geht es bei der Debatte um die Abtreibung, und da nimmt die Opferbereitschaft eine zentrale Rolle ein.

Es scheint aber in der CDU Strategien zu geben, die in dieser Debatte mehr Schaden als Nutzen für ihre Partei sehen.

Die Abschaffung der Abtreibung auf Krankenschein würde die ganzen zarten Bemühungen, mit denen man die Frauen in der letzten Zeit umworben hat, schnell wieder zunichte machen. Geißler hat nicht umsonst Rita Süsmuth als seine Nachfolgerin auserkoren, eine Frau, von der zumindest keine Kinder-Küche-Kirchen-Töne zu erwarten sind. Hoffentlich hat sie sich nicht nur aus propagandistischen Gründen als »Ministerin für Jugend, Familie, Gesundheit und Frauen« bezeichnet.

desamt. Außerdem sieht der Entwurf vor, daß jede Indikation schriftlich begründet werden muß. Last not least, die Versicherung soll die Kosten nur noch dann erstatten, wenn die Indikation von einem Arzt ge-

stellt wird, der »besonders vorbereitet ist und besondere Qualifikationen hat«.

Was das für die Feststellung einer Notlage konkret heißt und wer diese Ärzte im Endeffekt bestimmen soll, wußte man im

rheinland-pfälzischen Sozialministerium, das für den Entwurf zuständig ist, auch noch nicht zu sagen. Man möchte gerne »die Ärzteschaft« dafür einspannen, über Qualifikation und Nichtqualifikation zu entscheiden.

Karsten Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, lehnte das rundweg ab: Das Problem müsse politisch gelöst werden. □

Mit neun Mark sind Sie am Ball

Fernsehen im Krankenhaus nur noch gegen Bares?

Nicht nur in Münster stehen neuerdings Münzfernseher. Findige Patienten umgehen den Nepp.

Im Zimmer 863 auf Station 13 des Westflügels der Universitätsklinik Münster macht sich Unmut breit. Um in den Genuß der samstäglichen »Sportschau« zu kommen, müssen drei fußballbegeisterte Patienten tief in die Tasche greifen. Erst mit neun Mark sind sie »am Ball«.

Fernsehgebühren im Krankenhaus — der »Telemünzer« macht's möglich. Das zigaretenschachtelgroße Gerät macht seinem Namen alle Ehre — es verlangt nach barer Münze. Entsprechend dem Geldeinwurf in das Ladegerät speichert es sogenannte »Fernsehtage«. 16 Stunden währt so ein Tag und kostet drei Mark. Danach wird es billiger: acht Fernsehtage sind immerhin schon für 19 Mark zu haben.

Das Münz-Modul, das sich die »AVM Leasing GmbH« aus dem westfälischen Telgte hat patentieren lassen, schiebt der Kranke in den dafür vorgesehenen Einsteckschacht an der Kontaktleiste seines Nachtschranks. Die dazugehörigen Farbfernseher hängen mittlerweile unter der Decke so manchen bundesdeutschen Krankenzimmers — 17 000 Patienten nutzen nach Angaben der Herstellerfirma ihr Angebot. Damit niemand auf den Gedanken kommt, einen Fernseher von mehreren Kranken nutzen zu lassen, hat das Unternehmen für

audio-visuelle Medien (AVM) vorgesorgt. Der Ton ist wohlweislich nur über einen Ohrhörer zu empfangen; Schwarzseher müssen in eine tonlose Röhre gucken.

Erfindungsreiche Patienten fanden Wege, die Misere zu umgehen: tragbare Privatfernseher synchronisierten den unfreiwilligen Stummfilm. Die Verwaltung des Großklinikums Münster, einer der ersten Abnehmer des »Telemünzes«, schob derartigen Tricks einen Riegel vor. Das Mitbringen eigener TVs wurde verboten. »Die Störstrahlen der Hochfrequenz-Oszillatoren beeinflussen unsere medizinischen Meßwerte«, lautete die offizielle Begründung. »In gleicher Weise lassen die teilweise schadhafte Zeilenendstufen keinen einwandfreien Betrieb unserer Signal-, Licht- und Kommunikationsanlage zu.«

Daß hier eine Begründung zugunsten der »Telemünzer« gestrickt wurde, darauf läßt zumindest das Argument mit den Hochfrequenz-Oszillatoren schließen. Ohne diese — für die Signalumwandlung notwendigen — Bauteile kommen nämlich auch die Geräte der Firma »AVM« nicht aus. Und Zeilenendstufen, auch wenn sie defekt sind, stören nun mal, so sagen Experten, keine kabelgebundenen Kommunikationsanlagen. Aus anderen Krankenhäusern jedenfalls, wo nach wie vor private Fernseher mitgebracht werden dürfen, sind keine nachhaltigen Auswirkungen auf medizinische Geräte bekannt.

Rundschreiben und Aushänge machten im Großklinikum Münster auf die neue Regelung

aufmerksam, doch nicht alle Patienten spielten mit. Wie seit Jahrzehnten brachten sie weiterhin ihre heimischen TV-Geräte ins Krankenhaus mit. Doch Fernsehverleiher und Verwaltungsbeamte hatten für solche Frechheiten ein geeignetes Mittel parat. Um »illegales Schwarzsehen« ein für allemal zu unterbinden, griffen sie zu geradezu detektivischen Methoden. »AVM«-Spürnasen durchkämmten die Stationen und notierten akribisch die Zahl der ermittelten Privatfernseher. Eine entsprechende Liste ging der Klinik-Verwaltung zu, die bereits einen Tag später reagierte. In einem Schreiben an den Direktor der Orthopädischen Klinik, Professor Dr. Matthiaß, wird das Ergebnis der Untersuchung mitgeteilt und gefordert: »... wäre Ihnen dankbar, wenn sie dafür sorgen würden, daß diese Geräte nicht mehr betrieben würden.«

Die Krankenschwestern und -pfleger sind unterschiedlicher Meinung, was den Fernsehstreit angeht. Die einen ärgern sich

über zusätzliche Arbeit und private Geschäfte in öffentlichen Einrichtungen, andere gewinnen dem »Telemünzer« gute Seiten ab. So lobt Schwester Oberin Amabilis vom Prosper-Hospital in Recklinghausen in einem »AVM«-Werbeprospekt die »gelungene Anlage«. »Die Fernsehgeräte hängen fest an der Wand, hoch genug, daß sie uns nicht mehr behindern. Das Wesentliche aber ist, daß der Lärm aus den Krankenzimmern verschwunden ist.«

Nicht jeder Patient aber hat Spaß am teuer bezahlten Mietfernsehen. Trotz angedrohter Geldstrafen blüht in so manchem Zimmer der Erfindungsreichtum: im Klinikum Münster zum Beispiel bauten Kranke einen Papiertrichter an den Kopfhörer, um den Ton zu verstärken; der Beitrag für den Telemünzer wurde durch alle Zuschauer geteilt ...

Thomas Gesterkamp/
Holger Jenrich

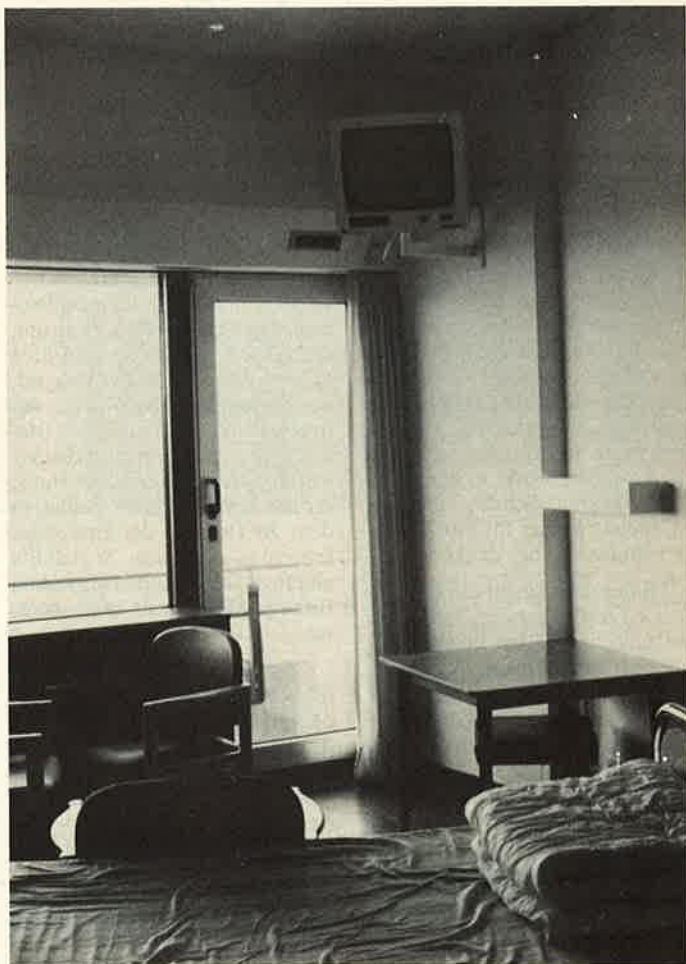


Foto: R. Kühn

»Wenn sie nicht wiederkommen — bitte«

Ein »Gesundheitszentrum«
im Bremer Norden

Etwas verhaltenen Schrittes betrete ich den Klinker-Neubau in der Schwane-weder Straße in Bremen-Blumenthal. Ich bin auf der Suche nach Felix, der mich eingeladen hat, über das neue Gesundheitszentrum zu berichten. »Allgemeinarzt« steht auf einer Glastür im ersten Stock, in der etwas abgerundeten Schrift, die die »Grünen« immer für ihre Plakate benutzen. Aha, denke ich.

Hinter der Glastür ein freundlicher Empfangsraum, von dem verschiedene Türen abgehen — alle mit den großen röhrenförmigen Plastiklinken, wie man sie aus Schul- und Büroebauten kennt. Die Frau hinter dem Schreibtisch begrüßt mich mit etwas Neugier und gedämpfter Freundlichkeit. Ach so, von »dg«. Felix hat schon erzählt. Bis er kommt, setze ich mich erstmal ins »Wartezimmer«, eine Ecke mit Blumen, Büchern und Zeitschriften, und denke darüber nach, woher eigentlich die berühmte Schwellenangst kommt, mit der man solche Hallen betritt.

Das »Gesundheitszentrum« erfahre ich, darf eigentlich nicht so heißen. Draußen an der Tür steht einfach »Zentrum«. Es existiert seit dem Dezember vergangenen Jahres und besteht aus drei Arztpraxen — Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Kinderheilkunde —, einer krankengymnastischen Praxis und einer Apotheke. Das Haus ist nach den Vorstellungen der Initiatoren gebaut worden — nach sehr präzisen Vorstellungen übrigens. Es macht einen freundlichen Eindruck.

Klaus, der Gynäkologe, ist in der internen Arbeitsteilung für die Öffentlichkeitsarbeit zuständig. Aus dem Wartezimmer muß ich mich zunächst wieder fortschicken lassen — Männer fallen in Frauenarztpraxen auf. In der Mittagspause ist Zeit für ein Gespräch.

»Nein, nein, nein!« Klaus wehrt ab, als hätte ich ihm einen Abrechnungsschwindel unterstellt. Dabei wollte ich nur wis-

sen, ob er vornehmlich das »Scene«-Publikum zu seinen Patientinnen zählt. Achtzig Prozent der Patienten im Zentrum, darauf legen alle den größten Wert, kommen aus der Gegend, aus Blumenthal also und aus nahegelegenen Stadtteilen des Bremer Nordens — einem Arbeiter-viertel. Gleich hinter dem Haus, erzählt Klaus, liegt ein Gebiet, in dem 26 Prozent der Bewohner arbeitslos oder von Sozialhilfe abhängig sind. Einen »sozialen Brennpunkt« nennt man so etwas.

Lila Latzhosen und Zottelbärte sucht man in der Schwaneweder Straße tatsächlich vergebens. (In Klaus' Wartezimmer liegen »Stern« und »Brigitte«. »Emma« fehlt.) Die Leute sehen alle ziemlich »normal« aus — bestimmt nicht die Klientel, die sich Tips zur alternativen Ernährung holt. Die will wohl auch keiner, Medizinische Grundversorgung für die Bewohner des Stadtteils ist der Anspruch, nicht Service nach der jeweils neuesten studentischen Mode. Bärbel, Arzthelferin in der Kinderarztpraxis, ist über gelegentlichen Besuch vom Campus gar nicht erfreut: »Die sitzen stundenlang bei Stefan (dem Kinderarzt) und lassen sich über irgendwelche Einzelheiten beraten, und mir gerät der Termin-kalender durcheinander.«

Ghetto-Medizin wird offenbar nicht praktiziert. Aber legt nicht Bärbels Abneigung gegen die Szene einen anderen Verdacht nahe? »Einfache Leute« sind die dankbareren Patienten. Sie fragen nicht so viel. Das Gesundheitszentrum im Arbeiter-viertel als letzte Bastion für den Doktor alter Schule, der schaltet und waltet, wie er will? Ein böser Verdacht.

Und, Gottseidank, unbegründet. Daß hier »Material« gesucht wurde, für die Umsetzung gesundheitspolitischer Ziele, das ist einfach nicht der Fall.

Liegt die Unterstellung so fern? Linke, und als solche sind die Blumenthaler leicht zu erkennen, zeichnen sich nun ein-



Das Haus wurde nach den präzisen Vorstellungen der Zentrums-Leute gebaut.



Beratung in der »Igel-Apotheke«. Niemand wird zum Opfer längerer Belehrungen

mal dadurch aus, daß sie nicht nur individuelle Lösungen suchen, was ihnen auch ab und an zu Recht den Vorwurf einträgt, sie setzten sich im Interesse »großer Ziele« über den einzelnen hinweg. Eine Sünde, die bei Medizinern besonders fatal wäre — die haben ja gerade mit dem individuellen Aspekt zu tun. Konkret: Was steht hier im Vordergrund? Ein abstraktes Ziel oder die konkreten Nöte der Kranken?

Jutta ist Apothekerin. Die Kundschaft bei ihr unten in der

Kann man »anders« Arzneimittel verkaufen?

Igel-Apotheke — die ihren Namen vom Maskottchen des Gesundheitstags hat — gibt sich nicht gerade die Klinke in die Hand. Zeit genug für ein Schwätzchen. Was man denn als Apothekerin in einem Gesundheitszentrum »anders« machen könne, will ich wissen. Schließlich habe man Arzneimittel zu verkaufen. Ja, ab und zu gebe es halt auch mal etwas zu beraten.

Und da sei keineswegs ausgemacht, daß wer mit einer Frage hereinkommt, mit einem Medikament wieder herausgeht. Es wird aber auch niemand, der es nicht will, zum Opfer längerer belehrender Ausführungen. Jutta erwähnt ein Dilemma: Gelingt es »richtig« man einem Kunden den Medikamentenmißbrauch geradezu an. Aber den Leuten dann den Mißbrauch einfach zu unterstellen, ist ihr »widerlich«.

Eines ist klar: hier wird nirgends mit dem Holzhammer Volksaufklärung betrieben. Im Gegenteil, auch der missionarische Ton, der in »normalen« Praxen des öfteren zu hören ist, fehlt hier. Stattdessen dominiert Respekt. Was Kliniken und auch viele Praxen so unerträglich macht: die penetrante Freundlichkeit, die in Distanzlosigkeit umkippt, ist mir nicht begegnet, auch keine von diesen durchdringenden Stimmen, etwas zu hoch und zu laut, die einen den Kopf einziehen lassen — Indizien für die tiefe Verachtung gegenüber der Kundschaft, die mit ihren unmaßgeblichen



Wohnzimmer-
atmosphäre beim
Frauenarzt

Es war gar nicht so
einfach, das Praxis-
schild so zu gestal-
ten, daß die KV kei-
nen Anstoß nahm.

Zentrum
Schwaneweder Strasse

Dr. med.
Felix Richter-Hebel
Praxis-
gemeinschaft:
Tel. 80 00 48

Dr. med.
Klaus Schön
Arzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
Tel. 80 00 48

Stephan Schlenker
Arzt für Kinderheilkunde
Tel. 80 00 48

Sprechstunden:
Mo 10:00-12:00 und 15:00-18:00
Di 10:00-12:00 und 15:00-18:00
Mi 10:00-12:00
Do 10:00-12:00 und 15:00-18:00
Fr 10:00-12:00 und 15:00-18:00
Sa 10:00-12:00

Kinderärztliche Sprechstunden Di und Do nach Vereinbarung

Ulrike Alexander
Karin Schellong
Krankengymnastinnen
Tel. 80 00 47

Verein Gesundheitszentrum Bremen-Blumenthal e.V.

Agitation findet
nicht statt. Politi-
sche Plakate hän-
gen artig hinter
Glas.



Wehwechen schamlos die Hilfsbereitschaft anderer in Anspruch nimmt.

»Kundschaft«, das ist auch so ein Begriff. Irgendjemand aus dem Zentrum hat einmal laut »Kundschaft« nach oben gerufen, als eine Patientin eintrat. Das fand man allgemein nicht gut. Klar. Es spricht aber für eine sehr ehrliche Einstellung gegenüber den Leuten, die sich dort behandeln lassen wollen.

Bei allem Respekt vor der Klientel: sie bedienen ihre Kunden aber auch nicht wie der Wirt den Alkoholiker mit dem zwanzigsten Bier. Daß manchmal Erwartungen nicht erfüllt werden dürfen, weiß besonders das Team in der Kinderarztpraxis. Wenn man die Wohnverhältnisse hinter dem Haus kennt, kann

Nur ein »bißchen weniger beschissen« als der Kollege von nebenan?

man Verständnis entwickeln für den Wunsch mancher Eltern, ihre kleinen Quälgeister mit Psychopharmaka zum Schweigen zu bringen. So etwas gibt es nicht in der Schwaneweder Straße. Und wenn die Eltern dann nicht wiederkommen — bitte. Stefan, der Kinderarzt, nennt als wichtige Aufgabe, die Kinder »vor ärztlichen Eingriffen zu schützen«. Das ist keine umsatzfördernde Haltung für einen frisch niedergelassenen Arzt, der kräftig Scheine sammeln muß. Viele Eltern, meint Stefan, müssen einfach nur gesagt bekommen, daß ihre Kinder ganz normal sind. Besonders Ärger hegt der Kinderarzt gegenüber man-

chen Lehrern, die bei Disziplinschwierigkeiten in der Klasse die Unruhestifter zu ihm schicken — damit sie sich die Hirnströme messen lassen.

Einen ganzen Tag habe ich jetzt mit den Zentrumsleuten gesprochen. Einen Eindruck habe ich schon: die nehmen ihre Arbeit ernst, nette Leute, eine angenehme Arztpraxis. Wie schön. Aber kann man nett und verantwortungsbewußt nicht überall sein? Wozu ein »Gesundheitszentrum«? Klaus, der Gynäkologe, hat mir erzählt, seine Patientinnen seien schon ungeheuer dankbar, wenn man sich nur ein bißchen weniger »beschissen« verhalte als der Kollege von nebenan. Das hätten sie nun alle mit weniger Aufwand haben können.

Aufwand ist schon dabei. Damit das »Gesundheitszentrum« überhaupt gegründet werden konnte, war nicht nur jahrelanges Engagement beim Bau des Hauses notwendig. Hinzu kommt, daß solche Zentren sich schon eine komplizierte juristische Konstruktion ausdenken müssen, um den Gedanken der kollektiven Betriebsführung mit dem Kassenarztrecht zu vereinbaren. Gemeinschaftspraxen sind nach wie vor erlaubt nur zwischen Ärzten gleicher Fachrichtung; an gemeinsame Praxen mit Nichtmedizinern ist überhaupt nicht zu denken. Die Bremer haben einen Verein gegründet, der »Gesundheitszentrum« heißt — die Kassenärztliche Vereinigung läßt diesen Namen für die Praxen nicht zu, weil er werbenden Charakter habe. Ein Nutzungsverein hat das Haus gepachtet und vermietet die Pra-

xisräume an die einzelnen Einheiten. Alle, ob formal selbständig oder angestellt, bekommen — oder nehmen sich — ein festes Gehalt: die Akademiker eine Stufe weniger, als sie in vergleichbarer Stellung im öffentlichen Dienst bekämen, alle anderen eine Stufe mehr. Später mal, wenn Überschüsse in die Vereinskasse fließen, soll vielleicht ein Sozialarbeiter eingestellt werden, vielleicht auch ein Psychologe. Aber davon sprechen sie nicht gern. Es liegt in allzu ferner Zukunft.

Warum das alles? Etwas davon wird mir klar, als ich am Abend an einer Besprechung teilnehme. Alle sind gekommen, nach Feierabend, um ein Fortbildungsreferat über Schmerzmittel anzuhören und allerlei organisatorische Probleme zu diskutieren. Jutta erzählt aus der Sicht der Pharmazeutin über Analgetika. In der Diskussion

»Es gibt Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Das muß völlig klar sein.«

kommt die Sprache schnell auf die Praxis: Wir hatten neulich jemanden... Das gibt es nicht in den Einzelpraxen alter Art.

Klaus drängt, man müsse sich besser im Stadtteil »verankern« — zum Beispiel dort einkaufen oder auch mal sonntags auf den Fußballplatz gehen. Protest: »In meiner Freizeit ist mir das Zentrum scheißegal.« Erwartung und Motivation sind unterschiedlich, ein klarer Fall. Wer als achtzehnjährige Arzthelferin ins Zentrum kommt, hat natürlich eine andere Haltung zu dem

Projekt als ein Facharzt mit Ende dreißig, der seinen Lebens Traum verwirklicht. Bei den Besprechungen reden alle mit. Aber nicht alle, die im Zentrum arbeiten, sind auch »Gesellschafter«, haben also investiert. Rosemarie, Arzthelferin aus der Gruppe der Angestellten: »Es gibt Arbeitnehmer und Arbeitgeber hier, das muß völlig klar sein.« Gesellschafter Stefan begehrt auf: »Wenn das so ist, ist es im Grunde nicht mehr interessant, hier zu arbeiten.« An Deutlichkeit läßt niemand etwas zu wünschen übrig. Daß Konflikte nicht unter den Teppich gekehrt werden, dafür sorgt ein Psychologe, der alle vierzehn Tage zur »Supervision« kommt.

»Wenn wir uns einmal kloppen, dann ums Geld!« Eine realistische Einsicht, die sicher auch von den Erfahrungen anderer Gesundheitszentren getragen ist. Denn ein Problem wird das Zentrum über seine ganze Lebensdauer hinweg verfolgen: um gute Versorgung zu betreiben, den Ansprüchen also gerecht zu werden, müssen sie finanziell verzichten. Nicht nur, weil das Abrechnungssystem eine beratungsintensive Versorgung benachteiligt und das Pillenverschreiben honoriert — auch, weil bei jedem in der Zukunft erwirtschafteten Überschuss von neuem die Frage auftauchen wird, ob das Geld nun in finanziell unrentable Projekte — wie etwa die Einstellung eines Sozialarbeiters — gesteckt werden soll oder in die chronisch leeren Taschen der Gesellschafter. Das wissen sie alle, es macht sie vorsichtig, wenn sie ihre Ziele beschreiben sollen.

Roland Grock



Die Heiligung der Kirche durch das Bundesverfassungsgericht

Fristlose Kündigung gegen Arzt rechtens

Rechtsanwalt Klaus Böwer kommentiert das Urteil gegen Dr. Rommelfanger.

Kaum zu fassen, daß man das schon bestehende Arbeits(un)-recht im kirchlichen Bereich noch verschärfen kann, beginnt doch das Bundesarbeitsgericht ein klein wenig liberaler zu werden. Aber das Bundesverfassungsgericht hat es mit dem Beschluß vom 4. Juni 1985 (mal wieder) geschafft. In dem einen Fall ging es um die fristgemäße und nach einem Fernseh-Interview fristlos ausgesprochenen Kündigung eines Arztes, Dr. Rommelfanger, der einen Aufruf in der Wochenzeitschrift »Stern« mitunterzeichnet hatte, in dem der legale Schwanger-

“
**Wer in ein Arbeits-
 verhältnis zur Kirche
 tritt, muß auch in seiner
 Lebensführung die
 kirchliche Ordnung
 respektieren**
 ”

schaftsabbruch aus sozialer Notlage verteidigt wurde. In dem anderen Fall ging es um einen seit 29 Jahren angestellten Buchhalter eines Jugendwohnheims, das von einer katholischen Ordensgemeinschaft getragen wurde, der aus berechtigter Verärgerung über das Verhalten der Ordensgemeinschaft als Arbeitgeberin aus der Kirche ausgetreten war. Dem Arzt hatte das Bundesarbeitsgericht dessen Glaubwürdigkeit zugute gehalten, dem Buchhalter die lange Beschäftigungsdauer, sein hohes Lebensalter, die ungünstige Arbeitsmarktsituation und seinen völlig berechtigten Ärger über die Ordensgemeinschaft als Arbeitgeberin; von dem Kirchenaustritt hatte die Ordensgemeinschaft allein aufgrund der Eintragung in die Lohnsteuerkarte erfahren.

Neu ist, mit welcher Unerbittlichkeit reaktionäre Auslegungen kirchlicher Positionen festgeklopft werden.

Das Bundesverfassungsgericht gab beiden Verfassungsbeschwerden gegen die Entscheidungen des Bundesarbeitsgerichts recht. Zwar erkennt das Bundesverfassungsgericht formal an, daß auf die kirchlichen Einrichtungen das staatliche Arbeitsrecht Anwendung findet, wenn sich die Kirche der Privatautonomie zur Begründung von Arbeitsverhältnissen bedient. Entscheidend sei aber, daß dadurch das spezifisch Kirchliche, die Eigenart des kirchlichen Dienstes, nicht in Frage gestellt wird. Es wird festgestellt, daß Mitarbeiter, die in ein Arbeitsverhältnis zu Kirche treten, auch in ihrer Lebensführung die kirchliche Ordnung respektieren müssen.

Jedoch kann man solche Ausführungen auch in früheren Entscheidungen schon nachlesen. Das spezifisch Neue ist, mit welcher Unerbittlichkeit reaktionäre Auslegungen kirchlicher Positionen festgeklopft werden. Dem Bundesverfassungsgericht ist nämlich nicht entgangen, daß in den kirchlichen Einrichtungen vieles umstritten geworden ist, daß es höchst unterschiedliche Strömungen gibt, daß sich viele Christen in der Friedensbewegung stark machen, daß es in der Kirche fortschrittliche Strömungen gibt, die ein nicht unerhebliches Gewicht haben. Unsicherheit darüber, was denn nun kirchliche Lehre ist, ist vorprogrammiert und rückt die Frage in den Mittelpunkt, woran der Mitarbeiter im kirchlichen Dienst tatsächlich gebunden ist.

Um jegliche Abkehr von den traditionellen Auslegungen kirchlicher Lehre zu verhindern, heißt es:

»Dagegen kommt es weder auf die Auffassung der einzelnen betroffenen kirchlichen Einrichtungen, bei denen die Meinungsbildung von verschiedensten Motiven beeinflusst sein kann, noch auf diejenige breiter Kreise unter den Kirchengliedern oder etwa

gar einzelner bestimmten Tendenzen verbundener Mitarbeiter an.«

Das Bundesverfassungsgericht klopft für das Arbeitsrecht fest, was die Kirche selbst nicht mehr schafft, nämlich die unbedingte Bindung aller Mitarbeiter an die rechtsten Auslegungen der Lehre.

Als wenn dies noch nicht genug wäre, schottet das Bundesverfassungsgericht die Kirchen spitzen auch von einer zweiten Gefahr ab. Nicht nur in christlichen Kreisen haben sich liberale und fortschrittliche Strömungen entwickelt, sondern auch in der Justiz, vornehmlich in der Arbeitsgerichtsbarkeit. Um die Arbeitsgerichte buchstäblich »in den Griff« zu bekommen heißt es in der Entscheidung:

»Soweit diese kirchlichen Vorgaben den anerkannten Maßstäben der verfaßten Kirchen Rechnung tragen, was in Zweifelsfällen durch entsprechende gerichtliche Rückfragen bei den zuständigen Kirchenbehörden aufzuklären ist, sind die Arbeitsgerichte an sie gebunden, es sei denn, die Gerichte begäben sich dadurch in Widerspruch zu Grundprinzipien der Rechtsordnung wie sie im allgemeinen Willkürverbot sowie in dem Begriff der »guten Sitten« und des ordre public ihren Niederschlag gefunden haben.«

Somit sollen bis auf wenige, juristisch kaum faßbare Ausnahmefälle (gute Sitten etc.) die Arbeitsgerichte an die Lehrmeinung der zuständigen Kirchenbehörde gebunden sein; selbst die Justiz soll sich bei der Auslegung der Kirchenlehre nicht mehr auf neuere Forschungen und Entwicklungen innerhalb der Kirche berufen können. In beiden Fällen stellt das Bundesverfassungsgericht klar, wie die Prüfung zu erfolgen hat:

● Im Falle des Aufrufes zur Verteidigung des Schwangerschaftsabbruchs bei sozialer Notlage heißt es: »Nach kirchli-

chem Recht ist die Tötung eines Ungeborenen als Tötung eines unschuldigen Menschen anzusehen; sie stellt ein schweres Verbrechen dar, für das der von selbst eintretende Kirchenbann, das heißt die Ausstoßung eines Kirchengliedes aus der Gemeinschaft der Gläubigen angedroht ist.«

● Im Falle des Buchhalters heißt es: »Der Kirkenaustritt gehört nach kirchlichem Recht zu den schwersten Vergehen gegen den Glauben und die Einheit der Kirche. Die Kirche betrachtet den Ausgetretenen als Abtrünnigen und dem Kirchenbann Verfallenen.«

Soll jetzt der Arbeitsrichter, statt »im Namen des Volkes« zu urteilen, aus dem Blickwinkel des Großinquisitors Handlungen als schwerstes Verbrechen verurteilen, die nach dem Strafgesetzbuch (Paragraph 218) legal sind? Sollen die Arbeitsrichter, statt nach Gesetz und Recht, nach rationalen und wohl abgewogenen Grundsätzen zu urteilen, den Kirchenbann auf die Abtrünnigen richten und sie aus dem Arbeitsverhältnis in die Wüste schicken?

Es ist tatsächlich im Zuge der sogenannten Wende so gemeint, daß der Arbeitsrichter direkt an früheste und reaktionärste Glaubensgrundsätze der Kirche gebunden wird und sich in dieser Bindung über alles andere hinwegsetzen muß. Im Interesse der Kirchenführung gilt Artikel 97 Absatz 1 des Grundgesetzes nicht mehr, in dem es heißt: »Die Richter sind unabhängig und nur dem Gesetze unterworfen« - und weder dem Bundesverfassungsgericht noch der heiligen Kirche. Es kommt Artikel 20 Absatz 3 des Grundgesetzes nicht mehr zum Zuge, wo es heißt: »Die Gesetzgebung ist an die verfassungsmäßige Ordnung, die vollziehende Gewalt und die Rechtsprechung sind an Gesetz und Recht gebunden« - an die Verfassung und nicht lediglich an die »guten Sitten« oder ein schwammiges Willkürverbot.

Somit finden wir in einem Bereich, bei dem es sich um den zweitgrößten Arbeitgeber der Republik handelt, eine Entwicklung, in der die demokratischen Prinzipien und Rechte der Verfassung und selbst die Unabhängigkeit des Richters von religiösen Bindungen in seiner Rechtsprechung nicht mehr geachtet werden und man direkt in die finstersten Zeiten des Mittelalters zurückmarschiert. □

Klaus Böwer ist Rechtsanwalt in Münster.

Anzeige



Eckhard Giese
**Psychiatrie
ohne Irrenhaus**
Das Beispiel Genua

Eckhard Giese
Psychiatrie ohne Irrenhaus
Das Beispiel Genua
262 Seiten, 21,80 DM
Erfahrungen und Analysen
zur Psychiatriereform in
Italien, Folgerungen für
die Bundesrepublik.

Auf dem Dienstweg
Die Verunsicherung einer Anstalt in der Umgang psychisch Kranken



Asmus Finzen
Auf dem Dienstweg
133 Seiten, 14,- DM

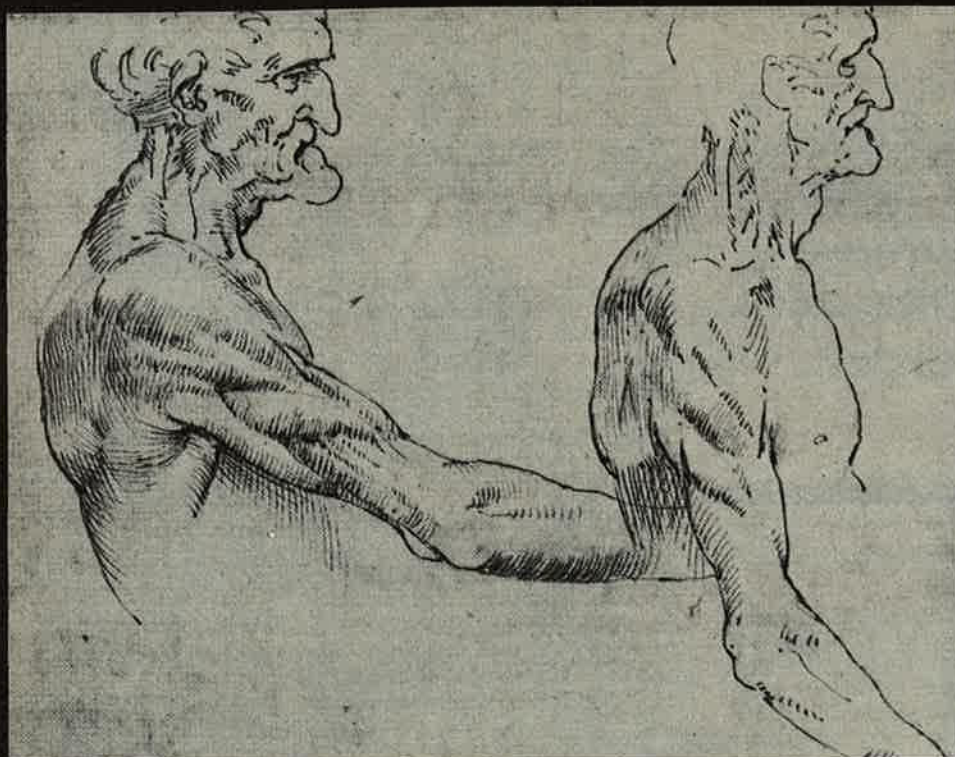
Dokumente aus einer
Anstalt zur Beteiligung an
Aussonderung und Depor-
tation von Patienten.



Chr. und Th. Fengler
Alltag in der Anstalt
380 Seiten, 21,- DM

Methodisch präzise und
doch anschaulich werden
Regeln und Mythen einer
Anstalt beschrieben.

Psychiatrie Verlag
Mühlentorstrasse 28
3056 Rehburg-Loecum 1

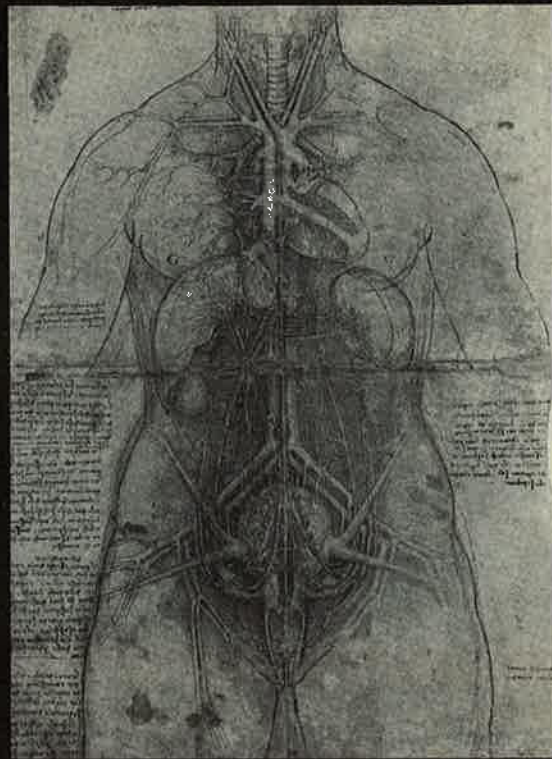
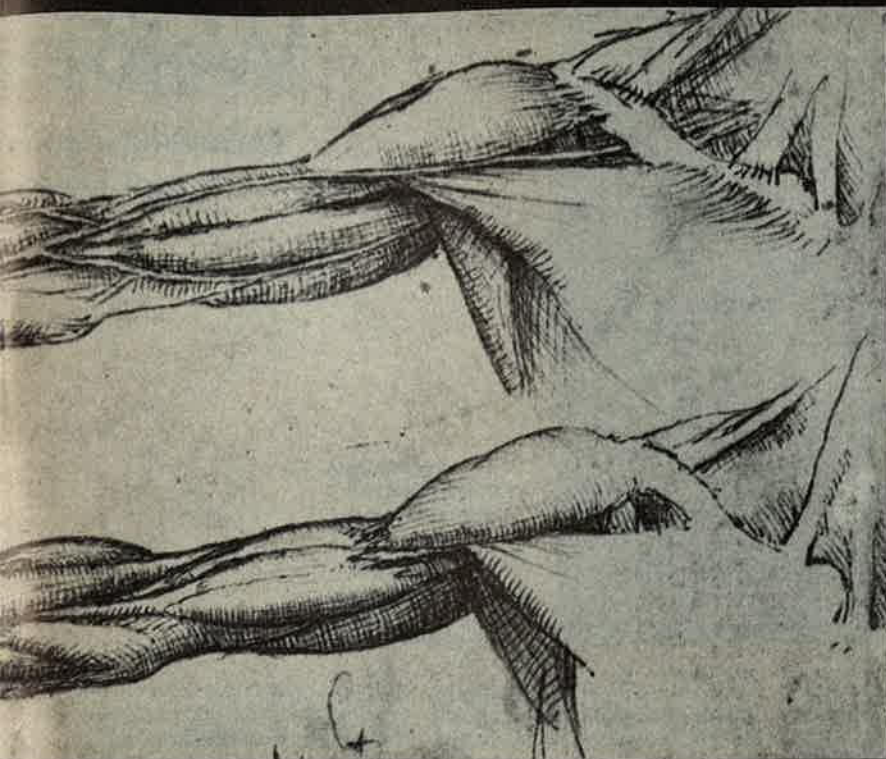


Leonardo da Vinci

Naturwissenschaftler und Künstler

Während des gesamten Mittelalters galt der als »Affenanatom« in die Annalen der Heilkunde eingegangene griechisch-römische Arzt Galenos als die höchste medizinische Autorität, da seine philosophische Spekulation über das Eingebundensein der Organfunktionen auf ein beherrschendes Lebensprinzip der christlichen Lehre von einem Schöpfergott sehr entgegenkam und sein physiologisch-anatomisches Werk deshalb von der Kirche sanktioniert war. Die fast halsstarrige Abneigung des Klerus gegen Sektionen erwuchs einerseits aus der von manchen Theologen vertretenen moralischen Auffassung, daß das Zergliedern menschlicher Leichen mit den Grundsätzen der Humanität unvereinbar wäre, und zum anderen aus der damals noch weitgehenden Uninteressiertheit der scholastischen Ärzte an anatomischen Problemen, zumal





man nach wie vor der antiken Vorstellung huldigte, daß alle Krankheiten auf einer fehlerhaften Beschaffenheit der Körpersäfte beruhten.

Erst in der Renaissance begann sich der Forscherdrang auf die Enthüllung der Innenstruktur des menschlichen Leibes zu erstrecken. Mit Besessenheit suchte namentlich Leonardo da Vinci in dessen Gefüge einzudringen, dem es als Maler nicht behagte, den Menschenkörper stets nur nach dem überlieferten Schönheitsideal der Alten darzustellen. Um ihn realistisch gestalten zu können, bedurfte es einwandfreier anatomischer Kenntnisse. Nachdem sich der aus der Toskana stammende uneheliche Sohn eines begüterten Notars und einer Dienstmagd bei den ihm befreundeten Pavianer Chirurgieprofessor Marcantonio della Torre die erforderlichen handwerkli-

chen Fertigkeiten angeeignet hatte, obduzierte er im florentinischen Hospital Santa Maria Nuova von 1490 bis 1515 etwa dreißig Leichen beiderlei Geschlechtes und unterschiedlichen Alters.

Jeden Knochen, jede Sehne, jeden Muskel zeichnete der kühne Künstler, der sich wegen seiner anatomischen Untersuchungen oft genug des Vorwurfs »verbrecherischen Tuns« zu erwehren hatte, naturgetreu auf und fertigte überdies Skizzen von der Struktur des Herzens, des Gehirns und der übrigen Organe, vom Verlauf der Blutgefäße, vom Brustkorb, von den Eingeweiden sowie von den Lagen der mütterlichen Leibesfrucht an. Unbeabsichtigt wurde er durch seine exakten Sektionsbefunde, die der Nachwelt glücklicherweise auf rund achthundert Studienblättern erhalten sind, zum Widersacher Galens, der seine an Säugetie-

ren gewonnenen anatomischen Einsichten in verwegenen Analogieschlüssen auf den Menschen übertragen hatte, sowie zum Vorläufer Andreas Vesals, des Begründers der modernen Menschenanatomie.

Auf allen seinen Wanderungen führte Leonardo seine Studien und handschriftlichen Erläuterungen bis zu seinem Ableben auf Schloß Cloux bei Ambolse in Frankreich mit sich. Nach seinem Tod erbt sie sein treuer Begleiter und Schüler Francesco Melzi. Über Italien und Spanien gelangten sie schließlich nach England, wo sie vergessen in einer Kasse der königlichen Bibliothek zu Windsor schlummerten, bis sie 1778 vom Büchereiverwalter Robert Dalton wiederentdeckt wurden. Bei Ihrer Durchsicht erkannte die Fachwelt, daß Leonardos anatomisches Wissen dem seiner Zeit um drei Jahrhunderte voraus war.

Bernt Karger-Decker





Das Lungenzentrum in Manila. Die Tagessätze liegen so hoch, daß ein Durchschnittsverdiener sich kaum mehr als einen Tag dort leisten kann.

Die WHO ehrte den Falschen: Auf den Philippinen wird viel Geld in teure Spezialkliniken gesteckt. Die Basisversorgung ist katastrophal.

Die WHO blamierte sich gründlich. Ausgerechnet der philippinische Gesundheitsminister, Dr. Jesus Azurin, erhielt während der diesjährigen Jahresversammlung der Weltgesundheitsorganisation den Sasaki-Gesundheitspreis für die erfolgreiche Einführung eines Basisgesundheitswesens.

Eine Kommission der Weltbank war gerade zuvor zu einem ganz anderen Ergebnis gekommen. 1974 hatte die Weltbank der philippinischen Regierung ein 25-Millionen-Dollar-Darlehen gewährt, um ein Bevölkerungsprogramm und den Aufbau von ländlichen Gesundheitsdiensten zu fördern. Im Dezember 1984 kam die Weltbank-Kommission in einem Bericht zu dem Schluß, daß die Anleihe für eine Infrastruktur, die »fehlgeplant, mangelhaft unterhalten und kaum oder für andere Zwecke genutzt wurde als es im Projekt vorgesehen war«, vergeudet wurde. Darüber hinaus fehlten Ausrüstungsgegenstände und Vorräte im Wert von sieben Millionen Dollar, welche von diesem Darlehen hätten erworben werden sollen.

»Solche Unregelmäßigkeiten spiegeln nur die seuchenartig verbreitete Schiebung und Korruption der philippinischen Regierung wider und sind besonders bedauernd, da diese Gelder wichtigen sozialen Interessen dienen«, schrieb die Health Alliance (HEAL), ein Zusammenschluß von 50 Organisationen von Gesundheitsarbeitern auf den Philippinen, in

einem Protestschreiben an die WHO.

Seit 1965 werden die Ausgaben für Soziales und Gesundheit verringert

In der Tat liegt eine wesentliche Ursache für die schlechte gesundheitliche Situation auf den Philippinen in der Gesundheitspolitik der Regierung Marcos begründet. Unter dem Einfluß der ehemaligen amerikanischen Kolonialherren gilt noch heute ein soziales Engagement des Staates als »sozialistische Verirrung«. Folgerichtig hat sich Ferdinand Marcos seit seiner Regierungsübernahme 1965 daran gemacht, die Ausgaben für Soziales und Gesundheit zu verringern. Wurden bei seinem Amtsantritt noch 44 Prozent des gesamten Staatshaushaltes für diese Aufgaben verwendet, so schrumpfte das Budget bis 1982 auf magere 21,4 Prozent zusammen. Für den Bereich Gesundheit wurden im vergangenen Jahr (1984) nur 4,4 Prozent der Staatsausgaben aufgebracht, für 1985 sind sogar nur 3,4 Prozent vorgesehen.

Kürzlich mußte das Gesundheitsministerium einräumen, daß fast 40 Prozent der staatlichen Krankenhäuser (109 von 287) keine oder keine funktionierende Ausrüstung besitzen.

Die staatliche Enthaltensamkeit hat auch verheerende Auswirkungen auf die Lebensbedingungen der Menschen. Eine

kürzlich veröffentlichte Studie besagt, daß 86 Prozent der städtischen Einwohner über keinen menschenwürdigen Wohnraum verfügen. Allein in der Hauptstadt Manila leben zwei Millionen Menschen in Elendsiedlungen. Nur fünf Prozent der Gesamtbevölkerung haben Zugang zu sauberem Trinkwasser, ein wesentlicher Grund für immer wieder auftretende Epidemien. Die wenigen Mittel, die für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen, werden zudem für sinnlose Prestige-Projekte verschleudert.

Seit Mitte der siebziger Jahre entstanden mit dem Herzzentrum für Asien, dem Lungen- und Nierenzentrum und dem Kinderhospital »weiße Elefanten«, deren Kosten exorbitant und deren Nutzen höchst fragwürdig sind. Kein Wunder, daß diese pompösen Bauwerke eher an wohltemperierte Ausstellungshallen, an vorzeigbare Monumente für ausländische Staatsgäste denn an Heilstätten erinnern.

Allein das 1975 fertiggestellte Herzzentrum verschlang 50 Millionen Dollar, was einem Umrrechnungskurs von 300 Millionen Pesos entsprach. Das gesamte Gesundheitsbudget betrug in jenem Jahr 960 Millionen Pesos. Schlagzeilen machte das Herzzentrum Mitte Februar 1985, als anlässlich seines zehnjährigen Bestehens ein Kardiologen-Symposium abgehalten wurde. 32 eigens aus dem Ausland eingeflogene Herzspezialisten debattierten mit philippinischen Kollegen einige Tage lang über fachspezifische Themen, die für das Gros der Filipinos völlig irrelevant sind. Sechs Millionen Pesos verschlang diese Affäre — eine Provokation, so

philippinische Ärzte während einer Protestkundgebung vor dem renommierten »Manila Hotel«, bedenkt man, daß 1982 für die Betreuung der 20 000 Leprakranken im Lande nur 215 265 Pesos ausgewiesen wurden!

1984 erhielt das mit 313 Betten ausgestattete Lungenzentrum 20 Millionen Pesos, während für das nationale Tuberkulose-Programm magere 9 Millionen Pesos aufgebracht wurden. Darin waren die Aufwendungen für das nach dem Zweiten Weltkrieg entstandene, auf die Behandlung von TB spezialisierte »Quezon-Institut« (QI) eingeschlossen. Dort hat eine Krankenschwester bei einem monatlichen Durchschnittsgehalt von umgerechnet 150 Mark pro Schicht bis zu 60 Patienten zu versorgen. Das baulich solide QI ist von akuter finanzieller Austrocknung bedroht. Es soll abgerissen und durch einen Shopping-Komplex ersetzt werden. Was mit den heute dort stationierten 500 Patienten geschehen soll, bleibt im Dunkeln.

Mehr Museum für Medizintechnik als Gesundheitseinrichtung

Dagegen scheint das Lungenzentrum völlig unausgelastet zu sein; die Tagessätze liegen so hoch, daß ein Durchschnittsverdiener sich kaum mehr als einen Tag dort leisten kann — von der Finanzierung einer Behandlung ganz zu schweigen. Ausländer werden gerne durch die meist leeren Gänge und Räume geführt, die mehr einem Museum moderner Medizintechnologie (Marke Philips und Siemens) gleichen als einer Gesundheitseinrichtung. Tuberkulose und andere ansteckende Krankheiten können ohnehin nicht behandelt

Elefanten

Prestige-Projekte
des Diktators

»Wartezimmer« in
einem Zentrum der
Basisversorgung.
Typhus, Unterernäh-
rung, Tuberkulose,
Malaria sind an der
Tagesordnung.



Fotos: medico

werden, da die teure zentrale Klimaanlage für eine allzu rasche Verteilung der Bazillen und Viren sorgen würde.

Jüngste Beispiele »weißer Elefanten« bilden das »Institut für die Rehabilitation des Menschen« (IRM), das Nierenzentrum und das Philippine General Hospital (PGH). Ersteres trägt mit Absicht die Initialen seiner Gründerin, der First Lady Imelda Romualdez Marcos.

Ende Februar warf der Oppositionspolitiker Antonio V. Cuenco der Regierung vor, zwischen 1980 und 1984 für das 50 Betten fassende Nierenzentrum 321,8 Millionen Pesos aus Fonds der »Vergütungs- und Spielgesellschaft« abgezweigt zu haben. In besagtem Zeitraum, so Cuenco, habe man pro Bett 6,5 Millionen Pesos verprascht. Bei seinem letzten Besuch habe er dort nur 18 betuchte Patienten vorgefunden!

Auch die vielen presserwirk-sam in Szene gesetzten Programme brechen meist rasch wieder zusammen, nachdem die First Lady über Radio und Fernsehen darüber informiert hat, welches Projekt sie gerade wieder ihrem Volk zu schenken gedenkt. So fand das Primary Health Care Program bereits im Jahr seines Entstehens ein jähes und stilles Ende. Von 300 geplanten Gesundheitsstationen sind 1982 nur 25 gebaut worden. Die regionalen Gesundheitsdirektoren wagen nur hinter vorgehaltener Hand darüber zu berichten, daß längst das Geld für Ausrüstungsgegenstände und dringend benötigte Medikamente ausgegangen ist.

Dies ist auch kein Wunder, denn Imelda Marcos stand schon wieder vor den Kameras, dem Volk von einer neuerlichen

Großtat kündend. Sie ließ Ende Februar 1985 überraschend einen Teil des Philippine General Hospital (PGH), des größten allgemeinen Krankenhauses von Manila, mit rund 1600 Betten niederreißen, das immerhin kostenlose Konsultationen durchführt, obgleich es an so grundlegenden Instrumenten wie Fieberthermometern mangelt. Ein siebenstöckiges Hochhaus sollte an diese Stelle treten. Zwar reicht das Geld höchstens für drei Stockwerke, doch war Eile geboten:

Bis zum 2. Juli, dem Geburtstag von Frau Marcos, sollte das PGH in neuem, 200 Millionen Pesos teurem Gewand entstehen und architektonisch dem nahegelegenen First-Class-Hotel »Midtown Ramada« angepaßt werden.

So hastig geschah der Abbruch, daß einigen Stationen eine nur zweistündige Frist eingeräumt wurde und Angehörige von Patienten mithelfen mußten, die Betten rechtzeitig auszulagern. Da mußte man schon mal in Kauf nehmen, daß die Mauern der Entbindungsstation eingerissen wurden, bevor das Personal alle Patienten evakuieren konnte.

»Schöner sterben« in der Prestige-Klinik

Das Personal, das mit einer Renovierung der alten, doch soliden Bausubstanz zufrieden gewesen wäre, wagte kaum zu protestieren. Zu groß ist die Angst, daß Imelda Marcos verärgert die 9000 rund um die Uhr arbeitenden Maurer wieder abzieht und die Ruine einfach zurückläßt. Bereits heute ist absehbar, daß für die eigentlichen Forderungen der Ärzte und Krankenschwestern nach besseren medizini-

schen Geräten und Medikamenten sowie einer angemessenen Entlohnung kein Peso mehr übrig sein wird. Das renovierte PGH, so Frau Marcos, ist das »neueste Geschenk an das philippinische Volk«, »in dem es sich schöner sterben lassen wird«, so Ärzte im PGH.

Die Gesundheitssituation der philippinischen Bevölkerung verschlechtert sich jedoch weiter. Epidemien wie Typhus, Durchfallerkrankungen und Lungenentzündungen verbreiten sich in den städtischen Armenvierteln. Solche Epidemien und das wachsende Auftreten von Unterernährung, Tuberkulose, Masern, Malaria, Keuchhusten, psychischen Erkrankungen etc. hätten durch ein verstärktes Engagement der Regierung für soziale Dienste verhindert werden können.

Erschütternd sind die Erfahrungen, von denen Sylvia, eine 28jährige Krankenschwester aus Tabon, einem Slumviertel, zu berichten weiß. Mitunter, so erzählt sie, kommt es vor, daß Eltern, die ihre schwerkranken Kinder ins Hospital bringen wollen, schlicht abgewiesen werden. Geldmangel ist der Hauptgrund; Krankenhäuser verlangen Aufnahmegebühren und benötigte Medikamente müssen durchweg selbst besorgt werden. Zahlreiche Kinder seien deshalb gestorben.

Spielball der Pharmaindustrie

Die pharmazeutische Industrie hat den Diktator Marcos fest im Griff. Amerikanische und in geringem Umfang auch deutsche Firmen machen gesunde Geschäfte auf den Philippinen. Sie haben es geschafft, dort die höchsten Preise in ganz Süd-

ostasien durchzusetzen. Versuche, die Preisgestaltung für Medikamente und den Technologietransfer gesetzlich zu regeln, sind 1978 kläglich gescheitert.

Im Oktober 1983 kündigte das Gesundheitsministerium die Herausgabe einer Liste von 170 unverzichtbaren Medikamenten an, die sich im wesentlichen an der von der WHO herausgegebenen Liste der »essential drugs« orientieren sollte. Im Januar 1984 war aus dem Ministerium zu hören, daß die Liste bereits auf 440 Substanzen ausgeweitet worden sei. Heute, fast zwei Jahre später, ist sie immer noch nicht veröffentlicht. Offensichtlich sind das Gesundheitsministerium und die Marcos-Regierung nicht in der Lage, dem Druck der vom Ausland beherrschten Pharmaindustrie zu widerstehen, die eine Liste von 1700 Medikamenten durchsetzen möchte.

Verzögerung bei der Veröffentlichung einer Liste von »essential drugs« haben die Gesundheitsprobleme unzumutbar verschärft, da die Preise für Medikamente 1984 durchschnittlich um 30 Prozent gestiegen sind.

Wofür die WHO vor diesem Hintergrund Herrn Jesus Azurin den Sasakawa-Gesundheitspreis verliehen hat, bleibt unverständlich.

Bangladesch mit seiner neuen Medikamentenpolitik und dem Aufbau eines Basisgesundheitswesens wäre jedenfalls ein würdigerer Preisträger gewesen. Vielleicht nächstes Jahr!

Teile dieses Artikels wurden der 24seitigen medico-Broschüre »Philippinen: Gesundheit, Menschenrechte und Widerstand« vom März 1985 entnommen. Bezug über medico international, Henauer Landstr. 147-149, 6000 Frankfurt 1.

»Die Verbraucher mobilisieren«

dg sprach mit Gerd Billen-Girmscheid, dem Vorsitzenden der neuen »Verbraucherinitiative«.

dg: Verbraucherorganisationen gibt es schon. Warum eine weitere?

Billen-Girmscheid: Im Verbraucher-, Umwelt- und Gesundheitsschutz kommt es in den nächsten Jahren darauf an, mehr Menschen zu mobilisieren, um ökologische Ziele zu verwirklichen. Die staatlichen Verbraucherorganisationen können die Menschen informieren; das tun sie mehr oder weniger gut. Es gibt da rühmliche Beispiele wie die Verbraucherzentralen Niedersachsen oder Hamburg und unrühmliche wie die in Bayern und im Saarland. Aber von ihrem Anspruch und ihrer Zusammensetzung können sie nur für den Verbraucher reden.

Wir brauchen einen organisatorischen Ansatz, damit Verbraucherinnen und Verbraucher auch aktiv werden können. Damit eine solche Organisation auch radikal arbeiten kann, muß sie von staatlichen Zuwendungen unabhängig sein. Die Arbeitsgemeinschaft der Verbrau-

cher (AgV) ist zu 95 Prozent von staatlichen Zuschüssen abhängig.

dg: Sie wollen also nicht primär Verbraucherinformation betreiben, sondern Verbraucherpolitik. Glauben Sie, daß man mit Mobilisierung der Verbraucher das Warenangebot wesentlich beeinflussen kann?

Billen-Girmscheid: Das Leitbild der Verbraucherzentralen ist der Homo oeconomicus der siebziger Jahre, der zwischen dem Kühlschrank A und dem Kühlschrank B eine bewußte Ent-

»Man könnte Einwegflaschen zu Aldi bringen und zurück ins Regal stellen«

scheidung trifft. Die Verbraucherberatung richtet sich darauf, ihn in seinem Kaufverhalten zu beeinflussen. Darin liegt aber auch ein Ansatz für Verbraucherpolitik — wenn der Verbraucher es als politischen Akt begreift, ob er sich für ein mehr oder für ein weniger umweltfreundliches Produkt entscheidet.

dg: Mobilisierung der Verbraucher: Heißt das also, ihr Kaufverhalten ändern?

Billen-Girmscheid: Ja, wir wollen Einfluß nehmen über das Kaufverhalten, auch über ein

Verzicht-Verhalten, und über die Förderung von bestimmten Wegen der Vermarktung, wie zum Beispiel Einzelhandelskooperativen und Verbraucher-Erzeuger-Gemeinschaften. Gerade das Beispiel des Weins in diesem Sommer zeigt deutlich die Ohnmacht, aber auch die Macht der Verbraucher.

dg: In Ihrem Gründungsauftritt heißt es: »Frostschutzmittel im Wein, Dioxin in Holzschutzmitteln, Nitrat im Trinkwasser — die Kette gesundheits- und umweltpolitischer Skandale reißt nicht ab. Immer mehr Menschen erkennen, daß unsere natürlichen Lebensgrundlagen und unsere Gesundheit nur geschützt werden können, wenn wir unsere persönlichen Verhaltensweisen ändern und uns umweltgerecht verhalten.« Wer ist »wir«? Wir Weingroßhändler, wir Holzschutzfabrikanten, wir Klärwerksdirektoren?

Billen-Girmscheid: Diese Sachen treten nur auf, weil sie auf bestimmten Erwartungen der Verbraucher aufbauen können. Der Verbraucherwunsch nach süßem Wein kann bei unseren Anbaubedingungen im Grunde nicht befriedigt werden. Da finde ich es ehrlicher, den Leuten zu empfehlen, sich ein Stück Zucker in den Wein zu tun. Es ist eine falsche Erwartung zu glauben, man könne für eine Mark neunundneunzig eine Spätlese bekommen. Bei den Holzschutzmitteln haben unverantwortliche Her-

steller gefährliche Pestizide eingesetzt. Auf der einen Seite! Auf der anderen Seite herrscht bei Verbrauchern eine Einstellung vor, man müsse auch noch dem letzten Holzwurm zu Leibe rücken. Wer Stoffe kauft, die Leben töten sollen, und diese Stoffe in seiner Wohnumgebung anwendet, nimmt seinen eigenen Organismus von dieser Gefährdung nicht aus. Zunächst einmal müssen sich hier die Verbraucher gegen die Hersteller wenden und für eine Deklaration der Inhaltsstoffe eintreten. Aber es ist auch wichtig, Verhaltensweisen zu ändern.

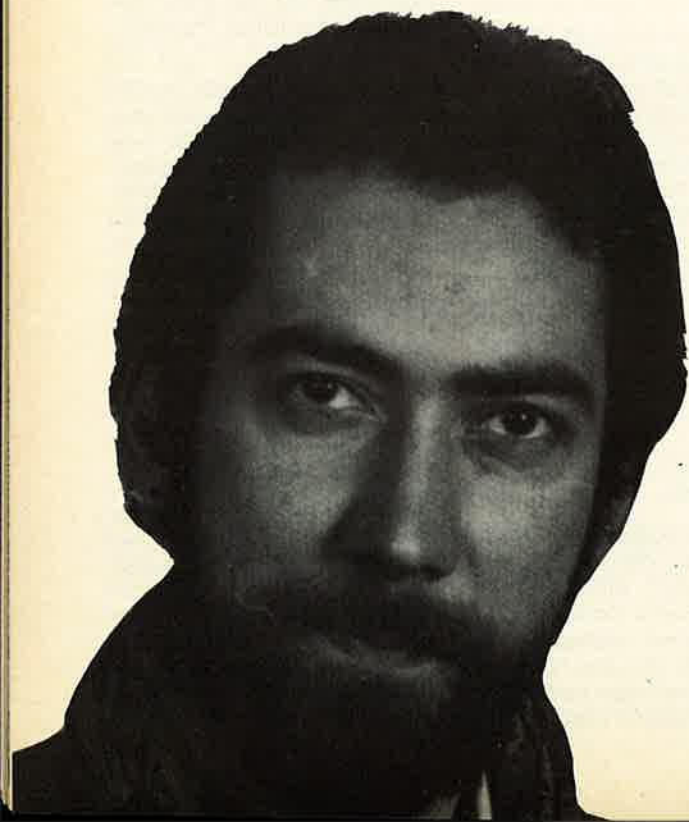
»Wer Stoffe kauft, die Leben töten sollen, gefährdet sich auch selbst«

dg: Ist es nicht immer so, daß die Verbraucher bestimmte Ansprüche stellen und die Hersteller versuchen, sie zu befriedigen, weil sie damit Geld machen können? Mit allen Mitteln — wenn sie nicht effektiv kontrolliert werden. Sind dann die Verbraucher mit ihren Ansprüchen am Giftwein schuld?

Billen-Girmscheid: Nein, das sind sie nicht. Aber sie können durch die Veränderung der eigenen Erwartungen dazu beitragen, daß so etwas nicht mehr vorkommt. Ich lebe übrigens auch nicht in dem Glauben, daß die Änderung des Verbraucherverhaltens der entscheidende Hebel in der Gesundheits- und Umweltpolitik ist. Da wird die Arbeit der Umweltverbände auf der einen und der Gewerkschaften auf der anderen Seite nach wie vor notwendig sein.

Der Journalist **Gerd Billen-Girmscheid** wurde erster Vorsitzender der »Verbraucherinitiative«, eines im August neugegründeten Verbraucherverbandes, der sich stärker als andere mit ökologischen Fragen beschäftigen will. Billen-Girmscheid hat Ernährungswissenschaft und Sozialwissenschaften studiert. In der »Öko-Szene« ist der 30jährige ehemalige Pressesprecher des Bundesverbands Bürgerinitiativen Umweltschutz (BBU) bekannt. Zwei Buchveröffentlichungen, zu alternativer Ernährung und zum »alternativen Verbraucher« fanden gute Verbreitung.

Billen-Girmscheid ist Stadtverordneter der Grünen in der Bundeshauptstadt. Die **Verbraucherinitiative** ist ein gemeinnütziger Verein, der ausschließlich aus Spenden und Mitgliedsbeiträgen leben will. Unterstützt wird die Initiative unter anderem von den Umweltschutzverbänden, BBU, BUND und Greenpeace. In einem Beirat wirken der grüne Bundestagsabgeordnete Heinz Suhr, der Kieler Toxikologe Professor Otmar Wassermann und der Wissenschaftsjournalist Hoimar von Ditfurth mit. Anschrift: Postfach 1746, 5300 Bonn 1.



Ich sehe hier nur die Chance, einen weiteren Bereich für Umwelt- und Gesundheitsinteressen einzusetzen. In manchen Bereichen kann man mit den Verbrauchern sicher viel erreichen.

dg: Wie soll die Verbraucherinitiative überhaupt arbeiten?

Billen-Girmscheid: Über Aktionen haben wir bisher nur im engeren Kreis der Gründungsmitglieder diskutiert. Im November wollen wir ein bundesweites Treffen der Interessierten veranstalten und überlegen, was wir tun können. Verpackung und Müll könnte ein Schwerpunkt sein. Ich könnte mir vorstellen, daß an einem bestimmten Tag in fünfzig oder hundert Städten und Gemeinden Aufklärungs- und Boykottaktionen vor »Aldi«-Geschäften stattfinden. Schön wäre es auch, wenn Verbraucher die Einwegflaschen zu »Aldi« zurückbrächten und dort in die Regale stellten. Man könnte auch auf Aktionärsversammlungen auftreten, um etwa gegen bedenkenlose Verwendung von Zusatzstoffen in Lebensmitteln zu protestieren. Außerdem planen wir eine Kampagne gegen die Bestrahlung von Lebensmitteln. Da könnte man etwa gemeinsam mit holländischen Organisationen einen Boykott gegen bestrahltes holländisches Gemüse organisieren.

dg: Herr Billen-Girmscheid, Sie wollen mit ihrer Organisation auch Kontakt und Zusammenarbeit mit bestimmten Produzenten suchen — solchen, die umweltverträgliche Produkte herstellen. Liegt da nicht auch ein mögliches Konfliktfeld? Die Ökofilmen, auch die Bauern, produzieren ja meist teurer als die Konkurrenz. Wird sich die Verbraucherinitiative im Zweifelsfall für die ökologischen oder für die sozialen Aspekte des Problems entscheiden?

Billen-Girmscheid: Weil wir vom ökologischen Standpunkt ausgehen, haben wir auch ein anderes Verständnis von Ökonomie. In einzelnen Bereichen ist eine Erhöhung der Agrarpreise einfach notwendig, wenn den kleinen Bauern ihre Existenz erhalten und es im Umweltschutz weitergehen soll. Die Erhaltung der kleinbäuerlichen Landwirtschaft ist die Grundlage für eine spätere ökologische Produktion in größerem Umfang.

Erzeuger und Produzenten können übrigens nicht Mitglied der Verbraucherinitiative werden. Sie können uns durch Spenden fördern. Aber finanzielle Unabhängigkeit ist die Voraussetzung für die kritische Betrachtung gerade des Markts mit »Öko«- und »Bio«-Produkten. □



Gunter Herzog: Krankheitsurteile. Logik und Geschichte in der Psychiatrie, Psychiatrie-Verlag, Rehburg-Loccum 1984 (Reihe »Treffbuch«, Nr. 3), 262 Seiten, 2 Abbildungen, 2 Tabellen, 24,80 Mark

Psychiatriegeschichtsschreibung war lange Zeit apologetisch-beschönigend, betrieben von Ärzten und »verklebt mit Standesbewußtsein«. Eine kritische Psychiatriegeschichtsschreibung begann sich erst in den letzten 20 Jahren durchzusetzen, verbunden mit Namen wie Foucault und Castel in Frankreich oder Dörner, Güse/Schmacke und Blasius in der Bundesrepublik — überwiegend Nicht-Ärzte bzw. Nicht-nur-Ärzte.

Gunter Herzog hat nun diesem Kanon ein weiteres Buch hinzugefügt.

Eine überflüssige Wiederholung? Keinesfalls. Herzog hat einerseits eine Fülle historischen Materials aufgearbeitet, das bisher unberücksichtigt geblieben war; andererseits setzt er sich in vielen Punkten von den Schlußfolgerungen der Autoren kritisch ab, bis hin zum Vorwurf der »Mythenbildung« an die Adresse von Klaus Dörner oder des »Hereinfallens auf das Selbstmißverständnis der Psychiatrie« an die von Michel Foucault.

Gunter Herzog weiß, wovon er spricht: in seinem ersten Studium hat er eine solide geisteswissenschaftliche Ausbildung erfahren (Germanistik, Philosophie, Geschichte), später schloß sich ein Psychologiestudium an, dem Jahre der praktischen Arbeit in der Psy-

chiatie (innerhalb wie außerhalb von Anstalten) folgten.

Das Buch ist keine reine historische Arbeit. Seinen Ausgangspunkt nimmt es vielmehr bei Problemen der heutigen Psychiatrie: dem Anstaltswesen, der Tendenz zur Selektion und Ausgrenzung sowie vor allem der Psychopathologie und ihrem Kernstück, der Lehre von den endogenen Psychosen (so trägt die Arbeit auch im Original den treffenderen Untertitel: »Logik und Geschichte im Konzept der endogenen Psychosen«).

Zentrales Thema des Buches ist das wechselseitige Verhältnis von psychiatrischer Praxis (für die die Anstalt bestimmend war und wohl noch immer ist) und wissenschaftlicher Theoriebildung. Den »endogenen Psychosen als Erkenntnisgegenstand« ist der erste Teil gewidmet, wo Gunter Herzog den Nachweis führt, daß die Psychiatrie bis heute von einer soliden naturwissenschaftlichen Methode weit entfernt ist, obwohl sie seit langem den gegenteiligen Anspruch erhebt. Sie kann aufgrund der Eigen-



art ihres Gegenstandes eigentlich nur hermeneutische Methode sein, d.h. untersuchen, was von wem und in welchem Zusammenhang über Klagen und Leiden von »psychisch Kranken« erzählt wird — denn objektivierbare Parameter wie in der naturwissenschaftlichen Organmedizin gibt es in der Psychiatrie nicht.

Aufgabe einer kritischen Psychiatriegeschichtsschreibung kann es

deshalb nicht sein, »über die Irren zu erzählen«, sondern zu untersuchen, wie die Erzählungen über die Irren, die Erzählungen, die Theorien der Psychiater, zustande gekommen sind. Dieser Aufgabe geht Gunter Herzog im folgenden, bei weitem ausführlicheren Teil des Buches nach. Das dabei vorgetragene und analysierte Material wie die Schlußfolgerungen sind sehr umfangreich.

Am Ende schlägt Gunter Herzog den Bogen zur Gegenwart, zu Ansätzen, diese unheilvolle Tradition aufzubrechen; er schließt mit einer Aufforderung: »Und noch immer springt uns die Unheimlichkeit des Irren an, nicht als gestörte, leidende, hochgespannte Subjektivität vor dem Hintergrund einer belastenden Umgebung und Situation und als Ergebnis einer verwickelten individuellen Geschichte, sondern mit der Bedrohlichkeit der fremden Natur. Professionalität in der Psychiatrie heißt heute in erster Linie Reflexion, Durcharbeitung und Überwindung dieses historischen Instinkts in uns... es gilt die psycho-pathologischen Kategorien zu tilgen, die immer noch Selektion bewirken — mit ihnen und vor ihnen auch den selektiven Gestus in der Wissenschaft und im Menschen überhaupt.«

Für mich gehört Gunter Herzogs Buch unbedingt in eine Reihe mit Klaus Dörners Klassiker »Bürger und Irre« sowie den Schriften von Michel Foucault und Robert Castel. Wer sich hier bereits eingelesen hat, wird in diesem Buch eine lohnenswerte Fortsetzung und Ergänzung finden, die vor allem durch das profunde historische Wissen besticht — wobei sicherlich manch provokante These nicht unwidersprochen bleiben wird. Aber auch wer von der Psychiatriegeschichte noch völlig unbeleckt ist, wird mit diesem Buch als ausgezeichnete Einführung gut beraten sein.

Dazu trägt einerseits die brillante Sprache des Autors bei (obwohl es sich um die — allerdings überarbeitete und gekürzte — Fassung einer Dissertation handelt): mir hat das Lesen großen Spaß gemacht, ich habe das Buch verschlungen fast wie einen Krimi. Hinzu kommt ein recht gekonnter didaktischer Aufbau: vielfach werden am Kapitelanfang die vorausgegangenen Ergebnisse nochmals zusammengefaßt; die zu untersuchenden Fragen werden deutlich formuliert, und Thesen sind als Thesen kenntlich gemacht. Neben dem selbstverständlichen ausführlichen Literaturverzeichnis rundet ein Namen- und Sachregister (das allerdings sorgfältiger bearbeitet sein könnte) die Arbeit ab.

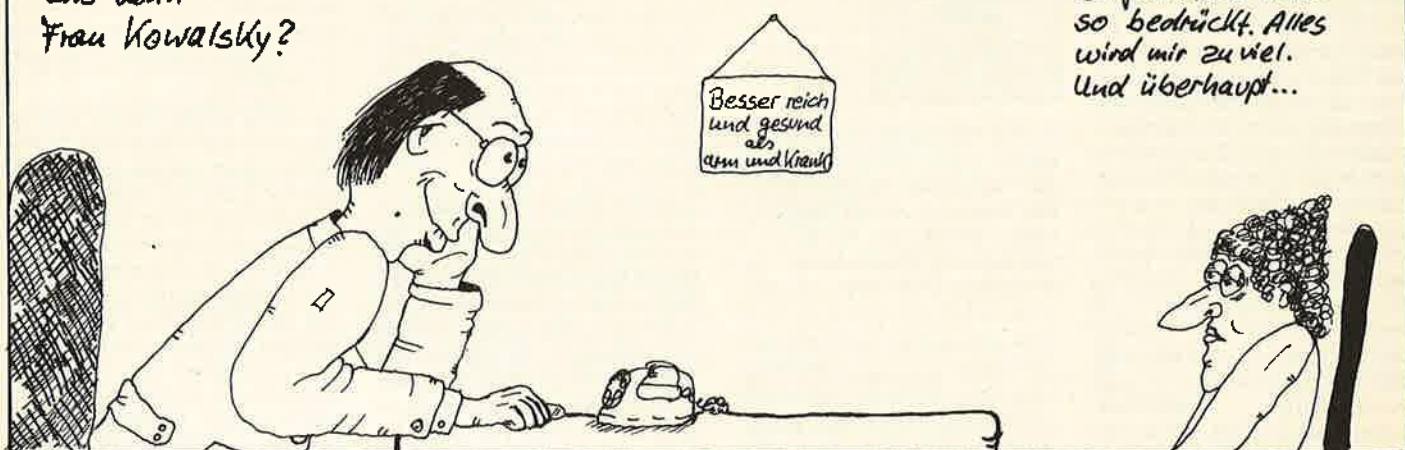
Zu guter letzt der Preis: das Buch ist das Geld wert!

Dirk K. Wolter

Vorgestern beim Neurologen

Na, was fehlt
uns denn
Frau Kowalsky?

Ach Herr Doktor,
ich fühle mich immer
so bedrückt. Alles
wird mir zu viel.
Und überhaupt...



Alles halb so wild,
Liebe Frau Kowalsky.
Contra depressiva,
3x2 Dragers täglich,
wird ihnen helfen!

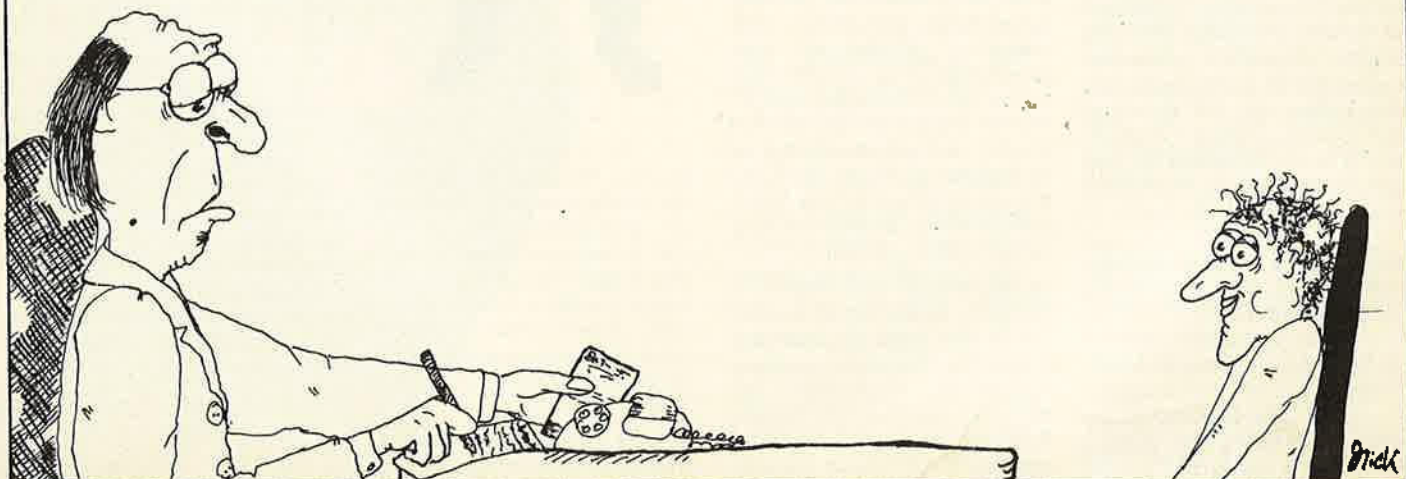
Ja wenn sie
meinen Herr Doktor,
seufz...



2 Wochen später

Was heißt hier, was ist mit meinen Haaren...?
Ich frage sie: Was machen ihre Depressionen? —>
Weg! Na also. Und hier ist ihre Überweisung zum
Dermatologen — wegen der Haare!

Weg, Herr Doktor. Mir
geht's gut, aber...



IMPRESSUM

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Brigitte Klutha (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Hattlingen), Christina Pötter (Gießen), Michael Regus (Siegen), Annette Schwarzenau (Hamburg), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobiles (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Erich Wulff (Hannover).

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 468208 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

Anzeigenleitung: Walter Beilken, Steinstr. 73, 6300 Gießen, Tel. (0641) 36002.

Redaktion

Chefredakteur: Norbert Mappes (nm)
Stv. Chefredakteurin: Ursula Daalman (ud)

Aktuelle Gesundheitspolitik: Detlev Uhlenbrock (du), Walter Popp (wp); **Gesundheitsversorgung:** Gregor Weinrich (gw), Uli Menges (um), Joachim Gill (jg); **Arbeits- und Lebensverhältnisse:** Norbert Andersch (na); **Pharma- und Geräteindustrie:** Uli Raupp (urp); **Umwelt:** Peter Walger (pw); **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Matthias Albrecht (ma), Edi Erken (ee); **Ausbildung:** Brigitta Mews (bm), Eckard Müller (em), Peter Liebermann (pl); **Internationales:** Gunar Stempel (gst), Felix Richter-Hebel (frh), Stephan Schölzel (sta); **Frauenprobleme:** Ulla Funke-Verhasselt (ufv); **Pflegeberufe:** Kirsten Jung (kj); **Historisches:** Helmut Koch (hk); **Kultur und Subkultur:** Helmut Copak (hc)

Der für das jeweilige Ressort zuerst oder allein genannte Redakteur ist verantwortlich für 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 eingegangene Manuskripte keine Haftung übernehmen.

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

Redaktionskonto für Spende:
Sonderkonto Norbert Andersch
Postgiroamt Essen Nr. 154 20-430

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:
Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 021/364051, Konten: Postgiroamt Köln 6514-503, Stadtparkasse Köln 106522 38 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Novemberheft: 2. Oktober 1985.

Graphik und Titelbild: Christian Paulsen
Layout: Detlev Uhlenbrock, Helmut Koch, Wilma Wirtz-Weinrich, Ruth Ferrari, Ursula Daalman, Norbert Mappes

Satz und Druck: Farbo Druck + Grafik Team GmbH Köln, Bischofsweg 48-50, 5000 Köln 51

JSSN: Nr. 0172-7091

dg-Kontakte

Aachen: Erhard Knauer, Marie-Theresa-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 75459; **Ansbach:** Birgitte Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0918) 14444; **Berlin:** Hermann Dittich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8226328; **Bonn:** Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangelaan), Tel. (02241) 29178; Stefan Schölzel, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 233526; Kurt Straß, Reuterstr. 121, 531, Tel. 212696; Gregor Weinrich, Schumannstr. 30, 531, Tel. 219778; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 234371; **Bremerhaven:** Gunar Stempel, Virchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Geestemünde, Tel. (0471) 27272; **Darmstadt:** Jürgen Frohnert, Neuscher Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kühlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 753880; Detlev Uhlenbrock, Droste-Hülshoff-Str. 1, 461, Tel. 421768; **Düsseldorf:** Joachim Gill, 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; Walter Popp, Sundernholz 32, 431, Tel. 441630; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 705448; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (0641) 75245; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 33710; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6564845; **Hanau/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47231; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05132) 906557/p; (0511) 818868; **Hattlingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattlingen, Tel. (02324) 67410; **Heldelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 474101; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 849948; **Kassel:** Matthias Dippel, Wäldstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 54925; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrückener Str. 176B, 2300 Kiel 1, Tel. (0431) 686397; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8424; **Köln:** Peter Liebermann, Gartheistr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 763844; Eckard Müller, Säckinger Str. 4, 5/41, Tel. 432919; Helmut Schaal, Rhodorfer Str. 16, 5/41, Tel. 428726; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederringel 3, 4540 Lengerich; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 93, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 503355; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 855405; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Minden:** Volker Happpmann, Bäckerstr. 41, 4950 Minden; **Mülheim/Ruhr:** Norbert Andersch, Muhrenkamp 36, 4330 Mülheim/Ruhr, Tel. (0208) 33846; **München:** Margret Lambardt, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 781504; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08261) 9733; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; Barbara Halbeisen-Lehnert, Hoyastr. 11, Tel. 287431; Uli Menges, Seppenradweg 44, Tel. 788399; Uli Raupp, Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7, Tel. 7801437; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 83856; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 15453; **Remscheid:** Michael Sünner, Lockfickerstr. 50, 5630 Remscheid 11, Tel. (02191) 55279; **Reutlingen:** Helmut Jäger, Ganghoferstr. 12, 7410 Reutlingen, Tel. (07121) 240238; **Riedstadt:** Harald Skrobiles, Frei-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 6161; **Siegburg:** Richard Beitz, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 383590; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 76860; **Solingen:** Heinrich Becken, Baseltweg 15, 5650 Solingen 1, Tel. (02121) 47885; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 212798; **Ulm:** Wolf Schleinzler, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 66544; **Viersen:** Sebastian Stier, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmatal 1, Tel. (02163) 4191.

Wir über uns

dg erreicht immer noch viel zu wenig Leser. Offensichtlich gibt es bei uns nämlich einiges zu lesen, was auch für einen größeren Kreis interessant wäre. Dieser Meinung sind nicht nur wir. Die Kollegen vom »Spiegel« in Hamburg sehen es genauso und haben unser Interview mit SPD-MdB Jürgen Egert ganzseitig nachgedruckt (»Spiegel« Nr. 37 vom 9. September, Seite 87).

So sehr uns das natürlich freut: am allerliebsten bringen wir das, was wir zu sagen haben, natürlich selbst unter die Leute, genauer gesagt, unter die Abonnenten. Deren Zahl steigt zwar kontinuierlich, aber immer noch zu langsam. Es tröstet uns auch wenig, daß die meisten anderen Zeitschriften, sieht man von der Regenbogenpresse einmal ab, ständig Leser verlieren — ein Trend, der vor allem die

linken Blätter hart trifft. Wir wollen keine Achtungserfolge, sondern richtig bekannt werden.

Deshalb noch einmal unser Appell: Reichen Sie dg einmal auf der Station herum und fragen Sie, wie's gefallen hat. Wenn Sie auch einmal ein paar Hefte zum Anschauen unter den Kollegen verteilen wollen: Postkarte genügt, wir schicken Ihnen gern noch Exemplare von älteren Ausgaben zu. Die Flüsterpropaganda ist unsere beste Werbestrategie. Bisher haben wir fast alle unsere Leser auf diese Art gewonnen.

Für das Novemberheft wollen wir »in großem Stil« werben. Anzeigen für dg sollen in zwei Krankenpflegezeitschriften und in Fachblätter für MTAs und Hebammen. Das ist lächerlich bescheiden für das, was andere an Werbeaufwand betreiben, für uns aber immer noch zuviel. Deshalb bitten wir Sie, uns bei der Finanzierung zu helfen. Eines versprechen wir: an dg wird sich auch in Zukunft niemand bereichern. Was wir durch höhere Abonnentenzahlen mehr einnehmen, geht in die Qualität der Zeitschrift. *



Deshalb hier unsere Kontonummer:
Sonderkonto
Norbert Andersch
Postgiroamt Essen
Nr. 154 20-430
(Bankleitzahl 380 100 43)

* Daß es daran noch einiges zu verbessern gibt, wissen Sie so gut wie wir. Vielleicht sogar besser. Wenn letzteres der Fall ist, schreiben Sie uns! Wir freuen uns über jede Resonanz, kurz oder umfassend, ärgerlich oder begeistert.

dg-Report im nächsten Heft: Sexismus im Krankenhaus

Buchen Sie Ihren Fensterplatz...

... im „Zivilschutz“-Bunker!

Die Bundesregierung plant ein neues Zivilschutzgesetz. Es geht unter anderem den Bunker für jedes neue Haus vor.

„Zivilschutz“ meint jedoch Bunkern, nach dem Gesetz wird er ausschließlich im Hinblick auf einen Krieg betrieben.

Ein zukünftiger Krieg in Europa würde in einem atomaren Holocaust enden. In keinem Land sind pro Quadratkilometer so viele Atomstationen wie in unseren.

Bist für den Tag „X“ zu planen, gibt es eine Alternative: Stationierungslager und Abfertigung!

PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000KOELN
G 2961 E 394711 363

KARL BOEKER
~~CARL VON OSSITZKY STR. 23 A~~

4800 BIELEFELD 1

Werthaus 89.

40 Jahre Hiroshima mahnen!

Bestellabschnitt:

Absender: _____

- ☐ Hiermit bestelle ich Exemplare des Zivilschutz-Motivs im A1-Format zum Preis von
- ☐ DM 4,- pro Stück
- ☐ DM 3,- pro Stück ab 10 Exemplaren
- ☐ DM 2,50 pro Stück ab 50 Exemplaren
- zuzüglich Versandkosten.

Sobald uns 300 Vorbestellungen vorliegen, können wir das Motiv auch im Plakatwandformat (2,5 x 3,5m) zum Stückpreis von DM 30,- erstellen.

- ☐ Ich/wir würden Plakatwände abnehmen.

Unterschrift

APPELL
Gesundheitswesen
für den Frieden
c/o Dr. H.G. Middelhaue
Postfach 202 317

2000 Hamburg 20