

**dg**

# DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-  
UND SOZIALBERUFE



**»Paracelsus« Krukemeyer**

dg-Report über den Klinik-Unternehmer

**Interview mit J. Egert**

SPD-MdB zur Spendenaffäre

**Dr. med. Computer**

Verdatung der Medizin?

# der kommentar

dg-Redakteur Uli  
Menges ist Interni-  
stischer Assistenz-  
arzt und lebt in  
Münster.



## Fehl-Start

»Es ist nie zu früh, an die Assistentenstelle zu denken. Nach dem ersten Staatsexamen sollte man schon wissen, welche Gebietsbezeichnung man anpeilen will. Wer nach dieser Gewissensforschung seine Doktorarbeit aussucht . . ., der hat bereits einen Fuß in der Tür zur ersten Assistentenstelle.« So steht's in der neuesten Ausgabe von »Start — Das Magazin von Hoechst für junge Ärzte«. Und weiter: »Jeder Chef will das Gefühl vermittelt bekommen, er sei der eine und einzige, um dessen Gunst man sich bewirbt.«

Mir ist es bei diesen »heißen Tips von Bewerbern für Bewerber« kalt den Rücken heruntergelaufen. So schaut's also anno 1985 wieder aus in deutschen Kliniken: die Frauen dürfen sich um die gnädige Gunst des Chefarztes bewerben, während ihre jung-dynamischen männlichen Kollegen bereits im Studium klaren Kurs laufen und ihre Karriere zielsicher anpeilen.

Das Zauberwort, das die momentane Situation erklärt, heißt »Ärztenschwemme«. Düstere Visionen werden in immer drastischeren Farben von Standespolitikern, Kohl-Regierung und Pharmaindustrie (siehe »Start«) an den Horizont gemalt. Ein Drittel der jetzt und in Zukunft neu approbierten Ärzte werde keine Stelle mehr bekommen. Klarer Fall: 12000 fertige Ärzte verlassen pro Jahr die Universitäten, Bedarf ist nur für 8000 da. Abgesehen davon, daß die Zahl von 12000 aufgrund der tatsächlichen ZVS-Zulassungszahlen von 1979, al-

so des Jahrganges, der jetzt die Unis verläßt, um 1500 zu hoch angesetzt ist, stellt sich doch die Frage, wieso der Bedarf auf jährlich 8000 neue Ärzte festgeschrieben sein muß.

Denn obwohl die Arztdichte in den letzten Jahren zugenommen hat, sind weiterhin Gebiete im ländlichen Bereich unterversorgt. Im öffentlichen Gesundheitswesen sind längst nicht alle Stellen besetzt. Und im Krankenhaus sind auch nach Einführung der neuen Bereitschaftsdienstregelung von 1983 mehr Überstunden im Monat durch Nacht- und Wochenenddienste keine Seltenheit. Im Gegenteil: erst jüngst setzte die NRW-Landesregierung mit Gesundheitsminister Heinemann, pikanteserweise durch seine starken Worte gegen den Mißbrauch von Überstunden bekannt geworden, die maximale Überstundenzahl für Ärzte an Unikliniken von 40 auf 50 herauf. Zu allem Überfluß werkeln noch immer in den Praxen greise Kollegen vor sich hin, die vielleicht schon den Führerschein, nicht aber den Rezeptblock abgegeben haben. Die Forderung der SPD nach einer Altersgrenze für niedergelassene Ärzte ruft bei diesen nur ein müdes Lächeln hervor.

Angesichts dieser Situation muß den betroffenen Kolleginnen und Kollegen, die sich jetzt wieder und wieder vergeblich um eine Stelle bemühen, das Gerede von der Ärzteschwemme wie blanker Hohn vorkommen. Aber es nützt auch nichts, ihnen nur diese theoretischen Möglichkeiten der Stellenbesetzung entgegenzuhalten.

Es ist doch längst wieder Realität, daß aus Angst um den Arbeitsplatz gebuckelt werden muß und Demütigungen in Kauf genommen werden müssen. So macht die eine Kollegin regelmäßig zwölf Stunden zu ihrem Arbeitstag, um wenigstens einige Monate Berufserfahrung in der von ihrem Doktorvater generös offerierten, zeitlich befristeten Stelle zu bekommen. So arbeitet eine andere Kollegin drei Monate für nichts als »Volontärin«, um einen Arbeitsvertrag zu bekommen. So tritt ein anderer Kollege wieder in die Kirche ein, weil er sonst keine Möglichkeit hat, bei einem kirchlichen Träger unterzukommen. Und so muß ein jüngst approbierter Kollege froh sein, erst einmal sein Geld mit Nachtwachenjobs als Hilfspfleger verdienen zu können.

Alle diese Beispiele sind nur willkürlich aus meinem Bekanntenkreis gewählt, aber wohl doch repräsentativ. Sie zeigen deutlich, daß den Worten, auch unseren Worten, Taten folgen müssen. Die Diskussion um die Bereitschaftsdienstverkürzung ist seit der Neuregelung vor zweieinhalb Jahren eingeschlafen. Warum eigentlich? Auch wenn es jetzt »nur« noch vierzig statt achtzig Überstunden im Monat sind, sind das nicht vierzig Überstunden zuviel? Die Diskussion um die Ärzteschwemme muß eine Diskussion um die Überstunden-schwemme werden.

Praktische Solidarität? Schön wär's ja!



## DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-  
UND SOZIALBERUFE

Inhalt

9/85

### dg-Report

Wunderheiler oder Scharlatan?  
Die »Paracelsus«-Kette will finanzielle  
Gebrechen heilen

12

### Krankenpflege

Schmalhans wird Küchenmeister  
Arbeitgeber sparen an Schwestern-  
schülerinnen

17

Hat schon jemand Frau X gespritzt?  
Bei der Funktionspflege häufen sich  
die Fehler

21

### Ernährung

Rauf und runter und ...  
Übergewichtigen-Selbsthilfe nicht  
nur erfolgreich

18

### Aktuelle Gesundheitspolitik

»Da stand der Lobbyist vor der Tür«  
dg-Gespräch mit SPD-MdB Jürgen Egert

18a

Abrakadabra

»Bedarfsformel« zaubert Betten weg

24

Preß-Wehen

Medizinpublizistik in der Krise

25

Dr. med. Computer

Das Elektronengehirn hält Einzug  
in die Medizin/Tagung in Bad Boll

28

### Internationales

»Wir wollten alles wissen«  
IPPW-Ärzte zu Besuch in Leningrad

30

### Psychiatrie

Irre normal

»Blaue Karawane« zum Psychiatrie-Kongreß

20

### Historisches

»Töchter rechtzeitig verheiratet«

Alfred Grotjahn trat für den Paragraphen 218 ein

22

### Kultur

Kegel, Kugeln, Quader, Menschen

26

### Dokumente

Wir warnen vor der  
»Strategischen Verteidigungsinitiative«  
Aufruf der Initiative »Naturwissenschaftler  
für den Frieden«

1

Entwicklung und Finanzierung  
der Gesundheitsausgaben  
Von Klaus Priester

11

### Rubriken

Leserbriefe

4

32

Aktuelles

6

Termine

11

Kleinanzeigen

12

Buchkritik

33

Comix

34

Wir über uns

35



**Dr. med. Krukemeyer, Allein inhaber der  
»Paracelsus«-Krankenhaus-Kette, be-  
sucht seine soeben gekaufte Klinik auf  
der Insel Helgoland. Der Multi aus Os-  
nabrück expandiert kräftig. dg-Report  
auf**

Seite 12



Foto: Menzen

**Im Frühsommer deckte der »Spiegel«  
einen Skandal auf: die Pharmaindustrie  
hatte gezielt ihr genehme Politiker mit  
Wahlkampfspenden bedacht. Darüber  
und über das Arzneimittelgesetz spra-  
chen wir mit SPD-MdB Jürgen Egert.**

Seite 18

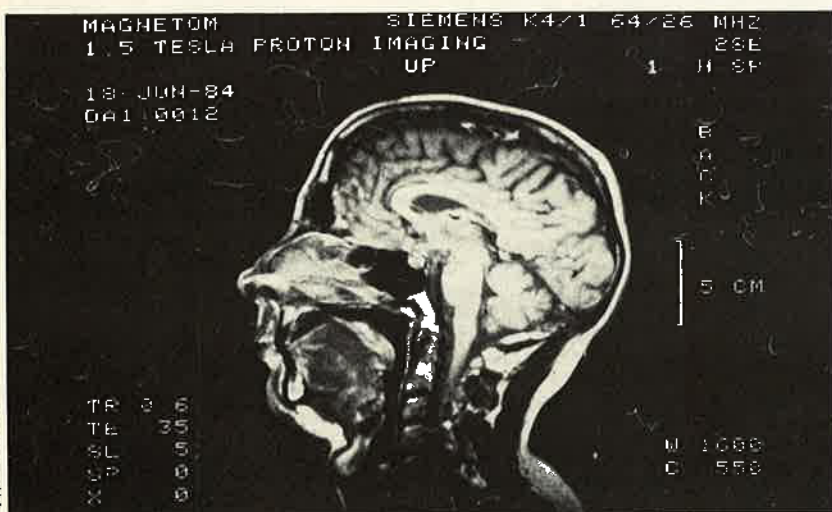


Foto: Siemens

**Der Computer hält Einzug in die Medi-  
zin. Wird der Arzt nur noch so lange ge-  
braucht bis »die Software-Programme  
geschrieben sind«? Ein Tagungsbericht  
auf**

Seite 28

# Leser- Briefe

An:  
dg, Siegburger Str. 26,  
5300 Bonn 3

## Zigaretten- werbung?

dg 8/85: »Den Käfig nicht vergolden!«  
— Interview mit Grünen-MdB  
Marita Wagner

Ich habe mich sehr geärgert und  
war auch enttäuscht, als ich das

Bild der Gesprächsteilnehmer zur  
Gesundheitspolitik der Grünen  
sah! Da sitzt doch einer der dg-  
Redakteure und hält schon beina-  
he provokativ einen Glimmstengel  
in die Luft: Bisher dachte ich Im-  
mer, wenigstens die dg-Redakte-  
ure versuchen, die in der Zeitung  
wirklich gut begründeten Thesen  
zur Umweltpolitik auch praktisch  
umzusetzen. Auch wenn man das  
Bild als Eingeständnis menschli-  
cher Schwäche verstehen wollte,  
fand ich es als Präsentation der dg-  
Redaktion unmöglich.

BARBARA CH. RAUPP  
Münster

## Dank

dg-Report 6/85: »Früher Tod ist kosten-  
dämpfend«

Ich möchte mich auf diesem Wege  
ganz herzlich bedanken für Ihren  
Artikel »Früher Tod ist kostendämp-  
fend«. Wir haben uns im WLK Gü-  
tersloh in den letzten Jahren inten-

siv mit der NS-Psychiatrie sowie  
mit der Hackethal-Resonanz aus-  
einandergesetzt. Die in Ihrem Arti-  
kel erkennbare Haltung entspricht  
ziemlich genau den bisherigen Er-  
gebnissen unserer Diskussion. Ich  
denke, daß über dieses Thema  
noch lange nicht genug geschrie-  
ben worden ist, zumal es für diese  
Problematik auch von der Linken  
einige Tabus gibt, die dringendst  
der Aufklärung bedürfen.

PROF. DR. KLAUS DÖRNER  
Gütersloh

## Vorbeugen

dg 7-8/85: »Gütezeichen: Eherling«,  
Richtlinien über Retortenbabies

Ich finde es schade, daß Ihr ange-  
sichts der Situation es unterläßt,  
vor allem nach den Ursachen von  
Kinderlosigkeit zu fragen. Eurem  
— wie ich denke — gesundheits-  
politischen Engagement stünde gut  
zu Gesicht, vor allen anderen Fra-  
gen diese näher zu diskutieren.

Ich meine, wenn Eltern bzw. Er-  
wachsene nicht in der Lage sind,  
auf natürlichem Wege Kinder zu  
bekommen, dann hat das Ur-  
sachen in ihrer eigenen gesundheitli-  
chen Befindlichkeit. Oder anders:  
im weiteren Sinne kann Kinderlo-  
sigkeit bei Kinderwunsch als  
Krankheit verstanden werden. Dies  
hätte Gedanken vor allem darüber  
zufolge, wie derartigen elterlichen  
Krankheiten vorzubeugen ist. Zehn-  
bis 15 Prozent aller Partnerschaften  
mit Kinderwunsch sind kinder-  
los, und ihr allergrößter Teil ist er-  
folgreich behandelbar; dies um so  
sicherer, je eher die Behandlung  
bzw. eine entsprechende Vorsorge  
gegenüber den die Fortpflanzung  
behindernden Faktoren einsetzt.

In zahlreichen Fällen führt schon  
eingehende Beratung im Sinne »se-  
xualkundlichen Unterrichts« und  
psychohygienischer Hilfen zum Er-  
folg. Ein Drittel aller unfruchtbaren  
Männer haben Hodenschäden, die

## Falsch

dg 2/85: »Haltet den Dieb!«

Beim Lesen des Artikels wird der Ein-  
druck erweckt, als herrsche im Zu-  
sammenhang mit dem Berufsge-  
richtsverfahren gegen Dr. Beck ein  
»Abgrund von Standesmauschelei«  
zu Lasten dieses Kollegen. Leider  
wird der Eindruck der Mauschelei  
durch unwahre Behauptungen und  
verdrehte Tatsachendarstellung  
scheinbar belegt. Aus diesem Grund  
ist eine Richtigstellung, auch zur In-  
formation Ihrer Leser, notwendig.

Hintergrund dieser Auseinanderset-  
zung ist die politische Diskussion um  
den Schwangerschaftsabbruch. Die  
in Ihrem Artikel angesprochenen, Dr.  
Beck, die »betroffenen Praxisinhaber«  
und ich selbst, sind an der Ausein-  
andersetzung um den § 218 aktiv  
beteiligt.

Im Zusammenhang mit der Liberali-  
sierung der Strafbestimmungen zum  
Schwangerschaftsabbruch durch die  
sozialliberale Koalition wurde aus gu-  
tem Grund auch festgelegt, daß die  
Anzahl der durchgeführten Schwan-  
gerschaftsabbrüche den statisti-  
schen Ämtern zu melden sind. Durch  
diese gesetzliche Meldepflicht sol-  
ten die ehemals beklagten »Dunkel-  
ziffern« durch konkrete Zahlen er-  
setzt werden. Die Kenntnis über die  
Zahl der tatsächlich durchgeführten  
Schwangerschaftsabbrüche sollte  
nach Auffassung der sozialliberalen  
Koalition die Diskussion versachi-  
chen. Sowohl Befürworter wie auch  
Gegner des liberalisierten Schwan-  
gerschaftsabbruchs sollten gleicher-  
maßen an realen Zahlen interessiert  
sein.

Leider stellte sich schon bald heraus,  
daß die in der offiziellen Meldestatistik  
genannten Abbruchzahlen bei  
weitem nicht der Zahl der tatsächlich  
durchgeführten Schwangerschafts-  
abbrüche entsprechen konnten. Es  
entstand eine neue Diskussion um  
»Dunkelziffern« der Meldestatistik.  
Um den Nachweis zu führen, daß die  
offiziellen Zahlen aus der Meldesta-

tistik falsch sind, war die Vorlage  
konkreter und nachprüfbarer Zahlen  
notwendig.

Angesichts einer bevorstehenden  
Anhörung der Bundesregierung zum  
Schwangerschaftsabbruch habe ich  
die mir bekannten Stellen, die zur An-  
hörung geladen waren, nämlich die  
Bundesärztekammer und die »Euro-  
päische Ärztekongress«, über die mir  
bekannt gewordenen Abbruchzahlen  
aus Wiesbaden informiert.

Die Differenz zwischen den in der of-  
fiziellen Statistik gemeldeten und den  
tatsächlich durchgeführten Schwan-  
gerschaftsabbrüchen ist beachtlich:  
Für den Bereich Wiesbaden waren  
für einen bestimmten Zeitraum 582  
Fälle der amtlichen Statistik gemel-  
det, während allein von zwei Gemein-  
schaftspraxen in dem gleichen Zeit-  
raum 4201 Schwangerschaftsabbrü-  
che (RVO-Fälle) durchgeführt wur-  
den. Hinzurechnen wären noch die  
privat bezahlten sowie die an Klini-  
ken und von anderen Ärzten durch-  
geführten Schwangerschaftsabbrü-  
che.

Entgegen der Darstellung in Ihrem  
Artikel wurde in dem Blättchen der  
»Europäischen Ärzteaktion« ein von  
mir verfaßter Brief zu diesem Kom-  
plex »neutral«, d.h. ohne Verfasser-  
angabe, abgedruckt. Entgegen Ihrer  
Behauptung wurden auch nicht die  
Namen der Praxisinhaber in Wiesba-  
den veröffentlicht! Aus diesem  
Grund können die in Ihrem Bericht  
genannten angeblichen Folgen, näm-  
lich »anonyme Schmähbriefe« und  
»Sprümparolen«, nicht auf die von Ih-  
nen als »denunziatorisch« bezeichnete  
(aber tatsächlich nicht erfolgte)  
Veröffentlichung zurückgeführt wer-  
den. Ihre mit der nicht erfolgten Na-  
mensnennung in Zusammenhang ge-  
brachte Unterstellung von denun-  
ziantischem Verhalten ist ungeheuer-  
lich!

Eine weitere Falschmeldung in Ihrem  
Artikel sei an dieser Stelle korrigiert:  
Wahrheitswidrig wird behauptet, ich  
hätte mich vor sechs Jahren mit Da-  
tenschutzargumenten gegen einen

Antrag der »Demokratischen Ärzte«  
für eine epidemiologische Studie in  
der Umgebung des Kernkraftwerks  
Biblis ausgesprochen. Dieser Antrag  
wurde in der Delegiertenversammlung  
vom 25. November 1978 behan-  
delt. Aus dem Versammlungsproto-  
koll ergibt sich, daß Datenschutzfragen  
bei der Ablehnung des Biblis-  
Antrags keine Rolle gespielt haben.  
Der mir dabei in Ihrem Artikel unter-  
stellte Diskussionsbeitrag ist im Pro-  
tokoll nicht vermerkt; dies konnte  
auch nicht sein, da ich an dieser Sit-  
zung nicht teilgenommen habe. Da-  
mit entpuppt sich die mir unterstellte  
Aussage als reine Erfindung von »in-  
teressierter Seite«.

Bei der Bewertung des gesamten  
Sachverhalts reduzieren sich die  
Ausführungen in Ihrem Artikel einer-  
seits auf von mir angeblich begange-  
ne schwerwiegende Verstöße gegen  
Datenschutzbestimmungen und auf  
der anderen Seite auf scheinbar  
kleinkariertes Vorgehen der Landes-  
ärztekammer gegen Herrn Dr. Beck.

Die von mir weitergegebenen Zahlen  
über durchgeführte Schwanger-  
schaftsabbrüche sind keine perso-  
nenbezogenen Sozialdaten, sondern  
ein Geschäfts- und Betriebsgeheim-  
nis, allerdings einer besonderen Art;  
dies deshalb, weil sie durch Gesetz  
zur Veröffentlichung bestimmt sind.  
Im übrigen sind die Betroffenen, de-  
ren Betriebsgeheimnis möglicher-  
weise durch mich bekannt wurde,  
bisher in dieser Sache nicht gegen  
mich vorgegangen oder an mich her-  
angetreten. Es ist allgemein bekannt,  
daß in den genannten Praxen  
Schwangerschaftsabbrüche durch-  
geführt werden. Namen und Adres-  
sen der Praxen sind im Staatsanzei-  
ger für das Land Hessen als zum  
Schwangerschaftsabbruch zugelas-  
sen veröffentlicht. Entsprechende  
Hinweise finden sich in anderen Pu-  
blikationen, beispielsweise in einem  
Ratgeber-Taschenbuch der rororo-  
Serie. In einem groß aufgemachten  
Bericht der Illustrierten »Stern« er-  
klärt einer der beteiligten und dort  
abgebildeten Praxisinhaber, in seiner

Praxis werden täglich 30 Schwanger-  
schaftsabbrüche vorgenommen.  
Rechnet man diese selbstgenannte  
Zahl auf rund 200 Arbeitstage im  
Jahr hoch, ergibt dies etwa 6000  
Schwangerschaftsabbrüche. Gegen-  
über den im Stern selbst genannten  
Zahlen sind die durch mich bekannt  
gewordenen Abbruchzahlen geradezu  
»bescheiden«, so daß diesen Pra-  
xen sicher auch dann kein Schaden  
aus dieser Sache entstanden wäre,  
wenn die Namen, wie von Ihnen  
wahrheitswidrig behauptet, veröf-  
fentlicht worden wären.

Gestatten Sie mir eine Anmerkung zu  
der wohlklingenden Einleitung des  
Artikels: »Verknackt werden sollte ein  
anderer Arzt: der, den Vorgang  
öffentlich machte.« Die Zeitschrift  
Stern und der Hessische Rundfunk  
machten den Vorgang öffentlich.  
Herr Dr. Beck bediente sich des Vor-  
ganges nur in politischen Ausein-  
andersetzungen.

Die Auseinandersetzung zwischen  
Dr. Beck und mir ist Teil der allge-  
meinen politischen Diskussion um den  
Schwangerschaftsabbruch. Diese  
Diskussion geht bei uns beiden weit  
über den Rahmen unserer Tätigkeit  
und unserer Aufgaben in der Ärzte-  
kammer hinaus.

Im Rahmen einer politischen Ausein-  
andersetzung sind Persönlichkeits-  
rechte und das Recht auf Meinungs-  
freiheit höher zu werten als ein »Be-  
triebsgeheimnis«. Jedenfalls sollte  
nicht versucht werden, politische  
Diskussionen mit dem Hinweis auf  
»schutzwürdige Betriebsgeheimnis-  
se« zu unterbinden.

Würde man den Betriebsgeheimnis-  
sen den Rang zusprechen, wie Sie es  
in Ihrem Artikel »Haltet den Dieb!«  
tun, gäbe es keine Flick-Affäre, und  
auch in Ihrer Zeitschrift hätte so  
mancher Artikel nicht erscheinen  
können. DR. WOLFGANG FURCH  
Bad Nauheim

Anm. d. Red.: In den sachlichen Punk-  
ten hat dg-Leser Dr. Furch recht. Wir  
sind einer Fehlinformation aufgeses-  
sen und bitten um Entschuldigung.



auf äußere Einflüsse wie Hitzeeinwirkung, Entzündungen und Infektionen sowie Verletzungen und Gifteinwirkungen zurückgehen. (Dies sind z.T. den Berufskrankheiten zuzurechnende gesundheitliche Störungen!)

Partnerschaften, in denen die Frau viele Jahre hindurch empfängnisverhütende Mittel benutzt hat, sind viermal häufiger als andere.

Grundsätzlich kann jedes längerfristig eingenommene Medikament negativen Einfluß auf die Fortpflanzungsfähigkeit sowohl des Mannes als auch der Frau haben. (So gilt es entsprechende chronische Krankheiten, z.B. Bluthochdruck, Zucker etc., aber auch Suchtmittelmißbrauch wie Alkohol, Nikotin, Coffein einzudämmen!)

Dreißig bis 50 Prozent der Unfruchtbarkeitsursachen unfruchtbarer Frauen sind sog. »organische Natur«: d.h. sie sind bedingt durch Veränderungen an ihren Fortpflanzungsorganen durch u.a. chronische Entzündungen und Infektionen. Diesen z.T. »psychosomatischen« Geschehen wäre durch besser zugängliche Angebote entsprechender Vorbeugung, Früherkennung und konsequenter Betreuung entgegenzuwirken.

So läßt sich zusammenfassend sagen, daß der allergrößte Teil der zu Kinderlosigkeit führenden Faktoren zu verhindern wäre, wenn entsprechende Maßnahmen zu allumfassender *Gesundheitsförderung* potentieller Eltern ergriffen würden. Dies setzt allerdings eine Hinwendung zu gesundheitsförderndem Ansatz der Medizin voraus, nicht zuletzt im Interesse der Kinder an gesunden Eltern!

CARSTEN REPROW  
Bad Zwischenahn

## Dummer August

dg 7-8/85: Rezension: Hans Meyer-Hörstgen, Hirntod

Nach der ausgesprochen positiven Buchkritik in dg habe ich Hans Meyer-Hörstgens »Hirntod« gelesen. Die Ankündigung einer Auseinandersetzung mit der Neurochirurgie hat mich interessiert, zumal vor dem Hintergrund meiner persönlichen Erfahrungen als Anästhesist auf einer neurochirurgischen Intensivstation. Es gibt in der Tat kaum ein Fach, das so einschneidend in die psychische und intellektuelle Integrität des Patienten eingreift, in dem die Gefahr für den Operateur so groß ist, sich nur noch am technisch Machbaren zu orientieren und den Patienten insgesamt aus dem Auge zu verlieren.

Jedoch was bleibt vom eingangs formulierten Anspruch übrig? Er bleibt schlichtweg auf der Strecke und entpuppt sich bereits auf den ersten Seiten als die Schilderung einer Lebenskrise des Autors. Und

so ist er auch immer dann ehrlich, wenn er diese direkt schildert, z.B. mit Frau und Kindern bei den Großeltern oder im Supermarkt. Ärgerlich wird es, wenn er seine beruflichen Erfahrungen in der Neurochirurgie vorschleiert, und das immer nach dem gleichen Strickmuster.

Er spielt den dummen August, der sich pausenlos die verwunderten Äuglein reiben muß. Weiß er wirklich nicht, daß in einem operativen Fach ein Mindestmaß an manueller Geschicklichkeit erforderlich ist und — durchaus mühsam — erlernt werden muß? Hat er tatsächlich noch nie was von Sterilität im OP gehört oder davon, daß eine spritzende Blutung aus der Kopfschwarte versorgt werden muß? Hat er etwa geglaubt, durch seinen Eintritt in das Fach werde sich die Prognose von Hirntumoren grundlegend ändern? Und, und, und. . .

Die Masche des künstlichen »Sich-dumm-Stellens« strickt er konsequent zu Ende. Aber ohne diesen albernen Firlefanz wäre seine Kritik an operationsgeilen Supertherapeuten und Angehörigen wesentlich glaubwürdiger.

Was sich auch durch das ganze



Buch zieht, ist sein geradezu penetrantes Bekenntern. Ich war dabei, ich habe mitgemacht, Asche auf mein Haupt. Aber bitteschön, wer zwingt ihn denn zur Liebedienerlei bei seinem Chef? Wer verlangt denn von ihm, daß er Gutachtenpatienten als »Rentenjäger« oder Angehörige als »Besserwisser« bezeichnet und entsprechend behandelt, daß er auf der Weihnachtsfeier im Vollsuff eine Krankenschwester »aufreißt« und am nächsten Morgen nicht mal mehr ihren Namen weiß, daß er sich über seine nichtdeutschen Kollegen in geradezu ausländerfeindlicher Manier äußert? All das ist doch nicht das Problem der Neurochirurgie, das ist er selbst und sein höchstpersönlicher Umgang mit dem Fach. Ich habe Neurochirurgen kennengelernt und weiß: es geht auch anders.

Angetreten unter dem Versprechen einer Auseinandersetzung mit der Neurochirurgie, bleibt am Ende nur eines übrig: ein Filz aus Beruflichem und Persönlichem, der nicht mehr zu entwirren ist. Dies wäre die Aufgabe des Autors gewesen. Die Mühe hat er gescheut und stattdessen seine locker aneinandergereihten Impressionen und Assoziationen ungefiltert und unsortiert hingehauen. Das ist sein Recht.

Bloß, wenn diese dann noch belletristisch aufgemotzt und als »authentischer« Roman auf den Markt geworfen werden, wenn für die inzwischen zweite Auflage noch immer Bäume gefällt werden, dann wird das Ganze wie der saure Regen: ätzend.

WILFRIED HARTHAN  
Dormund

## Mythos

dg 7-8/85: »Nicht human — bloß humanitär«, Prof. W. Jantzen zur Zwangssterilisation von Behinderten

Für Ihren Artikel bin ich Ihnen sehr dankbar, denn die Vergangenheitsbewältigung der Medizin war leider mit den unruhigen sechziger Jahren auch wieder zum Erliegen gekommen.

Und vor allem die Kinder- und Jugendpsychiatrie war bisher ja weitgehend davon ausgenommen, mit all ihren Heroen (Stutte, Villinger u.a.), so daß es den Adepten dieser »Väter« heute keiner vorhält, daß sie das hirnganische Konzept Kraepelinscher Zeiten ausgerechnet in der Kinderpsychiatrie wieder hoffähig machen (Lempp, Nissen, Remschmidt und all die anderen »Päpste« unseres Fachs). Sie wissen, mit welcher Begeisterung (unter den Medizinern) Lempps Konzept (oder Mythos) der leichten frühkindlichen Hirnschädigung praktiziert wird und dadurch wieder bzw. weiterhin soziale, gesellschaftliche und Beziehungsnotstände der Kinder medizinisch pathologisiert, individualisiert und entsprechend »behandelt« werden.

PETER CORDUA  
Marsberg

# Leser-Briefe

An:

dg, Siegburger Str. 26,  
5300 Bonn 3

## Vergnügen

dg 7-8/85: Rezension zu: Till Bastian, Die helle Welt des Heilens

Seiten habe ich in dg etwas mit so großem Vergnügen gelesen wie Heiner Kloppachs Buchbesprechung: eine längst fällige Maulschelle für den Vielschreiber und Dünnbrettbohrer Till Bastian!

MATTHIAS BORCHERT  
Hamburg

## Ärztenschaft

dg 7-8/85: »Herren der Schöpfung«, Kommentar von Ursula Daalmann

Frau Ursula Daalmann: »Die Ärzteschaft hat in der Vergangenheit genug angerichtet, ohne einen Gedanken an die Moral zu verschwenden.« Wer ist diese Ärzteschaft? Als seit dem 1.1.33 approbierter Arzt, der jetzt altershalber den ärztlichen Beruf nicht mehr ausübt, fragt man sich doch: was soll das bedeuten? Man war nach dem Examen Assistenzarzt, im Kriege erst Sanitätssoldat und später Sanitäts-offizier des Heeres, später dann jahrzehntelang Kassenarzt, und man gehört jetzt dementsprechend der Vergangenheit an. Gehört man dann auch dieser Ärzteschaft an, die keinen Gedanken an die Moral verschwendet hat? Das lehne ich natürlich mit gutem Gewissen ab.

Eine klare Definition des Wortes Ärzteschaft müßte man eigentlich erwarten. Wäre es eine Gemeinschaft von Menschen mit demselben Studium, wäre es doch eine tolle Sache, Ihnen allen zu unterstellen, daß sie keinen Gedanken an die Moral verschwendet hätten!

Auch der Ärztetag ist nur eine Versammlung von Ärzten, die aber bestenfalls Empfehlungen beschließen kann. Ob sich die Politiker dann später mal danach richten werden, das ist eine ganz andere Sache.

DR. GERHARD GRUHN  
Ludwigsburg

Weitere Leserbriefe  
auf S. 32





## Verband der Angehörigen psychisch Kranker

Beim Bonner Dachverband der psychosozialen Hilfsvereinigungen hat sich jetzt ein Verband für Angehörige psychisch Kranker gegründet. Die neue Vereinigung hat sich zum Ziel gesetzt, das Schicksal psychisch Kranker und mit ihnen zusammenlebender Menschen zu erleichtern. Darüber hinaus soll in der Öffentlichkeit Verständnis für die Probleme geweckt werden. Mitglieder des Verbandes wirken bereits an einem Leitfaden für Angehörige psychisch Kranker mit, der jetzt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung herausgegeben wurde.

Der Leitfaden und weitere Informationen sind zu erhalten beim Verband für Angehörige psychisch Kranker, Thomas-Mann-Str. 49a, 5300 Bonn 1.

## Niedersachsen sucht Dioxin

Das Land Niedersachsen will im Chemischen Untersuchungsamt Oldenburg ein Labor für die Suche nach dem als Seveso-Gift bekannt gewordenen Stoff Dioxin in Lebensmitteln einrichten. Dies teilte Landessozialminister Schnipkoweit in Hannover mit. Nach derzeit vorliegenden Erkenntnissen müsse davon ausgegangen werden, daß die hochgiftigen Dioxine als Umweltschadstoffe in sehr unterschiedlicher Menge und Verbin-

dungsart in Lebensmitteln vorhanden seien. Bisher sei der komplizierte Nachweis von Spurenelementen des Gifts nur von einer schwedischen Forschungsgruppe in der Muttermilch unternommen worden.

Das Labor wird nach Angaben des Sozialministers am 1. Januar 1986 mit vier neuen Mitarbeitern seine Tätigkeit aufnehmen.

## »Notärzte« in Nikaragua

Das Komitee Cap Anamur/Notärzte e.V. wird Anfang September in Nikaragua ein neues Projekt beginnen. Dies teilte der Gründer des Komitees, Rupert Neudeck, Anfang August mit. Die Regierung in Managua gestattete der Hilfsorganisation die Arbeit im Lande.

Die Notärzte planen, mit der Stellung von zwei Ärzten, einer Krankenschwester und einem Techniker für das Krankenhaus in Waslala an der Verbesserung der medizinischen Versorgung mitzuwirken.

## Keine Privatuni in Ingolstadt

Der Plan einer »Gesellschaft für Wissenschaft und Lehre«, mit einer medizinischen Hochschule in Ingolstadt die dritte Privatuniversität der Bundesrepublik zu gründen, ist von der bayerischen Staatsregierung nicht genehmigt worden. Ursprünglich hatte das Kultusministerium die Pläne nach Kräften unterstützt.

Nach Angaben von Kultusminister Hans Maier (CSU) mußte die Genehmigung im wesentlichen aus zwei Gründen doch versagt werden: Die Gesellschaft hatte wichtige medizinische Teilgebiete wie Kinderheilkunde, ambulante Poliklinik und Dermatologie nicht in ihr Programm aufgenommen, und die Finanzierung war nicht gründlich genug gesichert. Das finanzielle Argument gab auch für den Leiter der bayerischen Staatskanzlei, Stoiber, der das Projekt vehement befürwortet hatte, den Ausschlag für die Ablehnung.

Vor allem die Krankenkassen hatten die Gründung einer Privatuniversität von Anfang an scharf abgelehnt. Sie befürchteten eine starke Anhebung der Beiträge.

## Pestizide: »Dreckiges Dutzend«

Gegen die Folgen der Produktion und Anwendung von Schädlingsvernichtungsmitteln, sogenannten Pestiziden, haben sich in der Bundesrepublik und auf internationaler Ebene verschiedene umwelt-, verbraucher- und entwicklungspolitische Gruppen zum Pestizid-Aktions-Netzwerk (PAN) zusammengeschlossen. Am Beispiel von zwölf hochgefährlichen Pestiziden, unter ihnen DDT, Lindan, POP Parquat und E 605, soll in diesem und im nächsten Jahr eine weltweite Kampagne über den Stand der Vergiftung von Mensch und Umwelt informieren. Die Kampagne fordert ein weltweites Verbot des »dreckigen Dutzends« Pestizide, eine Haftpflicht der Produzenten — Bayer, BASF, Hoechst und Schering — für alle

Folgeschäden und -kosten sowie verstärkte Entwicklung und Einsatz von umwelt- und menschenfreundlichen Alternativen.

Weitere Informationen sind erhältlich bei PAN, Nernstweg 32—34, 2000 Hamburg 50, Tel. (040) 39 31 56.

## Katholiken zu Abbrüchen bereit

Knapp die Hälfte der katholischen Kliniken in den Niederlanden ist zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen bereit. Das ist das Ergebnis einer Umfrage an den 56 katholischen Kliniken im Lande, die von fast allen Krankenhausleitungen beantwortet wurde. 46,7 Prozent der Befragten waren der Ansicht, daß bei einer physischen oder psychischen Notlage der Mutter die Schwangerschaft abgebrochen werden dürfe.

## Erfolg für oppositionelle Ärzte

Einen beträchtlichen Stimmengewinn für die linksoppositionelle »Liste Soziales Gesundheitswesen« haben die Wahlen in der Landesärztekammer Nordrhein erbracht. Die Liste, die zum dritten Mal für die Kammerversammlung kandidierte, verbesserte sich im Regierungsbezirk Köln von 11,6 Prozent im Jahr 1981 auf jetzt 16,3 Prozent. Im Bezirk Düsseldorf kandidierten die Oppositionellen zum ersten Mal und erreichten 11,9 Prozent.

Stimmenverluste mußte, wie auch in anderen Bundesländern, der

## Wachstumshormon:

## Lang oder lange leben?

**Menschliches Wachstumshormon kann lebensgefährlich sein. Konsequenzen der Behörden lassen auf sich warten.**

um — Die aus den Hirnanhangdrüsen menschlicher Leichen gewonnenen Wachstumshormonpräparate sind ins Gerede gekommen — und mit ihnen die Praxis ihrer Gewinnung. Seit Jahren werden sie zur Behandlung des hormonell bedingten Kleinwuchses eingesetzt. Da nur Wachstumshormon aus menschlichen Hirnanhangdrüsen biologisch wirksam ist, wurden zur Hormongewinnung große Men-

gen dieser Drüsen benötigt, konkret etwa 100 für die einjährige Behandlung des Kleinwüchsigen. In der Praxis sah es so aus, daß die produzierenden Firmen etwa zehn Mark an die Sektionsgehilfen zahlten, damit diese bei ohnehin stattfindenden Sektionen die Drüse herauspräparierten. Ob dies immer mit Einverständnis der Angehörigen geschah, ist zumindest fraglich.

Der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister Heinemann will dies jetzt überprüfen. Aufsehen erregte aber auch vor einigen Wochen, daß Kabi-Vitrum, ein Hersteller, sein Präparat Crescormon weltweit zurückzog. In den USA waren drei Todesfälle aufgetreten, die mit diesem Prä-

parat im Zusammenhang stehen. Alle drei waren an der Jacob-Creutzfeldt-Infektion erkrankt. Es handelt sich dabei um eine schleichende Virusinfektion des Gehirns mit zunehmendem cerebralen Abbau und in der Regel tödlichem Ausgang. Ursächlich wird angenommen, daß die Infektion durch Viruspartikel zustandekam, die sich bei der Isolierung des Wachstumshormons aus menschlichem Gewebe nicht abtrennen ließen. Hierfür spricht insbesondere, daß alle drei Verstorbenen wesentlich jünger waren als 55 Jahre, die Erkrankung bisher aber erst jenseits dieser Altersgrenze beobachtet wurde.

Die Entscheidung, das Präparat zum jetzigen Zeitpunkt zurückzuziehen, fiel der Firma Kabi-Vitrum insofern nicht schwer, da sie in Kürze ein gentechnologisch hergestelltes Wachstumshormon auf den Markt bringen will, das aufgrund der Todesfälle in den

USA vom Bundesgesundheitsamt bevorzugt zugelassen werden soll.

Höchst bedenklich erscheint, daß die beiden anderen Hersteller menschlichen Wachstumshormons, die Firmen Serono und Hormonchemie, ihre Präparate weiter vertreiben und auch das BGA noch keinen Rückruf veranlaßte. Die finanzielle Dimension erklärt einiges: die wöchentlichen Behandlungskosten eines Kleinwüchsigen betragen 350 bis 400 Mark, meist ist eine mehrjährige Behandlung erforderlich. Die Entscheidung, die Präparate trotz der tödlichen Komplikationen nicht zurückzuziehen, ist völlig unverständlich. Kleinwuchs ist zwar für die Betroffenen eine vor allem psychisch belastende, jedoch nicht lebensbedrohende Körperstörung. Dies haben die pädiatrischen Endokrinologen in einer Stellungnahme deutlich zum Ausdruck gebracht.



Marburger Bund hinnehmen. Sein Anteil sank im Bezirk Düsseldorf von 25,8 auf 16,9 Prozent. Die gemeinsame Liste von Hartmannbund und dem Verband der niedergelassenen Ärzte (NAV) konnte ihre absolute Mehrheit nicht halten; sie verlor vor allem Stimmen an die erstmals kandidierende »Liste 1«, die der politischen Rechten zugerechnet wird.

Auf der konstituierenden Sitzung der Kammerversammlung wurde der Vorstand paritätisch besetzt. Ihm gehören mit Norbert Weyres und Wolfgang Andreas Harder auch zwei Vertreter der Liste Soziales Gesundheitswesen an.

## Allergie durch Luftverschmutzung?

Die Arbeitsgemeinschaft Allergiekranke Kind (AAK) hat die Ärzte und ihre Berufsverbände aufgefordert, sich stärker mit den Zusammenhängen von Allergie und Luftverschmutzung zu beschäftigen. Die Initiative begründete ihr Anliegen mit der zunehmenden Zahl allergiekranker Kinder, auf die auch der Berufsverband der Kinderärzte auf seiner Jahrestagung hingewiesen habe.

Bei der Arbeitsgemeinschaft verspricht man sich von dem Aufruf an die Ärzte, Material für direkte Zusammenhänge zwischen einzelnen Schadstoffen und Allergien zu bekommen. Erfahrungen und Beobachtungen nimmt der Bundes-

verband der AAK, Postfach 1141, 6348 Herborn 1, entgegen.

## Instrumente für Nikaragua

Eine umfangreiche Liste mit dringend benötigten medizinischen Gerät hat jetzt die Initiative »Gewerkschafter für Nikaragua« herausgegeben. Benötigt werden vor allem chirurgische Instrumente. Die Liste kann bezogen werden bei Lothar Wentzel, Norbertstr. 15, 4400 Münster, Tel. (0251) 450 74.

## Cholera in Beirut

Auf die bedrohliche Lage der Menschen in den Palästinenserlagern von Südbeirut hat die Hilfsorganisation »medico international« hingewiesen. In dem Lager Chatila, das durch das Massaker von 1982 in der Weltöffentlichkeit bekannt wurde, brach die Cholera aus. Die Seuche könnte durch die flüchtenden Bewohner weitere Verbreitung erfahren. Nachdem erneut Kämpfe aufgeflammt sind, wird die medizinische Versorgung vor allem durch Angriffe der Amal-Milizen behindert.

Die Organisation bittet um Unterstützung der Waffenruhe durch Telegramme an den Amal-Führer Nabih Berri: Ministère du Sud, Monsieur Nabih Berri, Beyrouth, Liban, und durch Unterstützung der Hilfsarbeiten durch Spenden an die Organisation. Konten: Postgiroamt Köln 6999-508 und Stadtparkasse Frankfurt 182.



## Blutplasma aus Südafrika

Japanische Pharmafirmen haben damit begonnen, Blutplasma aus Südafrika zu importieren. Wie die Zeitschrift »konkret« berichtete, handelt es sich dabei um Konserven mit dem Blut schwarzer Bergleute, denen regelmäßig alle acht Wochen Blut abgenommen werde.

Von Schwarzen stammende Blutkonserven werden in Südafrika niemals weißen Kranken verabreicht. Auf diese Weise sei mit den Jahren ein Überschuss an »schwarzem Blut« entstanden.

Verantwortlich für den internationalen Bluthandel sind die staatlichen National Blood Fraction Centres.



In den Palästinenserlagern ist die Cholera ausgebrochen. Szene am Rande von Sabra und Chatila

DIE NEUE FREIHEIT BEIM SPAREN UND BAUEN.

## Mit BHW 2000 komme ich schnell zum eigenen Wintergarten.

**Denn das BHW hat als erste Bausparkasse die Teilbausparsumme eingeführt.**

Damit habe ich die Möglichkeit, schnell meinen Traum vom eigenen Wintergarten zu verwirklichen, unser Bad zu modernisieren, neue Fenster und Türen einzubauen oder das Dach auszubauen.

Also, BHW 2000 ist eine phantastische Sache. Worauf noch warten?

**Sprechen Sie doch auch einmal mit Ihrem BHW-Berater.**

BHW 2000 bietet Ihnen noch viele weitere Vorteile. Informieren Sie sich und senden Sie diesen Coupon einfach an: BHW-Bausparkasse, Postfach 666, 3250 Hameln 1.

Ich interessiere mich für die neue Freiheit beim Sparen und Bauen.

0 4 2 3

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ: Wohnort:

Telefon:

☐ Bitte schicken Sie mir Ihre Broschüre »Modernisieren & Renovieren. Mit BHW 2000«.

☐ Bitte informieren Sie mich vorab telefonisch.

☐ Bitte schicken Sie mir gleich einen BHW-Berater. Mit mehr Informationen.



**BHW**  
Bausparkasse  
für den öffentlichen Dienst





## Bräunungspillen zurückgerufen

Das Bundesgesundheitsamt (BGA) hat die Hersteller von sogenannten »Bräunungspillen« veranlaßt, den Stoff Canthaxanthin nicht weiterzuverwenden und die Produkte aus dem Handel zurückzuziehen. Verbraucherzentralen und Augenärzte hatten vor der Einnahme der hautfärbenden Präparate gewarnt.

Canthaxanthin kann, so das Bundesgesundheitsamt, kristalline Ablagerungen in der Netzhaut des Auges verursachen, die sich nicht »innerhalb eines überschaubaren Zeitraums« zurückbilden. Daneben bewirke der Stoff eine Beeinträchtigung des Dämmerungsehens und der Anpassungsfähigkeit des Auges an die Dunkelheit.

Bräunungsmittel, die Canthaxanthin enthalten, aber nicht als Arzneimittel registriert sind, werden laut BGA auch außerhalb von Apotheken vertrieben.

## Merkblätter zu Formaldehyd

Ein Merkblatt mit den wichtigsten Grundsätzen für den Umgang mit formaldehydhaltigen Desinfektionsmitteln in Krankenhäusern und Praxen hat jetzt die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

herausgegeben. Formaldehyd wird im Gesundheitswesen vor allem zur Desinfektion, Konservierung und Sterilisation eingesetzt. In der letzten Zeit waren Klagen über Gesundheitsschäden vor allem aus Krankenhäusern laut geworden, wo die Chemikalie besonders intensiv eingesetzt wird.

Nach Ansicht des Bundesgesundheitsamtes, das jetzt »Empfehlungen zum Umgang mit Formaldehyd« veröffentlichte, geht der Umfang des Gebrauchs von Formaldehyd über das Notwendige und vertretbare Maß deutlich hinaus.

Die Broschüren sind zu beziehen bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Schäferkampsallee 24, in 2000 Hamburg 6 (Bestellnummer M 646) respektive beim Bundesgesundheitsamt, Postfach 330013 in 1000 Berlin 33.

## Probealarm am 18. September

Am 18. September um 10.05 Uhr sollen in der ganzen Bundesrepublik probehalber alle Sirenen heulen. Zweimal im Jahr werden so bundesweit die Anlagen für den Katastrophenalarm überprüft.

Nach Angaben der Initiative »Zivilschutz für Euroshima?« werden in diesem Jahr zahlreiche Friedensinitiativen den Termin für örtliche Aktionen nutzen.

## Ärztekammer: kein politisches Mandat

Zwangskörperschaften, zu denen auch ärztliche Kreis- und Bezirksverbände gehören, dürfen kein politisches Mandat wahrnehmen. Dies geht aus einem Urteil des Verwaltungsgerichts München hervor.

Ein Münchner Arzt hatte Klage gegen den Vorstand seines Kreis- und Bezirksverbands (ÄKBV) erhoben, der verschiedenen Beschlüssen der Mitgliederversammlung nicht hatte nachkommen wollen. Die Mitglieder hatten unter anderem Fortbildung in Katastrophenmedizin abgelehnt und sich gegen die Novelle des Zivilschutzgesetzes ausgesprochen. Außerdem sollte eine Aktion zur Aufklärung über Atomkriegsgefahren organisiert werden.

Das Verwaltungsgericht hat die Klage in allen Punkten abgewiesen. Der Arzt könne weder im eigenen Namen gegen den Vorstand noch als Vertreter der Mitgliederversammlung gegen den Verband klagen. Darüber hinaus führte das Gericht inhaltliche Gründe an: Die Beschlüsse überschritten die Aufgabenkompetenz des Verbandes, der sich als Zwangskörperschaft gesellschaftspolitischer Aussagen zu enthalten habe.

## Großklaus BGA-Präsident

Neuer Präsident des Bundesgesundheitsamtes und Nachfolger des nach Berichten über seine Ne-

bentätigkeiten zurückgetretenen Professor Karl Überla ist seit dem 9. Juli Professor Dieter Großklaus, der das Amt bereits seit April kommissarisch leitet. Das Bonner Gesundheitsministerium hatte lange nach einem Nachfolger für Überla gesucht, bevor es sich für Großklaus entschied. Die SPD-Fraktion im Bundestag hatte eine öffentliche Ausschreibung der Präsidentenstelle gefordert.

Großklaus will sich nach eigenen Angaben aus gesundheitspolitischen Fragen heraushalten und sich stärker wissenschaftlichen Problemen widmen. Seine Nebentätigkeiten habe er mit Ausnahme von zwei Lehraufträgen aufgegeben, versicherte Großklaus in Anspielung auf die Hintergründe der Ablösung seines Vorgängers.

## Elterninitiative »Alkohol-Embryopathie«

Pflege- und Adoptiveltern von Kindern, die durch übermäßigen Alkoholgenuß der Mutter behindert sind, haben sich zu einer Initiative zusammengeschlossen und planen ein bundesweites Treffen am 29. September in Münster.

Die Alkoholschädigung von Kindern, so die Initiative, sei bei Ärzten und in der Öffentlichkeit kaum bekannt. Daher werde die Behinderung nur selten als solche erkannt. Dennoch seien Alkoholschädigungen bei Kindern weit verbreitet. Die häufigsten Probleme, die die Kinder und ihre Eltern zu bewältigen hätten, seien Eßstörungen bis zum

## Arzneimittel:

# Valium für die WHO

## Die Bundesregierung setzt internationale Richtlinien für Benzodiazepine halbherzig um.

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 Packungsbellagen 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 Arzntherapie von schweren Angstzuständen dar.«

»Benzodiazepine sind von dem internationalen Suchtstoff-Über-

einkommen 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 Psyche wirkenden Stoffen müssen, besser: müßten dem »Übereinkommen über psychotrope Stoffe« von 1971 angepaßt werden. Zu den dort genannten »psychotropic 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 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 Maßnahmekatalog veröffentlicht, mit dem in der ersten, zweiten und dritten Welt der Arzneimittelskonsum 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





völligen Fehlen des Hungergefühls, Verzögerung der Sprachentwicklung und Mißbildungen. Hinzu tritt nach Angaben der Sprecherin der Initiative, Beate vom Knappen, Hyperaktivität, die sich in Konzentrationsschwäche, »Zappeligkeit« und Schlafstörungen äußert.

Die Initiative hat sich zum Ziel gesetzt, betroffenen Kindern bessere Bedingungen zu garantieren, die Eltern zu finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten zu beraten und bei Erziehungsschwierigkeiten zu helfen. Die medizinische Beratung hat Professor Löser von der Münsteraner Universitäts-Kinderklinik übernommen.

## Pflegesatzverordnung gebilligt

Der Entwurf zu einer neuen Bundespflegesatzverordnung, die durch die Neufassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes notwendig geworden war, ist jetzt vom Bundeskabinett verabschiedet worden. Die Verordnung erlegt den Krankenhäusern von 1986 an auf, jährlich eine Vorkalkulation ihrer zu erwartenden Betriebskosten vorzulegen, auf deren Grundlage dann der Pflegesatz festgelegt werden soll. Weichen die tatsächlichen Selbstkosten von der Kalkula-

tion ab, sollen die Krankenhäuser Verluste selber ausgleichen. Gewinne dagegen behalten dürfen (dg berichtete). Der Referentenentwurf war nach der Beratung im Bundesrat noch einmal geändert worden.

## Aufruf für Notlagen-Indikation

Gegen die Absicht von Teilen der rheinland-pfälzischen Landesregierung, eine Normenkontrollklage zur sogenannten Abtreibung auf Krankenschein beim Bundesverfassungsgericht zu erheben, hat sich die SPD-Fraktion im Mainzer Landtag ausgesprochen. Der Vorsitzende der SPD-Fraktion, Rudolf Scharping, veröffentlichte in Mainz einen entsprechenden Aufruf. Frauen, die sich in sozialer Not für einen Abbruch der Schwangerschaft entscheiden, könne nicht zugemutet werden, diesen auch noch aus eigener Tasche bezahlen zu müssen.

Zu den Unterzeichnerinnen und Unterzeichnern des Aufrufs gehören neben Prominenten aus dem kulturellen Bereich auch der Landesvorsitzende des DGB, prominente Politikerinnen der FDP wie Helga Schuchardt und Hildegard Hamm-Brücher sowie der FDP-Landesvorsitzende Bröderle.

Nachdem die Absicht, eine Normenkontrollklage über die Bundesregierung einreichen zu lassen, an der Weigerung der FDP gescheitert war, hatte Bundeskanzler Kohl öffentlich eine Klage des Landes Rheinland-Pfalz angekündigt. Bisher ist nicht klar, ob die Landesregierung diese Klage tatsächlich einreichen wird.



**Berufsverbote:**

## Knappgeschafft

ud - Die Prozesse vor dem Herner Arbeitsgericht gegen die Krankenschwestern Annegret Peters und Ingrid Kumpernaß, die Psychologin Petra Voss und den Arzt Hermann Dieckmann endeten vorerst mit einem vollen Erfolg: Das Knappschaftskrankenhaus von Recklinghausen muß sie weiterbeschäftigen. Die Knappschaft kündigte an, in die

Berufung gehen zu wollen. Wie in dg 8/85 berichtet, hatte die Knappschaft den drei Frauen vorgeworfen, massiv den Betriebsfrieden zu stören. In der DKP-Betriebszeitung »Die Rote Spritze« hatte man vermutet, daß der Umzug des Krankenhauses in einen anderen Stadtteil als Zivilschutzübung durchgeführt worden war. Als DKP-Mitglieder

### Pressevielfalt:

## Alle ham Äätz!

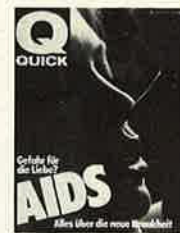
nm- Vibratoren nicht austauschen, Präservative nicht mit Spucke anfeuchten. »Sicher sind Selbstbefriedigung und andere Solo-Praktiken wie etwa Telefon-Sex.« — Tips und Tricks zum Thema Aids von Wolfgang Müller und Klaus Pacharzina, Sexualmedizinern aus Hannover, im »Spiegel« vom 12. August. (Das ist die Ausgabe, in der sich die Redaktion in der »Hausmittelung« beklagt, man werfe ihr in der Aids-Berichterstattung »Panikmache« vor. Nicht doch.)

Zum Thema Küssen: »Ist praktisch risikofrei.« Praktisch! »Strittig sind Zungenküsse mit intensivem Speichelaustausch.« Um der Informationspflicht der Presse Genüge zu tun, schicken sich auf dem Titelbild zwei junge Menschen unterschiedlichen Geschlechts an, vermittelt eines Zungenkusses intensiv Speichel auszutauschen.

»Quick« verspricht: »Alles über

Aids.« Hier nur soviel: »Seit Aids ist Sex keine reine Privatangelegenheit mehr — wird aus Hamburg gemeldet. Dort dürfen drei amtsbekannte Prostituierte nach Lust und Laune weiter auf Kundendrang gehen — obwohl sie jetzt ihr Leben lang das Virus weiterverbreiten können.« Und 1990 wird es »nach Hochrechnungen« in der Bundesrepublik »190 000 Aids-Kranke« geben. Die Kollegen vom »Stern« kommen auf »3,6 Millionen potentielle Aids-Opfer«. Die Forderung, die (Sitten-) Geschichte umzuschreiben, überlassen sie diesmal den Lesern.

Elter von ihnen, Volksvertreter Hermann Kroll-Schlüter, Gesundheitsausschuß, verheiratet, CDU, Vater von drei Kindern, wohnhaft im hinteren Westfalen und die ganze Woche einsam in Bonn, will den »Aids-Test« für alle. Denn: »Konsequentes Handeln ist das Gebot der Stunde.«



seien die Krankenschwestern und die Psychologin für den Inhalt der Zeitung verantwortlich.

Das Arbeitsgericht lehnte jetzt diese Vorwürfe ab. Keiner der Frauen könne nachgewiesen werden, daß sie den betreffenden Artikel verfaßt oder die Zeitung verteilt hätte. Allein aus ihrer DKP-Mitgliedschaft lasse sich keine Verantwortlichkeit ableiten.

Auch die Kündigung gegen Dieckmann mußte zurückgenommen werden. Der Vorwurf, den Patienten sei eine Zusammenarbeit mit Annegret Peters, Ingrid Kumpernaß, Petra Voss und Hermann Dieckmann nicht mehr zuzumuten, wies die Kammer zurück. Es gebe keinen Grund dafür anzunehmen, daß sie ihre Aufgaben im Krankenhaus nicht zur Zufriedenheit des Arbeitgebers erfüllen könnten. Schließlich sei

ihnen auch nicht anzukreiden, daß sie sich gegen die Entlassungen gewehrt haben.

Besonders pikant waren die Kündigungen deshalb, weil bereits damals abzusehen war, daß alle vier Betroffenen in den örtlichen Personalrat gewählt würden. Und genau dort sitzen sie jetzt.

Petra Voss verweigert man bislang noch, mit Patienten zusammenzuarbeiten, Hermann Dieckmann arbeitet an seinem alten Platz weiter. Annegret Peters und Ingrid Kumpernaß wurden von ihren ehemaligen Stationen auf die Intensivabteilung versetzt.

Annegret Peters meinte: »Trotz der vielen Solidaritätserklärungen hatte ich Schwierigkeiten auf der neuen Station befürchtet, aber man hat mir einen richtigen kleinen Empfang bereitet.«



# Termine

## 1./2. September Kinderkrankenpflege

### Tagung der Kinderkranken- schwwestern und -pfleger

Themen: Chronisch kranke und behinderte Kinder / Kindesmißhandlung / Impfungen / Datenschutz  
Auskunft: Sekretariat Kinderklinik Krefeld, Tel. (02151) 828233 01

## 2. bis 6. September Seminar: Tod und Sterben

### Petershagen/Westfalen Seminar: Tod und Sterben — ein Tabuthema unserer Gesellschaft

Vorwiegend für Mitarbeiter/-innen aus dem Krankenpflegebereich  
Anmeldung: Heimvolkshochschule »Alte Molkerei Frille«, Freithof 16, 4953 Petershagen, Tel. (05702) 97 71

## 2. bis 9. September Réseau Psychiatrie

### Bremen Internationales Réseau der Al- ternative zur Psychiatrie

Thema: Gesellschaft ohne Irrenhaus — Kritik am medizinisch-psychologischen Modell  
Kontakt: Gundel Hessemer-Kühn, Sellenstr. 5, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 70 42 44

## 11. bis 13. September Psychiatrie

### Offenbach am Main Fortbildungstagung der Aktion psychisch Kranke e.V.

»Den psychiatrischen Alltag planen«  
Anmeldung: Aktion psychisch Kranke, Graurheindorfer Straße 15, 5300 Bonn 1

## 16.—21. September Krankenpflege

### Aachen Nationaler Kongreß für Kranken- pflege

Auskunft: Fachverband Krankenpflege, Steinbacher Hohl 2-26, 6000 Frankfurt 90

## 19./21. September Hausärztetag

**Landshut**  
**8. Deutscher Hausärztetag**  
Kontakt: Susanne Ackermann, c/o BPA, Belfortstr. 9/IX, 5000 Köln 1

## 20. September Sicherheit im Krankenhaus

### Hannover Sicherheitsfachtagung Krankenhaus '85

Auskunft: Dipl.-Ing. G. Seetzen, Tel. (0511) 53233 52

## 20.—24. September Geschichte der Medizin

### Bochum

### 68. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik

Auskunft: Dr. K.D. Fischer, Institut für Geschichte der Medizin, Augustastr. 37, 1000 Berlin 45, Tel. (030) 798 34 66

## 23.—28. September Arzneipflanzen- Forschung

### Regensburg

### 33. Jahrestagung der Gesell- schaft für Arzneipflanzenfor- schung, Regensburg

Kontakt: Prof. Dr. G. Franz, Pharmazeutisches Institut der Universität Regensburg, 8400 Regensburg

## 25.—27. September Sozialmedizin

### Bad Bramstedt

### Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin

Thema: Sozialmedizinische Bedeutung rheumatischer Erkrankungen  
Auskunft: Dr. Krasemann, Gesundheitsbehörde Hamburg, Seewartenstr. 7, 2000 Hamburg 11

## 26. bis 28. September Sonderpädagogik

### Köln

### 22. Arbeitstagung der Dozenten für Sonderpädagogik

Thema: Differenzierung und Systematisierung in der Sonderpädagogik

Anmeldung: Univ. Köln, Allg. Sonderpäd., Frau Chr. Esser, Frangenheimstr. 4, 5000 Köln 41

## 27. bis 29. September Musiktherapie

**Münster/Westfalen**  
**Symposium für Musik-, Kunst-  
und Tanztherapie**

Anmeldung: Musiktherapie e.V., Von-Esmarch-Str. 111, 4400 Münster i.W.

## 28. September Alkohol-Embryopathie

### Münster/Westfalen

### Treffen der Elterninitiative alko- holgeschädigter Kinder

Ort: Kinderklinik Münster, 14 Uhr  
Anmeldung: Helga Thäter, Thalstr. 164, 4330 Mülheim/Ruhr, Tel. (0208) 7524 45

## 28. September Forum »Wohngifte«

### München

### Forum »Gesundheitliche Risiken durch Gifte im Wohnbereich«

Veranstaltung des Gesundheitslades München und der IHG; Referenten: Helga Sarkisyanz, Holger König, H. J. Dohmeier, Thea Bock. Gaststätte Zunthaus, Thalkirchner Straße 76, 11 bis 19 Uhr.

## 28./29. September Sporttherapie

### Köln

### Zweite Kölner Tagung für Bewe- gungs- und Sporttherapie

Thema: Das Aufgabenspektrum der Sporttherapie  
Anmeldung: Dt. Sporttherapeutenbund, Sömmerringstr. 20, 5000 Köln 30.

## 1. bis 4. Oktober Psychiatrie

### Gütersloh/Westfalen

### 37. Gütersloher Fortbildungswo- che

Thema: Wege der Beseitigung der Arbeitslosigkeit psychisch Kranker  
Kontakt: Prof. K. Dörner, Westf. LKH, Hermann-Simon-Str. 7, 4830 Gütersloh 1.

## 1.—4. Oktober Arbeitsmedizin

### Düsseldorf

### 19. Deutscher Kongreß für Ar- beitschutz und Arbeitsmedizin

Auskunft: Bundesarbeitsgemeinschaft für Arbeitssicherheit (BAS), Stresemannstr. 43, 4000 Düsseldorf 1, Tel. (0211) 36 08 19

## 6. Oktober Krankenhausbedarfs- planung

### Stuttgart

### Arbeitsseminar des LAK Ge- sundheit der Grünen in Baden- Württemberg

Thema: Kritik des Dornier-Gutachtens und der Pläne zur Fortschreibung des KH-Bedarfsplans  
Rathaus Stuttgart, 11 Uhr

Anmeldung: Frank Hoppe, Kurt-Schumacher-Str. 163, 7000 Stuttgart 80, Tel. (0711) 7 15 51 03.

## 15. bis 17. Oktober Krebskrankenpflege

### München

### 1. Deutscher Krebskrankenpfle- gekongreß

Anmeldung: DBfK Bayern, Romanstr. 67, 8000 München 19, Tel. (089) 17 70 88-89

## 21. Oktober Positivliste

### Mannheim

### Diskussionsveranstaltung der Unabh. Liste demokr. Ärzte: Be- grenzte Medikamentenliste für die Kassenpraxis?

Ort: Univ. Mannheim, 19.30 Uhr  
Kontakt: Dr. J. George, P7.9, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 2 46 87

## 31. Okt. bis 3. Nov. Friedenskongreß

### Mainz

### »Wir werden euch nicht helfen können« — Fünfter medizini- scher Kongreß zur Verhinderung des Atomkriegs

Anmeldung: IPPNW, Bahnhofstr. 34, 6501 Hildesheim

## 21. bis 24. November DGSP-Tagung

### Hamburg

### Jahrestagung der Dt. Ges. f. So- ziale Psychiatrie

Thema: Psychiatrie macht Politik  
Anmeldung: DGSP, Postfach 1406, 3000 Hannover 1, Tel. (0511) 800185

## 29. Nov. bis 1. Dez. Friedenskongreß

### Münster/Westfalen

### Dritter Friedenskongreß psycho- sozialer Berufe

Anmeldung/Kontakt: Anne Börner, Ewaldstr. 3, 4400 Münster i.W.

## 4. bis 6. Dezember Pflege zur Nazizeit

### Frankfurt

### Fortbildungstage für ehem. Lehrgangsteilnehmer u. alle In- teressierten

Thema: Pflege im Nat.-soz. — Hintergründe, Strukturen  
Berufsfortbildungswerk des DGB  
Anmeldung: Bfw, Gutleutstr. 169/171, 6000 Frankfurt/Main 1, Tel. (069) 23 50 91.



# KLEINANZEIGEN

**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.

**Praktikumsplatz** in öffentlicher **Apotheke** gesucht für Nov. 85 bis Mai 86 und Mai bis Nov. 86. Nur 1/2 Jahr, weil wir 6 Monate im Krankenhaus arbeiten. Walter Schmidt, Reichensbergerstr. 61, 1 Bln 36.

**Krankengymnast/in** mit Zusatzausbildung Bobath für Gruppenpraxis in Bremen mit Spaß an fachübergreifender Zusammenarbeit (andere medizinische Bereiche, Frühförderung, Integrationsgruppen, Kindergarten) gesucht. Chiffre 010985 an Redaktion dg, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3.

Gesucht wird **Gynäkologin/loge** für 20 Std. pro Woche. Aufgabenfelder: Familienplanung, Schwangerschaftsabbruch, evtl. Sterilisation. Ihre Bewerbung richten Sie bitte bis zum 15.9.85 an die Geschäftsstelle der Pro Familia, 4800 Bielefeld, Stapenhorststr. 5, Tel. (0521) 124073.

Das Westf. Landeskrankenhaus Güterloh hat für den psychiatrischen Bereich ab sofort die Stelle für einen **zivildienstleistenden Arzt** zu besetzen. Anschrift: Prof. K. Dörner, Hermann-Simon-Str. 7, 4830 Güterloh 1, Tel.: (05421) 502210.

**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

**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**

**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.

**Zivildienststelle für Arzt** ab Mitte Juli 85 in größerem kommunalem Krankenhaus frei. Näheres unter (0521) 131251

Suche dringend **Klinikstelle in Innere, Chlr., Kinder, evtl. auch Gyn.** Ich tingele seit meiner Approbation 1982 als Praxisvertreter durch die Lande, Klinikervahrung »nur« als Krankenpfleger, dies allerdings schon sehr lange. Habe Basiskenntnisse in Italienisch, Türkisch, Spanisch, Portugiesisch und kann zupacken. Großraum Frankfurt wäre nett, aber für ein gutes Betriebsklima oder eine Kinderstelle geh ich auch bis Ostfriesland. Ernst Soldan, Brückenstr. 11, 6082 Mörfelden, Tel.: (06105) 2635.

**Niederlassung in Münster:** Wir, zwei Kinderärztinnen, wollen uns niederlassen, im gleichen Haus auch günstige Räume frei für Allg.-Med., evtl. auch and. Fachrichtung. Interessenten bitte melden. Tel. (02506) 2540 nach 20 h oder WoE.

**Ostsee, Ferienwohnung** in einsamem Bauernhaus Vollkomfort, für Gruppenprojekte geeignet. 4 Personen 50,-, 16 Leute 160,-. Tel.: 030/7812826

## 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, Padiatrie, Allgemeinmedizin

Kontakt: Gesundheitsladen Berlin, Greifekuhstr. 2, 1000 Berlin 41 - Tel. 030/693 20 90

BRD-Bürger, seit längerer Zeit in England im Gefängnis, sucht Menschen, die ihm durch **Briefkontakte** helfen, die erdrückende Isolation zu durchbrechen (war früher einmal in der Krankenpflege tätig, studiert seit 1980 an der englischen Fernuniversität, weitere Interessensfelder: Politik, Informatik, Literatur u. Sport: Langläufer!)  
Adresse über Renate Brenner, 6 Ffm 60, Bönstädter Str. 10, Tel.: 069/467389

Im Gesundheitsladen Hamburg ist eine Materialsammlung zum Thema **»Menschenzüchtung durch künstliche Befruchtung und Embryotransfer«** zusammengestellt worden. Ebenso ist eine neu überarbeitete Auflage der »Aids« - Materialmappe erschienen. Beides im Gesundheitsladen Hamburg, Nernstweg 32, 2000 HH 50 erhältlich.

Für unsere **Studienreise** Nr. 8013 nach **Kuba** vom 8.9.-28.9.85 mit Fachprogramm »Gesundheitswesen in Kuba« gibt es noch einige freie Plätze. Preis inkl. Halbpension DM 3 150,-. Weitere Auskünfte bei der Freundschaftsgesellschaft BRD-Kuba e.V., Kaiserplatz 3, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 210648.

Gruppenpraxis in Köln (seit 1 1/2 Jahren) sucht **Halbtags-Allgemeinärztin/-arzt** zu Dez. 1985.

Unsere Lehranstalt für Altenpflege wurde am 1. September 1985 neu eröffnet. Sie ist staatlich anerkannt und gehört zum Fortbildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen in Frankfurt. Für diese Lehranstalt suchen wir eine/n

## Unterrichtsschwester/-pfleger

mit entsprechendem Qualifikationsnachweis.

Wir erwarten Berufserfahrung in der Altenpflege, Bereitschaft zu selbständiger Arbeit und eigener Fortbildung und Interesse an Team-Arbeit. Bei sonst gleicher Qualifikation werden Bewerber mit staatlicher Anerkennung als Altenpfleger/in bevorzugt.

Wir bieten überdurchschnittliche Bezahlung, die in einem gewerkschaftlichen Unternehmen selbstverständlichen Sozialleistungen, eine verantwortliche und selbständige Tätigkeit mit vielen Entwicklungsmöglichkeiten, kontinuierliche Fortbildung, Mitarbeit in einem für Innovationen sehr aufgeschlossenen Team.

Schreiben Sie an Frau Hilde Steppe, unsere Schulleiterin.

**Berufsfortbildungswerk**  
**Gutleutstraße 169 - 171**  
**6000 Frankfurt/Main**  
**Tel. (0 69) 23 50 91-95**

**Gemeinnützige Bildungseinrichtung des DGB GmbH**

**bftw**

**Allein im Juli kaufte die Paracelsus-Kette des größten bundesdeutschen Klinikunternehmers, Dr. med. Hartmut Krukemeyer, sieben Krankenhäuser in den USA. Im Heimatland bietet sich der Klinikmulti vor allem als Retter überschuldeter Gemeinden an, denen er die lästigen Kliniken abnimmt. Auch SPD-Politiker spielen mit.**

**Aber wirtschaftet Krukemeyer wirklich besser und billiger, wie er verspricht? Eines ist sicher: Er verdient gut, sogar sehr gut.**

**dg-Redakteur Matthias Albrecht nahm das Kostenwunder unter die Lupe.**

# Wunderheiler

**Die »Paracelsus«-Kette will finanzielle Gebrechen heilen**

**D**as Krankenhaus auf Helgoland — 20 Betten, zwei Ärzte — ist immer für eine kleine Reportage gut — besonders zur Weihnachtszeit, wenn die Nachfrage nach Idylle hoch ist. Ansonsten macht die Mini-Klinik ihrem Träger vorwiegend Ärger: Pro Jahr muß die Gemeinde 350 bis 400 Tausend Mark zuzahlen.

Das soll jetzt alles anders werden. Als Retter in der Finanznot bietet sich der in weniger entlegenen Teilen der Republik schon gut bekannte medizinische Konzernchef Dr. Hartmut Krukemeyer (60) an. Der »begnadete Unternehmer« mit »außergewöhnlichem Willen« (Krukemeyer-Selbstdarstellung), der weltweit die Krankenhauskette »Paracelsus« mit 41 Kliniken in der Bundesrepublik, den USA, Frankreich und Österreich sein eigen nennt, handelte der Hochseegemeinde ihr teures Kuriosum ab. Die Lokalpolitiker ließen sich nicht lumpen: sie gestanden dem Arzt aus Osnabrück 6,3 Millionen Mark für die »Reorganisation« des Krankenhauses zu; der zuständige ÖTV-Sekretär aus Pinneberg auf dem Festland meinte schon im Februar, in Wirklichkeit berappe die Gemeinde noch eine weitere Million. Die Gebäude samt der beweglichen und unbeweglichen Anlagen gibt es umsonst.

Ende Mai legte Krukemeyer den staunenden Honoratioren sein Konzept für die »Paracelsus-Nordseeklinik« vor: nach »durchgreifender Sanierung« soll das Kleinstkrankenhaus auf 42 Betten vergrößert werden. Der Bettenzuwachs geht auf das Konto einer neurologischen Abteilung, die mit Parkinson-Kranken aus einer anderen Krukemeyer-Klinik in Kassel kommen sollen: »zur Gewährleistung einer durchgängig guten Versorgung«, aber auch »bei voller Respektierung der Patientensouveränität«. Daneben will Krukemeyer weitere Betten für die Grundversorgung der Helgoländer und der sommers zahlreichen Ausflügler bereithalten. Operationsteams werden aus der Paracelsus-Klinik in Henstedt-Ulzburg bei Hamburg eingeflogen. Kurz: hessische Parkinson-Patienten sorgen für ein volles Haus, das so wirtschaftlich genug arbeiten kann, um auch noch die Geburten, Beinbrüche und Infarkte der Helgoländer betreuen zu können. Das alles, versichert Krukemeyer, »medizinisch optimal«, »patienten-optimal«, »arzt-optimal« und »ökonomie-optimal«.

Weniger fasziniert von dem gleich viermal »optimalen« Deal zeigte sich ÖTV-Geschäftsführer Holger Buchholz. Bei der Großzügigkeit der Vorbesitzer könne »jeder Wirtstischenbudenbesitzer ohne persönliches Risiko das Krankenhaus übernehmen«. Für das Geld könne die Gemeinde das gleiche und mehr leisten, da sie »keinen Gewinn erwirtschaften« müsse. »Klappt es mit dem Profit nicht«, so Buchholz zum »Holsteiner Tageblatt«, »so trägt die öffentliche Hand den Verlust bis 1986«. Krukemeyer könne das Haus bei Nichtgefallen einfach schließen, ohne »auch nur einen Pfennig« investiert zu haben.





# oder Scharlatan?

Mit Privatisierung hat die Gewerkschaft ohnehin nichts im Sinn. »Krankenhausleistungen dürfen nicht nach gewinnorientierten Gesichtspunkten erbracht werden«, heißt es kategorisch in einem jüngst erschienenen ÖTV-Papier zur Krankenhausfinanzierung. Besonders üble Erfahrungen hat die ÖTV mit der Privatisierung von Krankenhaus-Teilbereichen wie Küchen, Wäschereien, Reinigungsdiensten, Labors und Apotheken gemacht. Private Reinigungsfirmen schicken häufig Leiharbeitskräfte: schlecht bezahlt, ohne Kündigungsschutz und nicht

sozialversichert. In der Bilanz machen sich solche Teilprivatisierungen nur scheinbar bezahlt: der Preis etwa für die Reinigung wird künftig nicht mehr über Personal-, sondern über Sachkosten abgerechnet. Die Kassen, die sich an hohen Personalkosten besonders stoßen, nehmen höhere Sachkosten als quasi naturgegeben hin.

In Helgolands politischer Szene herrschte weitgehende Einigkeit über das Geschäft. CDU und Freie Wählergemeinschaft waren dafür, außerdem alle bis auf einen SPD-Ratsherren. Auch das Gesundheitsministerium in fernen Kiel gab gern seinen Segen.

**Krukemeyer und Schleswig-Holsteins Sozialministerin Gräfin Brockdorff besiegeln das Geschäft per Handschlag. Helgolands Bürgermeister freut sich auch ...**

Auf Zustimmung dürfen Privatisierungspläne vor allem bei FDP und CDU hoffen — aus naheliegenden Gründen. Bei der SPD ist man — im Prinzip — dagegen. In den heute noch gültigen »Gesundheitspolitischen Leitsätzen« der Partei, 1975 unter dem jetzigen saarländischen Minister Friedel Läßle erarbeitet, heißt es: »Im integrierten System der medizinischen Versorgung sind private Krankenhäuser und Praxiskliniken nicht notwendig.«



»Praxisklinik«: das ist auch ein Lieblingsbegriff des größten Klinik-Unternehmers der Bundesrepublik, Hartmut Krukemeyer. 1970 entstand das erste Modell eines solchen Krankenhauses in Osnabrück, in dem nie-

nig zu beeinträchtigen. Beim »Paracelsus« des 20. Jahrhunderts ist, so scheint es, alles anders. Nicht nur im konservativen Schleswig-Holstein, auch in den SPD-regierten Teilen der Republik stößt der »echte Unter-

sei selbst Genosse, wurde bislang nicht dementiert.

Nordrhein-Westfalens poltriger Ex-Gesundheitsminister Professor Friedhelm Farthmann (SPD), der bei Betriebs- und Personalversammlungen gern Übung in der Sprache des »kleinen Mannes« zur Schau stellt und sich immer wieder mit den vermögenden Ärzten anlegte, sprang an anderer Stelle gewaltig für den hochmögenden Dr. med. Krukemeyer in die Bresche. Als der die kommunale Klinik in Hemer (Westfalen) schluckte, mochte Farthmann für diesen »Vorgang« nicht einmal das Reizwort »Privatisierung« gebrauchen. Es handele sich dabei vielmehr um »einen völlig anderen Vorgang«, den Farthmann lieber neutral »Trägerwechsel« genannt haben wollte. Die Versammelten in der »Trägerwechsel«-Feier in Hemer im vergangenen Dezember nahmen die schönen Worte ihres Ministers dankbar auf.

## **Daß die SPD im Prinzip gegen Privatisierung ist, ändert nichts am Einvernehmen zwischen Krukemeyer und Ex-NRW-Gesundheitsminister Farthmann. Der nennt Privatisierungen schamhaft »Trägerwechsel«.**

dergelassene Ärzte Betten »mieten«, belegen und versorgen. Einrichtung und Pflegepersonal stellt der Unternehmer. Das Modell wird von Krukemeyer vor allem als Schlüssel zur Überwindung der »strengen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung« angepriesen (ausführlicher Report in dg 6/83).

Daß die SPD schon 1975 dagegen war, scheint das herzliche Einvernehmen zwischen Krukemeyer und sozialdemokratischen Kommunal- und Landespolitikern we-

nehmer im Schumpeterschen Sinne« (Krukemeyer über Krukemeyer) auf allgemeines Wohlwollen. Das Gerücht, der Rolls-Royce-Fahrer und Besitzer eines ordentlichen Schlößchens im ostwestfälischen Lübbecke



## **»Paracelsus«: Zahlen, Namen, Daten**

Die Paracelsus-Klinikgruppe ist mit 12 Krankenhäusern der »größte private Krankenhausträger« in der Bundesrepublik. Allein drei Kliniken erwarb die Kette in den letzten beiden Jahren. Verhandlungen über weitere Käufe in Dietz an der Lahn, Bingen und Traben-Trarbach sind im Gange.

In den letzten zwei Jahren wurde Paracelsus-Chef Krukemeyer außerdem, durch den Kauf des Krankenhauses in Nizza sowie zweier Kliniken in Paris, zum »Marktführer« in Frankreich.

Allein in den USA vergrößerte sich die Zahl seiner Kliniken im gleichen Zeitraum von 16 auf 25. Im Juli dieses Jahres schlug er wieder zu: sieben US-Kliniken kamen zum Imperium hinzu. Die Gesamtsumme aller Klinikkäufe in den USA dürfte sich auf eine halbe Milliarde Dollar belaufen.

Nach eigenen Angaben verfügt die Kette jetzt über mehr als 5000 Betten und mehr als 7500 Beschäftigte.

Wie in der Rüstungsindustrie gerne pensio-

nierte Generäle übernommen werden, bedient sich die Krukemeyer-Kette gerne solcher Berater oder Manager, die das öffentliche Krankenhauswesen wie ihre Westentasche kennen: Sein Generalbevollmächtigter Jörg Lauterbach war jahrelang für die Deutsche Krankenhausgesellschaft tätig. Der frühere Hauptgeschäftsführer der DKG, Professor Hans-Werner Müller, wird in letzter Zeit beratend für den Konzern tätig. Der Geschäftsführer des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte, Dr. Karl Jeute, setzte sich in Luxemburg für Krukemeyers Interessen ein. In der Paracelsus-Klinik in Hemer wurde als Verwaltungschef ein früherer Wirtschaftsprüfer engagiert, der im Auftrag des Regierungspräsidenten von Arnsberg in derselben Region früher Krankenhäuser prüfte. Der offizielle Kommentator des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 1972 und frühere Mitarbeiter im Bundesgesundheitsministerium, Rechtsanwalt Friedrich aus Düsseldorf, führte für Krukemeyer die Vertragsverhandlungen mit Helgoland.

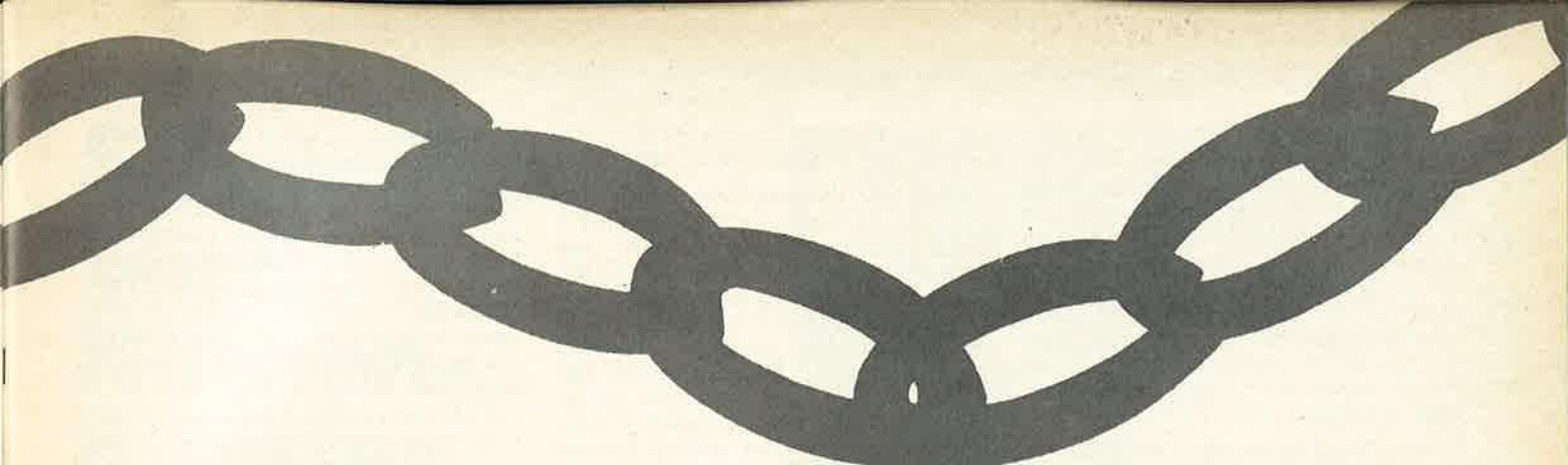
**E**iniges ist bei Krukemeyer in der Tat anders. Die Paracelsus-Kliniken sind keine Privatsanatorien aus dem Bilderbuch, in denen braungebrannte Medizin-Außenseiter mit Charisma handverlesene Privatpatienten von Gicht, Krebs und Alkoholismus kurieren. Krukemeyer müht sich vielmehr um Aufnahme seiner Kliniken in die Krankenhausbedarfspläne der Länder, um auch Kassenpatienten versorgen zu können — und damit öffentliche Fördermittel zu kassieren. In den vergangenen Jahren warb er vor allem mit dem Modell der Praxisklinik, was seinem Imperium zusätzlich



Dr. med.  
Hartmut  
Krukemeyer,  
Klinikunter-  
nehmer

## **»Begnadeter Unternehmer mit außergewöhnlichem Willen«**





eine ideelle Aura verlieh. Auch wird bei Krukemeyer-Privatisierungen nicht sogleich das Personal geschafft, wie es bei den Teilprivatisierungen üblich ist. Vielmehr werden häufig wie in Hemer alle Beschäftigten zu BAT-Bedingungen übernommen.

Das alles mag auch SPD-Politiker darüber hinwegsehen lassen, daß Krukemeyer als Aufsteiger auf dem profitablen Privatklinik-Markt der USA sein Image drüben auf weniger progressive Weise pflegt; etwa mit der Finanzierung der Mammutfete zur zweiten Amtseinführung von Ronald Reagan.

Auch die ÖTV hat ihre Anti-Haltung zur Privatisierung bisher nicht in eine Politik gegen Krukemeyers Pläne umgesetzt. Zwar erschien Paracelsus-Geschäftsträger Jörg Lauterbacher kürzlich als Gast auf einem Seminar der Gewerkschaft in Berlin — aber bundesweite Treffen von Vertrauensleuten und Betriebsräten der Krukemeyer-Kliniken gibt es bisher nicht.

Ein prominentes ÖTV-Mitglied zumindest hat sich zu einer klaren Position durchringen können: Farthmann. Der bestaunte in Hemer des Kaisers neue Kleider. Krukemeyer könne »dieses Krankenhaus ja überhaupt nicht nach Gewinninteressen führen«.

Tatsächlich sind die Pflegesätze, die ein Krankenhausträger für die Versorgung von Kassenpatienten erhält, nach den Selbstkosten berechnet; eine Gewinnmarge enthalten sie nicht. Aber Privatisierung aus ideellem Antrieb? Als Familienunternehmer (Baby-Doc Krukemeyer studiert Medizin und soll dem Vater folgen) ist der Paracelsus-Chef nicht zur Veröffentlichung seiner Bilanzen verpflichtet. Sicher ist, daß es seiner Kette

ökonomisch hervorragend geht und der Chef über Mittel verfügt, die das Einundvierzigfache eines Chefarztgehalts — Krukemeyer ist in allen seinen Kliniken ärztlicher Direktor und bezieht entsprechend Gehalt — noch bei weitem übersteigen.

**P**

Während Farthmann in Hemer noch den Gemeinsinn Krukemeyers lobte, bastelte die Bonner Koalition am neuen Krankenhausfinanzierungsgesetz, das seit dem 1. Januar dieses Jahres Kliniken auch offiziell die Möglichkeit gibt, Gewinn und Verlust zu machen. Bei Krukemeyer kommt vornehmlich ersteres in Betracht. Anders als bisher wird der Pflegesatz im neuen System nicht mehr nach den nachgewiesenen, sondern nach voraus kalkulierten Selbstkosten bemessen. Wirtschaftet der Träger billiger als kalkuliert, bleibt ihm die Differenz als Gewinn.

Billiger zu wirtschaften als andere fällt Krukemeyer nicht schwer — im Spannungsfeld von medizinischen und ökonomischen Interessen tut der »begnadete Unternehmer« dem »Arzt aus Leib und Seele« nicht weh. Daß etwa die Parkinson-Patienten, die Hel-

golands Betten füllen sollen, in der Hochseeluft besser aufgehoben sind als im Mittelgebirge von Kassel, ist eine Variante der medizinischen Forschung, die erst mit Krukemeyers Helgoland-Ambitionen in die Welt kam.

**Parkinson-Patienten aus Hessen nach Helgoland — demnächst Herzkranke von Luxemburg nach Schleswig-Holstein? Der Patiententourismus, medizinisch fragwürdig, kommt immer mehr in Mode.**

Dr. Gudrun Ulm, Chefärztin in der Kasseler Paracelsus-Klinik, sah als Verfasserin einer Broschüre für Parkinson-Kranke das Nordseeklima noch als ungeeignet für den Heilungsverlauf an. In einem Schreiben an das schleswig-holsteinische Sozialministerium kam dieselbe Spezialistin zu einem ganz anderen Urteil: die »optimale Versorgung« sei »ohne weiteres gegeben«.

Kommunale Träger bekommen ihre Kliniken auch nicht, wie Krukemeyer, geschenkt oder mit reinen Papierschulden, die niemals gezahlt werden müssen, übereignet. Sie dürfen auch anders als Krukemeyer ihr Investitionen nicht abschreiben.

Bis heute gibt es keinen echten Wirtschaftlichkeitsvergleich zwischen einzelnen Paracelsus-Kliniken und vergleichbaren Krankenhäusern in anderer, auch öffentlicher Trägerschaft. Die niedrigeren Pflegesätze,



Ex-NRW-Gesundheitsminister Prof. Friedhelm Farthmann (SPD)



Schleswig-Holsteins Sozialministerin Gräfin Brockdorff (CDU)



Luxemburgs sozialistischer Gesundheitsminister Benny Berg

**Sprang gewaltig für den Klinik-Multi in die Bresche**

**»Parkinson-Kranke als zweites Standbein« für Helgoland**

**Entgegenkommen für zwei- bis dreihundert Arbeitsplätze**



mit denen Krukemeyer sich als »ökonomie-optimal« verkauft, ergeben sich in den Häusern der Kette, die als »Praxisklinik« geführt werden. Kein Wunder: was an ärztlichen Leistungen in einem normalen Krankenhaus über den Pflegesatz abgerechnet wird, geht bei der Praxisklinik in die ambulante Abrechnung der niedergelassenen Belegärzte ein. Vergleichsrechnungen, die auch diese Beiträge zu den niedrigen Pflegesätzen addieren, haben die Krankenkassen bisher nicht vorgelegt.

Wenn Krukemeyer damit wirbt, daß er »85 Prozent Kassenpatienten« versorgt, so bleiben immer noch 15 Prozent Privatpatienten: ein Anteil fast doppelt so hoch wie in der Durchschnittsbevölkerung. In seiner

derklinik, Neuropädiatrie- und Krankenpflegeschule sollten geschlossen werden.

Überhaupt: finanziell unattraktive Versorgungsbereiche bleiben von Krukemeyers Privatisierungshunger verschont. Kinder- und Altenabteilungen, Psychiatrie und Unfallstationen gibt es bei Paracelsus nicht; dafür reichlich Apparate-intensive Spezialbereiche wie Urologie oder Neurologie. Wie jeder Unternehmer, ob er Klodeckel herstellt oder Kranke gesundmacht, kann auch Krukemeyer sich nur so einen Vorsprung vor der Konkurrenz verschaffen, daß er Personal durch Geräte ersetzt. Im Gesundheitswesen liegt der Anteil der Personalkosten bei 70 bis 75 Prozent: Es gibt viel zu rationalisieren. Packen wir's an.



**Weniger »ökonomie-optimal« als »gewinn-optimal«: Bei näherem Hinsehen entpuppen sich Krukemeyers Rettungsaktionen als ganz gewöhnliche Privatisierungen. Bezahlen müssen die Versicherten.**

Urologie-Spezialklinik in Düsseldorf-Golzheim sind es 30 Prozent.

**D**ie vielen »Privaten« in den Paracelsus-Häusern zahlten sich für Krukemeyer auch schon mal indirekt aus. In der Klinik im vornehmen Düsseldorf-Golzheim (150 Betten) stand im vergangenen Jahr die Renovierung an. Zahlen sollte das Land: 15 Millionen Mark. Prominente Prostatiker aus dem Düsseldorfer Geldadel machten sich in Leserbriefen an die Lokalpresse für die Renovierung der Privatkliniken aus öffentlichen Mitteln stark. Die noble Karnevalsgesellschaft »Düsseldorfer Jonges« sammelte 3000 Unterschriften. Friedrich Farthmann, damals noch Gesundheitsminister in Nordrhein-Westfalen, sagte den Betrag unter der Bedingung zu, daß die Stadt eine andere Klinik im Stadtteil Gerresheim der Paracelsus-Kette überließe.

Dort freilich war der Personalrat sofort hellwach, verteilte Flugblätter, mobilisierte die Belegschaft und besuchte den Minister. Der mühte sich redlich, die Beschäftigten von den Vorteilen der Privatisierung zu überzeugen. »Er hat sich aufgeführt wie der Vorsitzende des Krukemeyer-Fanclubs«, so eine Krankenschwester. Personalrat Göbels zu dg: »Der hat gesagt, wir würden uns sogar verbessern, weil wir Betriebsrat würden. Und das unter dem Bild von Hans Böckler!«

Die Beschäftigten in Gerresheim ließen sich von dem ministeriellen Ultimatum an die Stadt nicht schrecken. Noch einmal Personalrat Göbels: »Wir haben uns gefragt, warum ist der Krukemeyer so billig in seinem Angebot? Ich kann in einem Krankenhaus nur absahnen, wenn ich die gewinnträchtigen Teile nehme und andere Leistungen streiche.« So war es in der Tat gedacht: Kin-

Das Wohl der Patienten scheint ohnehin ein Bereich zu sein, der wenigstens in Teilen zur Disposition steht. So etwa steht in der als »Kopf-klinik« gepriesenen neurochirurgischen Intensivstation in Osnabrück nicht, wie üblich, ein ärztlicher Bereitschaftsdienst, sondern nur ein Rufdienst zur Verfügung. Wo eine Klinik hinkommt, darüber entscheidet nicht die Nähe zu Ballungszentren oder das Klima. Für die Standortentscheidung gibt es knallharte betriebswirtschaftliche Kriterien, unter denen nicht nur die künftigen Helgoländer Parkinson-Patienten zu leiden haben werden: Eine Spezialklinik für die Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Kranken, für die Krukemeyer Interesse angemeldet hat, steht im schleswig-holsteinischen Bad Segeberg. Die dazu passende herzchirurgische Klinik, die vor allem Bypass-Operationen vornehmen soll, will Krukemeyer jetzt in Luxemburg errichten.

Mit den Bedürfnissen luxemburgischer Herzkranker hat das alles nichts zu tun: die durchschnittlich 60 im Jahr sollen auch weiterhin im fernen Paris operiert werden. Und ob es der Rehabilitation der vorwiegend bundesdeutschen Patienten dient, zunächst nach Luxemburg und dann nach Bad Segeberg verfrachtet zu werden, ist fraglich; fraglos aber kommt die exotische Standortentscheidung den Interessen Krukemeyers entgegen: die Herzchirurgie soll nach Bad Mondorf, ein kleines, darniederliegendes Thermalbad im Großherzogtum, dem die Kurgäste ausbleiben. Für das Versprechen, zweihundert Arbeitsplätze zu schaffen, zeigt sich Luxemburgs sozialistischer Gesundheitsminister Benny Berg entgegenkommend — auch wenn sonst der OP-Tourismus in Luxemburg wenig Freunde hat. Luxemburgs Ärztepräsident Dr. Meisch zu dg: »Wir sind als Ärzte resolut dagegen. Auf dem Gesundheitssystem darf kein Benefiz gemacht werden!«

Reichlich Benefiz scheint sich Krukemeyer für seine Luxemburger Lage auch von deutschen Stellen zu erhoffen. Das benachbarte

Rheinland-Pfalz hatte für seine Herzklinik keinen Platz im Bedarfsplan. Trotzdem ließ der Paracelsus-Chef über Professor Hans-Werner Müller beim AOK-Dachverband sondieren, ob auch an eine Luxemburger Klinik gezahlt würde. Dort wurde abgewunken — obwohl Krukemeyer mit Müller einen gewichtigen Unterhändler aufbot: der »Paracelsus«-Berater war bis 1984 Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Lücken im reichlich chaotischen Finanzierungssystem unseres Gesundheitswesens, »Verzicht« auf kostspielige Versorgungsbereiche, Patiententourismus und Dumping-Versorgung, hoher Anteil an Privatpatienten und beste Kontakte zu allerlei Würdenträgern: das alles kann das »Kostenwunder« Krukemeyer nur zum Teil erklären. Als »begnadeter Unternehmer« weist sich der Krankheits-Multi vor allem durch finanztechnische Transaktionen aus. So ließ er sich von der entgegenkommenden Gemeinde Helgoland zusätzlich zum Klinikgelände ein 1800-Quadratmeter-Grundstück mit Erbbaurecht auf der Insel übereignen. Auch bei anderen Kliniken dienen ihm die Grundstücke vor allem zur Kreditsicherung: sie lassen sich noch beleihen. Bisher ist auch nicht bekannt geworden, daß eines der Länderministerien, die Krukemeyer großzügig fördern, der Frage nachgegangen wäre, ob nicht auch »Paracelsus« den bekannten Trick beiderseits des Atlantik tätiger Firmen anwendet, Gewinne ins Hochzins-Dorado USA zu transferieren. Unter dem Strich bleibt ein satter Gewinn.

**W**eniger »ökonomie-optimal« als »gewinn-optimal«: die Krukemeyerschen Aktionen zur Rettung der Gemeinden aus finanzieller Not entpuppen sich bei näherem Hinsehen als ganz gewöhnliche Privatisierungen, bei denen die Versicherten nicht nur die Betriebskosten, sondern zusätzlich die Gewinne bezahlen; ob als Kassen- oder Steuerzahler, bleibt sich gleich.

Dennoch: die Politiker lassen zahlen. Verwandtschaftliche Beziehungen zwischen Krukemeyers Verantwortlichem für Betriebswirtschaft und Projektwesen, Karl Friedrich von Richthofen, und der CDU-Gesundheitsministerin Gräfin Brockdorff werden dem Helgoland-Deal nicht im Wege gestanden haben. Für die Privatisierung von Düsseldorf-Gerresheim dagegen nützte dem Firmenchef das herzliche Einverständnis mit dem jetzigen SPD-Fraktionschef Farthmann am Ende nichts.

Gegen das Versprechen, 150 Betten abzubauen, durfte die Stadt Düsseldorf jetzt auf Wunsch aller Stadtratsfraktionen ihre Klinik in Gerresheim behalten — Krukemeyer ging leer aus. Anfangs hatten nur die Grünen gegen die Privatisierung gewettert; als der Personalrat 14 000 Unterschriften beisammen hatte, lenkte erst die örtliche SPD, dann der bürgerliche Rest ein. Das war am 6. Februar. Vor Weihnachten, am 7. Dezember 1984, hatte Krukemeyer bei einer Anhörung im Ministerium noch gewarnt: »Die Publizität in dieser Sache muß aufhören!«

Kann er haben. Er braucht sich nur nach Helgoland ins 20-Betten-Haus zurückziehen und dort Röntgenbilder zu studieren. Dann machen wir höchstens zu Weihnachten nochmal eine kleine Reportage über ihn. Ehrlich. □

\* Hans Böckler war erster Vorsitzender des DGB nach dem Kriege.



# Schmalhans wird Küchen- meister

**kj — Um 30 Prozent wollen die Arbeitgeber die Ausbildungsvergütung für Krankenpflegeschüler senken. Die ÖTV bietet den Klageweg an.**

Lehrjahre sind keine Herrenjahre — das jedenfalls meinen die Arbeitgeber und kürzen den Krankenpflegeschülern, die ab Oktober ihre Ausbildung beginnen, die Vergütung um satte 30 Prozent. Die Bezeichnung »Kürzungen« hören die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA), die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) und das Bundesinnenministerium gar nicht gerne. Sie sprechen ohnehin eine andere Sprache. Wirtschaftlicher Stillstand heißt Null-Wachstum, Arbeiten für ein »Vergelt's Gott« kostenneutral und Kürzungen — na eben, Neubemessungen. »Wir nehmen ja niemandem etwas weg«, lacht der Hauptgeschäftsführer der VKA Berger.

Die Neubemessungen sehen so aus: Im ersten Ausbildungsjahr werden 591,09 Mark (288,66 Mark weniger als bisher), im zweiten Ausbildungsjahr 658,17 Mark (326,32 Mark weniger) und im dritten Ausbildungsjahr 724,22 Mark (433,42 Mark weniger) gezahlt. Dies gilt für Schülerinnen und Schüler der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege, die am 1. September 1985 ihren Ausbildungsplatz erhalten. Gefeierte wird diese Neuregelung von den Arbeitgebern für die Hebammenschülerinnen, die bis zum neuen Hebbammengesetz, das seit dem 1. Juli 1985 gilt und den gleichen Vergütungsanspruch wie in der Krankenpflege zusichert, für ein Taschengeld von etwa 200 Mark pro Monat arbeiteten. Ein enormer Fortschritt, fürwahr! Und eine bestechende Art, unbeliebte Kürzungen, die bei einer anderen Berufsgruppe trotzdem noch eine relative Verbesserung ihrer kata-

strophalen Bezahlung bewirken, schmackhaft zu machen.

Ermöglicht wurde die Absenkung der Ausbildungsvergütung durch das neue Krankenpflegegesetz, das dem bisherigen Tarifvertrag, der sich auf die Fassung des Krankenpflegegesetzes von 1965 stützte, den Boden entzog. Sicherheitshalber kündigten die Arbeitgeber diesen Tarifvertrag zum 31. August 1985, so daß jetzt ein tarifloser Zustand herrscht. Wichtig für die Schülerinnen und Schüler im jetzigen Ausbildungsverhältnis ist in diesem »Tarifgerangel«, daß sie bis zu einer Einigung der Tarifpartner — Arbeitgebervereinigungen auf der einen und Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV) auf der anderen Seite — ihre bis dato gezahlten Vergütungen weiterbeziehen. Sie kommen in den Genuß der Nachwirkung des gekündigten Tarifvertrages.

Da die vorgesehenen Kürzungen »indiskutabel für die ÖTV« sind, so die Geschäftsführerin der Hauptabteilung Gesundheitswesen der ÖTV, Ulrike Peretzki-Leid, wird die leidige Vergütungsfrage auf die nächste Tarifrunde im kommenden Frühjahr verlagert. Die Schülerinnen können aufatmen: Vorerst sind ihre Schäfchen im Trockenen.

Aber die Neuankommlinge in der Krankenpflege müssen die bittere Pille schlucken. Für sie hat die ÖTV einen Ausweg parat. Als Mitglied der ÖTV können Schüler, die vor der Unterschrift ihres Vertrages die neue Ausbildungsvergütungsregelung ausklammern, innerhalb von sechs Monaten einen Anspruch auf die alte Regelung von der Gewerkschaft einklagen lassen. Die Klage stützt sich auf das für den Arbeitgeber verbindliche Gebot der Gleichbehandlung. Danach dürften die Neueingestellten nicht anders als ihre Mitschüler bezahlt werden. Der Haken bei der Beschreitung des Rechtsweges ist, daß die Probezeit von drei auf sechs Monate verlängert werden soll.

Auf Arbeitgeberseite wird von Geschäftsführer Dr. Karl-Heinz



Foto: Dittrich

**Gelaufen ist die Kürzung der Ausbildungsvergütung für die Krankenpflegeschüler noch nicht. Protestler, wie hier in Berlin-Moabit, haben noch Chancen auf Erfolg.**

Kiefer (TdL) auf das Bafög hingewiesen. Diese Förderung ist ein Zuschuß und nicht als Darlehen zu betrachten. Es muß also nicht zurückgezahlt werden. Aber nicht jeder ist förderungsberechtigt, und der Betrag ist noch nicht ermittelt worden.

Das alles täuscht über die Kürzungen nicht hinweg. Auf die Zwangsjacke angesprochen, in der sich Jugendliche bei dem schlechten Lehrstellenangebot befinden, fühlt sich Hauptgeschäftsführer Berger (VKA) beschimpft. »Dieser Vorwurf kann uns nicht treffen. Sie brauchen keinen Vertrag mit uns zu schließen. Sie haben die freie Wahl«, erklärt Berger. Was heißt freie Wahl, wenn die Alternative Arbeitslosigkeit ist?

Hier geht es ums Geld. Das umstrittene Wort Kostendämpfung wagt schon niemand mehr in den Mund zu nehmen. »Man

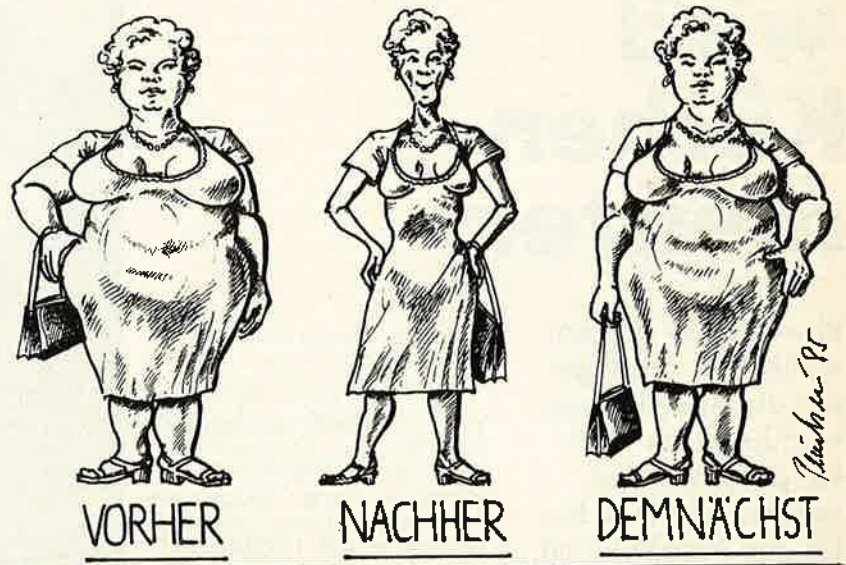
muß überall einsparen«, meint Berger lapidar. Dr. Karl-Heinz Kiefer (TdL) erklärt die so eingesparten Mittel »für im Pflege-satz verschwunden«. Der Referent für das Krankenhauswesen beim Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK), Kemmerling, erwartet in dieser Hinsicht eine Verringerung des Krankenhauspflegesatzes um etwa zehn Pfennig. Den Rest verschlingen »Personal- und Sachkosten«.

Daß dies auf Kosten der Krankenpflegeschülerinnen geschieht, sollte nicht nur die Gewerkschaft, sondern vor allem die Betroffenen empören. Ohne entsprechenden Rückhalt in der Krankenpflegeschicht kann auch die Gewerkschaft als Interessenvertretung nicht erfolgreich verhandeln. Daß noch alles möglich ist, drückt Arbeitgebervertreter Dr. Kiefer so aus: »Was in der Zukunft ist, weiß der Teufel.« □



# Rauf und runter und ...

## Übergewichtigen-Selbsthilfe nicht nur erfolgreich



### Gute Anfangserfolge bei Abnahmediäten machen Schlagzeilen. Aber die verlorenen Pfunde kehren meist schnell zurück.

Knappe 1000 Kilogramm Gewicht bringen sie alle zusammen auf die Waage, die durchschnittlich zehn bis 15 Teilnehmer der Ernährungstrainings, die derzeit bundesweit von kommerziellen Instituten, Landfrauenvereinen, Krankenkassen und Volkshochschulen angeboten werden. Die Vollschlanken, die sich in Selbsthilfegruppen gegenseitig wiegen und ermuntern, werden meist um einige Kilos leichter. Hinter diesem neuen Konzept der Ernährungsberatung versteckt sich jedoch kein Patentrezept für den Kampf gegen die Leibesfülle, so jedenfalls faßt Professor Sigfried Weggemann, Mitarbeiterin am Institut für Wirtschafts- und Sozialwissenschaft der Technischen Universität München-Weihenstephan, die Ergebnisse der Studie zusammen.

Schlanksein ist in; ganze Heerscharen von Sich-zu-dick-Fühlenden flüchten sich in eine Diät. Von Atkins bis zu den Zen-buddhistischen Regeln der Makrobiotik ist für jeden allem Anschein nach etwas dabei. Doch außer dem AbSpecken des Geldbeutels registrieren die Betroffenen kaum eine Wirkung. Allen Kostformen gemeinsam ist eine Einseitigkeit in der Nahrungsmittelauswahl, die auf Dauer den Magen und den Kreislauf rebellieren lassen.

Als zu Beginn der siebziger Jahre Ernährungspsychologen

herausfanden, daß es nicht nur auf das »Was«, sondern auch auf das »Wie« und »Warum« des Essens ankommt, entwickelten verschiedene Forschungsgruppen Verhaltenstrainings, die basierend auf Selbstkontrollmechanismen und einfachen Grundsätzen der Verhaltenstherapie, dem Essen aus Frust zu Leibe rücken sollten.

Die große deutsche Frauenzeitschrift »Brigitte« und das amerikanische Weight-Watcher Institut stiegen mit ein, der Erfolg blieb nicht aus. 1983 existierten bereits 700 Weight-Watcher-Gruppen und rund 70 bis 80 Brigitte-Diät-Clubs. Fazit der fast 15jährigen Arbeit: Übergewichtige werden zwar um Kilos leichter, aber auf den langfristigen Abnahmeerfolg gibt es keine Garantie.

Beratungsexperten untersuchten in ihrer Studie über drei Jahre hinweg die am weitesten verbreiteten Selbsthilfegruppen, zu denen außer den bereits genannten noch das Programm »Ich nehme ab« der Agrarsozialen Gesellschaft aus Göttingen gehört.

Untersucht wurden: Abnahmeerfolge, Befolgung von Verhaltensregeln des Selbstkontrollprogramms, Veränderung der Ernährungsgewohnheiten und die Zufriedenheit mit den Sachinformationen über gesunde Ernährung. Entgegen den Erwartungen waren nur fünf bis zehn Prozent der Teilnehmer nach Abschluß des Programms in der Lage, ihre Kost eigenständig zusammenzustellen. Als Begründung hörten die Tester: Zu kompliziert. Die Befolgung der neuen Eß-Verhaltensregeln wurden

lediglich von 58 Prozent der Weight-Watcher-Mitglieder berücksichtigt, in den übrigen Gruppen lag der Anteil sogar unter 30 Prozent. Lediglich die Vorschläge wurden akzeptiert, die keine entscheidenden Änderungen der alltäglichen Tischsitten erforderten. Die Programmdauer schwankte zwischen neun und 17 Monaten; ebenso die Abnahmeerfolge von durchschnittlich acht bis hin zu 17 Kilogramm pro Teilnehmer und Gruppe. Erreicht wurden die recht guten Ergebnisse zum Erstaunen der Wissenschaftler meist mit der alten Methode »FdH«. Über die Hälfte der Befragten gab an, daß ihre Informationswünsche zu praktischen Ernährungsthemen rund um den Eßtisch nur ungenügend befriedigt wurden.

Vorgegebene Diätfahrpläne sagten zwar den Wünschen der Teilnehmer auf Anhieb zu, auf den zweiten Blick betrachtet verleiteten sie jedoch lediglich zur Nachahmung und nicht zu eigenem Ausprobieren individueller Tagesmenüs, die dem Alltagsrhythmus der Familie entgegenkommen.

Alles in allem: dennoch zufriedenstellend, so das Gesamturteil des Untersuchungsteams, denn der persönliche Kontakt, gemeinsame Gruppenaktivitäten und der Erfahrungsaustausch Schwergewichtiger schafften Rückhalt für schwache Minuten vor dem Kühlschrank zu Hause. Für viele Teilnehmerinnen war es das erste Mal, daß sie ohne größere Vorbehalte über ihre persönlichen Eßprobleme sprechen konnten, die oftmals aus familiären oder beruflichen Problemen resultieren.

So überzeugend das Selbsthilfeprinzip auf den ersten Blick erscheint, Therapiemodelle aus der Sucht- und Depressionsbehandlung lassen sich nicht ohne das nötige Quentchen Rückbesinnung auf die eigentlichen Probleme auf die Ernährungsberatung übertragen. In der abschließenden Wertung war man sich darüber einig, daß die Therapie des Übergewichts nicht ohne professionelle Helfer auskommt.

Die Leistungsfähigkeit von Selbsthilfegruppen scheint von Gesundheitspolitikern überschätzt zu werden. Ob sie als geeignetes Rationalisierungsinstrument in Frage kommen, um durch den Austausch von teuren Experten durch ehrenamtliche Kursleiter Kosten zu sparen, bleibt fraglich. Die konventionelle Ernährungsberatung ist aufgrund ihrer derzeit geringen Kapazitäten nicht in der Lage, Ratsuchende über Jahre hinweg zu betreuen, während die Selbsthilfegruppen die Möglichkeit bieten, Verhalten zu stabilisieren. Dort, wo Gruppendynamische Kräfte aber nicht mehr ausreichen, um Probleme zu lösen, muß der Experte dosiertes Sachwissen einbringen; hier sind Laien überfordert. Kooperationsmodelle zwischen professionellen Beratungseinrichtungen und Initiativgruppen scheinen der gangbare zukünftige Weg zu sein.

Daß auch Klienten bereit sind, Gebühren zu bezahlen, zeigt das Weight-Watcher-Modell; ob das AbSpecken einiger Kilos doch gleich in die Hunderte gehen muß, sollte wohl überlegt sein.

Angelika Gordes-Giesen



## Aufruf der Initiative »Naturwissenschaftler für den Frieden«

dg 9/85

# Entwicklung und Finanzierung der Gesundheitsausgaben

Von Klaus Priester

## Den Beitrag über die Kostenentwicklung veröffentlichte der Frankfurter Medizinsoziologe im Mai. In den wesentlichen Punkten ist der Aufsatz nach wie vor aktuell.

Die jüngste Frühjahrssitzung der »Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen«, jenes Gremiums aus Vertretern der wichtigsten gesundheitspolitischen Interessengruppen, dessen zentrale Aufgabe es ist, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der Entwicklung der Gesamtwirtschaft und der Einkommen anzugleichen (»einkommensorientierte Ausgabenpolitik«), hat es erneut an den Tag gelegt: Trotz verstärkter Bemühungen verschiedener Bundesregierungen und der »Konzertierten Aktion« zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen gelingt es — mit der Ausnahme einzelner Jahre — offenbar dauerhaft nicht, die Ausgabenentwicklung in der GVK an die für die Beitragseinnahmen der Kassen maßgebliche Grundlohnentwicklung zu koppeln. (Tabelle 1)

Nach einem drastischen Rückgang des Ausgabenanstiegs 1982 und 1983 zeichnet sich für 1984 — die

endgültigen Daten sind noch nicht veröffentlicht — abermals ein deutliches Ausgabenwachstum, das über dem der Grundlöhne liegen dürfte, ab. Schätzungen des Bundesarbeitsministeriums gehen davon aus, daß die GVK 1984 und 1985 bei Ausgaben von 108 bzw. 113,6 Mrd. DM Defizite in Höhe von 3,7 bzw. 3,3 Mrd. DM einfahren wird. (»Arbeit und Sozialpolitik«, 3/1985, S. 71.) Wollte man diese erwarteten Defizite allein durch Beitragserhöhungen ausgleichen, wäre eine Anhebung der Beitragssätze um fast 0,5 Prozentpunkte auf durchschnittlich ca. 12% der Bruttoeinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze erforderlich. Dieser Durchschnittsbeitragsatz wurde, was Bundesarbeitsminister Blum damals als Erfolg seiner Bemühungen um »Kostendämpfung« verkauft hatte, 1983 vorübergehend unterschritten. Es dürfte also in den nächsten Jahren wieder eine Rückkehr zu kontinuierlich steigenden Beitragssätzen bei keineswegs steigender Qualität der Versorgungsleistungen geben, wenn vielleicht auch nicht in der genannten Höhe.

Neben den Kosten für die stationäre Behandlung in den Krankenhäusern, die man mit Hilfe des zu Jahresbeginn 1985 in Kraft getretenen Gesetzes zur Neuregelung der Krankenhausfinanzierung und einer in diesem Jahr zu erlassenden neuen Pflegesatzverordnung zumindest mittelfristig bändigen zu können glaubt, weisen insbesondere die Ausgaben für die ärztliche und zahnärztliche Behandlung sowie für Arz-

neimittel in den letzten Jahren überdurchschnittliche Steigerungsraten auf. Die Ursache für diese Entwicklung liegt trotz sinkenden Krankenstandes und geringer gewordener Patientenzahlen als Krisenfolgen in der Ausdehnung ärztlicher Verordnungen pro Krankenschein — es wurden mehr und teurere Leistungen abgerechnet — sowie in der Verordnung teurerer Medikamente und in Preissteigerungen für Pharmaprodukte bei gleichzeitig rückläufiger Zahl der Arzneimittelverordnungen und Ausweitung der »Selbstbeteiligung« gerade in diesem Bereich.

Langfristig wird die Gesundheitspolitik ohne drastische Eingriffe in die Arzneimittelversorgung und die Vergütung von ärztlichen Leistungen sowie nachhaltige strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen nicht auskommen können, wenn die Beitragssätze und »Selbstbeteiligungs«-Raten das Maß des von den Versicherten und z.B. den Gewerkschaften als wichtigen sozialpolitischen Akteuren noch Tolerierbaren nicht gänzlich übersteigen sollen.

Kurzfristig jedoch wird man sich sicherlich in der bekannten Weise behelfen: Wenn Minister Blum auch unlängst wieder verkündete, die »Selbstbeteiligung« könne nur — dies hatte ein vom Arbeitsministerium angeforderter Bericht erbracht — bedingt zur Kostendämpfung in der GVK beitragen, so ist doch nicht zu nehmendem Druck in Richtung auf Ausweitung der »Selbstbeteiligung« zu rechnen. Denn ob in den

Finanzielle Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)  
Veränderungsraten je Mitglied gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum (Werte in v.H.)

	1970 bis 1975 <sup>1)</sup>	1975 bis 1980 <sup>1)</sup>	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1. Halbjahr 84
I. Leistungsausgaben insges.	17,4	6,9	9,0	4,0	5,6	6,9	9,3	6,2	0,2	3,5	8,1
davon											
— ärztliche Behandlung	13,5	5,2	5,6	4,0	4,0	5,6	7,0	6,3	2,3	5,1	7,4
— zahnärztliche Behandlung	17,2	4,8	3,8	6,4	6,1	3,7	4,0	6,5	2,0	3,5	7,3
— Zahnersatz	36,8	10,7	26,8	0,9	4,8	11,0	11,8	9,2	-14,1	-4,6	11,8
— Arzneien aus Apotheken	14,0	6,0	8,0	1,4	6,4	5,4	8,8	7,3	0,7	4,9	6,3
— Heil- und Hilfsmittel	28,5	12,3	18,0	8,5	13,3	11,8	10,3	6,9	-4,7	3,8	14,3
— stationäre Behandlung	21,7	6,6	9,5	5,5	5,2	4,9	7,8	6,2	8,0	4,7	7,2
II. Einkommensentwicklung											
Grundlohn je Mitglied	10,9	6,2	7,5	6,7	5,0	6,2	5,4	5,0	4,4	3,8	3,0
Brutto- und Gehaltssumme je beschäftigter Arbeitnehmer	—	—	7,0	6,8	5,4	5,6	6,6	4,9 <sup>2)</sup>	4,2 <sup>2)</sup>	3,3 <sup>2)</sup>	3,5 <sup>2)</sup>
Allgemeiner Beitragssatz 1970 =	8,2	1975 = 10,43	11,28	11,37	11,41	11,26	11,38	11,79	12,00	11,83	11,45
In v.H. des Grundlohns 1975 =	10,43	1980 = 11,36									

1) durchschnittliche jährliche Veränderung.

2) vorläufige Angaben des Statistischen Bundesamtes.  
Quelle: »Bundesarbeitsblatt«, 1/1985, S. 20.



marktradikalen Papieren von Spitzenpolitikern der Union und der FDP oder in »gemäßigeren« Programmen anderer Provenienz: sowohl die weitere Herausnahme bisheriger Kassenleistungen aus der Finanzmisere durch die GVK wie auch eine stärkere zusätzliche Kostenbeteiligung an Kassenleistungen (z.B. die abermalige Erhöhung der Rezeptblattgebühr, Erhöhung der Selbstbeteiligung beim Zahnersatz usw.) stehen — neben Beitragserhöhungen — auf dem Programm der Bundesregierung. Beide Elemente der »Selbstbeteiligung« haben sich bisher ohne größere Widerstandsaktionen etwa der gewerkschaftlichen Versichertenvertreter in den Selbstverwaltungsgremien der GKV zu Lasten der Versicherten durchsetzen lassen. Und es steht zu befürchten, daß ohne die entschiedene Gegenwehr der Gewerkschaften dieser Trend auch nicht gestoppt werden kann, zumal angesichts eines im westeuropäischen Vergleich relativ hohen Standards von durch Krankenversicherungsleistungen abgedeckten individuellen Kostenrisiken im Krankheitsfall die Gewöhnung an zunächst unbedeutend erscheinende, sukzessive Ausweitungen von immer neuen »Selbstbeteiligungs«-Formen im Massenbewußtsein offenbar noch immer greift. Dabei haben insbesondere die Maßnahmen des Haushaltsbegleitgesetzes 1983 eine auch qualitativ neue Stufe der »Selbstbeteiligung« (Zuzahlung bei Kuren und Krankenhausaufenthalt) erreicht, indem bislang »ungeschorene« Sachleistungsbereiche für die »Selbstbeteiligung« erschlossen wurden. Als letztes Glied in der »Selbstbeteiligungs«-Kette fehlt nunmehr eigentlich nur noch die direkte und zusätzliche Beteiligung an den ärztlichen Behandlungskosten, was u.a. auch schon seit langem von einigen Ärztenverbänden erwogen wird.

Um so notwendiger erscheint es, sich über den tatsächlichen Umfang der »Selbstbeteiligung« genannten, zusätzlich zu den GKV-Beiträgen von den Versicherten individuell aufzuwendenden Anteile der Gesundheitsausgaben in der Bundesrepublik klarzuwerden. Denn wenn von »Kostenexplosion« und »Kostendämpfung« die Rede ist, so sind in aller Regel damit nur die Ausgaben der GKV gemeint. Diese jedoch machen nur, wie die nachfolgende Übersicht zeigt, weniger als die Hälfte aller Gesundheitsausgaben in Höhe

von inzwischen fast 208 Mrd. DM aus. (Tabelle 2)

Aus diesen vom Statistischen Bundesamt vorgenommenen Berechnungen geht zweierlei hervor: Einmal weist der Bereich der GKV als größter Posten auch die stärkste Dynamik bei den Ausgaben auf: seit 1970 haben sich seine Aufwendungen fast vervielfacht, während z.B. die »Arbeitgeberleistungen« sich nur verdoppelt haben und zudem im letzten hier erfaßten Jahr 1982 gegenüber dem Vorjahr sogar rückläufig waren. Zum anderen ist im langfristigen Verlauf eine deutliche Erhöhung des von der GKV getragenen Anteils an allen Gesundheitskosten (von 35 auf 46,1%) erkennbar, während etwa die Arbeitgeberanteile an den Gesundheitskosten deutlich (von rund 25 auf 16,5%) zurückgehen. Allerdings sinkt auch der Anteil der privaten Haushalte an der Finanzierung der Gesundheitsleistungen. Nimmt man alle Versicherungssysteme zusammen (Kranken-, Renten- und Unfallversicherung), dann wird deutlich, daß diese inzwischen fast 58% aller Gesundheitskosten aufbringen, rund zehn Prozentpunkte mehr als 1970. Auf der anderen Seite wurde offenbar (vorübergehend?) der Rückgang des Anteils der öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen im letzten hier erfaßten Jahr 1982 aufgehalten.

Die beschriebenen Tendenzen sind Ausdruck umfangreicher Strukturverschiebungen in der Finanzierung von Gesundheitsleistungen mit folgenden Hauptrichtungen:

— Die öffentlich finanzierten Anteile der Gesundheitsausgaben sind leicht rückläufig (mit Ausnahme des Jahres 1982), die unternehmensfinanzierten Anteile sinken drastisch, die durch die privaten Haushalte erbrachten Anteile sinken ebenfalls deutlich.

— Dies alles führt zusammengenommen zur Ausweitung versicherungsträgerer Ausgabenanteile, wobei insbesondere die GKV die Lasten zu tragen hat (und offenbar teilweise auch Rentenversicherungslasten aufgebürdet bekommt). Die Ursachen für diese Entwicklung liegen u.a. in der zu Beginn der 70er Jahre vorgenommenen Ausweitung des Versichertenkreises und des Leistungskataloges der GKV, wovon auch die Versicherten (privaten Haushalte) profitiert haben. Allerdings müssen ebenfalls Preis- und Struk-

turkomponenten auf der Angebotsseite (Arzthonorare, Medikamentenpreise) beachtet werden.

— Ein »Rückzug des Staates« aus der Finanzierung von Gesundheitsleistungen ist diesen Angaben zufolge allenfalls als leichte Tendenz sichtbar. Zu berücksichtigen ist nämlich, daß hier nicht nur die Gesundheitsausgaben im engeren Sinne (also die Kosten der Krankenbehandlung) erfaßt sind, sondern daß etwa Forschungs- und Ausbildungsaufwendungen sowie die Kosten für vorbeugende und betreuende Maßnahmen (z.B. Gesundheitsdienste, Pflegemaßnahmen), die überwiegend oder allein von der öffentlichen Hand getragen werden, ebenfalls in der Statistik eingehen. Würde nur etwa der Bereich der Behandlungsaufwendungen betrachtet, dann könnte sich ein anderes Bild ergeben.

— Wenn auch viele der gravierend zu Buche schlagenden Einschnitte erst nach 1982, dem letzten hier erfaßten Jahr, wirksam wurden, läßt sich nach den vorliegenden Daten der hohe Stellenwert der zusätzlich zur Steuerlast und den Versicherungsbeiträgen geleisteten »Selbstbeteiligung« der privaten Haushalte an den Gesundheitskosten ermesen: 12,8 Mrd. DM waren es im Jahr 1982, nur rund 5,5 Mrd. DM 1970. Pro Einwohner wurden 1970 rund 90 DM, 1982 aber rund 208 DM zusätzlich für Gesundheitszwecke aufgewendet. Dabei bleiben monetär nicht ausgedrückte »unentgeltlich« erbrachte Pflegeleistungen in der Familie usw. noch unberücksichtigt. Wird damit das sich aus den Angaben in Tabelle 2 ergebende Bild sinkender Finanzierungsanteile der privaten Haushalte an den Gesundheitskosten etwas relativiert, so muß bedacht werden, daß zusätzlich zu diesen rund 13 Mrd. DM 1982 noch etwa 63 Mrd. DM von den privaten Haushalten zur Finanzierung des Gesundheitswesens — das sind immerhin 36,5% der Gesamtkosten — aufgebracht wurden. (»Wirtschaft und Statistik«, 9/1984, S. 795f.) In künftigen Debatten über weitere »Selbstbeteiligungs«-Pläne sollte hieran erinnert werden.

Wir danken der Redaktion der »Blätter für deutsche und internationale Politik«, namentlich Herrn Karl D. Bredthauer, für die freundliche Überlassung zum Nachdruck.

Ausgaben<sup>1)</sup> für Gesundheit nach Ausgabenträgern

Ausgabenträger	1970	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Mio. DM										
Öffentliche Haushalte <sup>2)</sup>	9 871	16 836	18 345	19 292	20 538	22 909	23 782	26 261	28 340	30 017
Gesetzliche Krankenversicherung	24 411	51 015	60 000	65 517	68 735	73 550	79 690	88 424	94 976	95 752
Rentenversicherung	6 663	10 737	11 516	12 016	12 729	13 052	13 842	15 290	16 593	17 353
Gesetzliche Unfallversicherung	2 520	3 800	4 453	4 815	5 121	5 485	5 857	6 270	6 853	7 359
Private Krankenversicherung	3 616	5 563	6 131	6 698	6 911	7 349	8 046	8 815	9 757	10 235
Arbeitgeber	17 315	24 928	25 467	26 005	28 061	33 373	35 685	37 778	37 423	34 309
Private Haushalte	5 468	7 980	8 561	9 278	9 681	10 284	11 072	11 872	12 557	12 821
Insgesamt	69 864	120 859	134 473	143 621	151 776	166 002	177 974	194 710	206 499	207 846
Prozent										
Öffentliche Haushalte <sup>2)</sup>	14,1	13,9	13,6	13,4	13,5	13,8	13,4	13,5	13,7	14,5
Gesetzliche Krankenversicherung	35,0	42,2	44,6	45,6	45,3	44,3	44,8	45,4	46,1	46,1
Rentenversicherung	9,5	8,9	8,6	8,4	8,4	7,9	7,8	7,9	8,0	8,3
Gesetzliche Unfallversicherung	3,6	3,2	3,3	3,4	3,4	3,3	3,3	3,2	3,3	3,5
Private Krankenversicherung	5,2	4,6	4,6	4,7	4,5	4,4	4,5	4,5	4,7	4,9
Arbeitgeber	24,8	20,6	18,9	18,1	18,5	20,1	20,0	19,4	18,1	16,5
Private Haushalte	7,8	6,6	6,4	6,4	6,4	6,2	6,2	6,1	6,1	6,2
Insgesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

1) Summe der Ausgaben aller Institutionen (Gebietskörperschaften, öffentliche und private Arbeitgeber, gesetzliche und private Versicherungen, private Haushalte) im Gesundheitsbereich, bereinigt — zur Vermeidung von Doppelzahlungen — insbesondere um Zuschüsse und Erstattungen der Gebietskörperschaften an die verschiedenen Versicherungsträger und um Beiträge der Arbeitgeber und Versicherten.

2) Ohne Arbeitgeberleistungen, abzüglich Pflegeeinzahlungen (funktionale Abgrenzung).  
Quelle: Wirtschaft und Statistik, 9/1984, S. 793.

dg sprach mit dem SPD-Abgeordneten Jürgen Egert über den Pharmaspenden-Skandal, das Arzneimittelgesetz und über die Pläne seiner Partei.

# »Da stand der Lobbyist«

## dg-Gespräch mit SPD-MdB Jürgen Egert

**dg:** Herr Egert, das Arzneimittelgesetz, von der sozialliberalen Koalition 1976 verabschiedet, gilt als industriefreundlich. Die Enthüllungen des »Spiegel« über die Spendenpraxis der Pharmaindustrie legen nahe, daß es sich dabei um eine gekaufte Industriefreundlichkeit handelt.

**Egert:** Viel wirksamer als jeder Hundertmarkschein war die Tatsache, daß der jetzt wegen Juwelenraubs verdächtige Bundesgeschäftsführer der Pharmaindustrie gleichzeitig Landesvorsitzender der FDP in Rheinland-Pfalz war. Jedes Gespräch mit meinem damaligen Koalitionspartner hat sich dadurch erledigt: Wenn ich mit Herrn Scholl sprach, wußte ich, was die FDP denkt. Wir hatten damals keine Mehrheit im Bundesrat, und dieses Gesetz durchzusetzen hieß, einen Kompromiß zu finden. Alles andere, was jetzt der »Spiegel« schrieb, ist zusätzlich schlimm, war aber nicht entscheidend.

**dg:** Nun hat die Pharmaindustrie, so stand es im »Spiegel«, doch wohl auch versucht, auf andere Fraktionen Einfluß zu nehmen. Haben Sie selbst solche Versuche erlebt?

**Egert:** Die Pharmaindustrie hat die am besten organisierte Lobby in Bonn. Auch mir gegenüber — als jemandem, der der Pharmaindustrie von vorneherein kritisch eingestellt war — hat man versucht, Einfluß zu nehmen. Nicht mit Geld, sondern mit Informationen. Wir hatten kaum begonnen, uns mit dem Gesetzesverfahren auseinanderzusetzen, als schon der Lobbyist der Pharmaindustrie in meinem Büro auftauchte. So etwas habe ich bei keinem anderen Gesetz erlebt. Es wird der Versuch gemacht, durch Informationen, durch Gesprächskontakte kontinuierlichen Zugriff auch auf kritische Abgeordnete zu bekommen. Der Abgeordnete ist auf Informationen eben angewiesen — auf solche, die er bekommt, und auf solche, die er sich beschafft.

**dg:** Welche Funktion haben denn dann Ihrer Meinung nach die Wahlkampfspenden, die der »Spiegel« ans Licht brachte, gehabt?

**Egert:** Die Spenden sind der Dank für mehr als eine Leistung. Sie sollen Wohlwollen erkaufen. Wenn Sie sich den Arbeitskreis Arzneimittelwesen der CDU ansehen: das ist durchgängig eine Lobby; alle für die Pharmaindustrie interessanten Fragen sind über diesen Arbeitskreis, um es neutral zu sagen, verhandelt worden. Es gibt kein gekauftes Gesetz; es gibt gekaufte Wohlwollen.

**dg:** Im »Spiegel« war auch von einem Ihrer Fraktionskollegen die Rede.

**Egert:** Der ist erst nach dem Gesetzgebungsverfahren gekommen. Er hat einen Vortrag gehalten und gemeint, er könne bei der Pharmaindustrie dafür kassieren. Darüber kann man sehr viel nachdenken und kann zu den verschiedensten Verhaltensformen kommen.

**dg:** Im Effekt ist das Arzneimittelgesetz während der Vorbereitungsphase von Jahr zu Jahr zäher geworden. Der ursprünglich vorgesehene scharfe Wirksamkeitsnachweis für alle Arzneimittel wurde zur Farce.

**Egert:** Ich stehe hinter differenzierten Wirkungsnachweisen für homöopathische Mittel, Chemotherapeutika\* und Phytotherapeutika\*\*. Aber wir hatten das Problem eines unüberschaubaren Marktes von 60 000 Arzneimitteln. Diese Zahl drastisch zu reduzieren, hätte gelingen müssen. Es ist nicht gelungen, weil die Pharmaindustrie daran natürlich kein Interesse hat. Die Kompromisse, die wir gemacht haben, dienten dazu, den Menschen ihre Naturheilmittel zu belassen. Wir haben dazu Hunderttausende von Briefen bekommen, es hat Veranstaltungen von Tausenden von Menschen gegeben. Ich hatte da allerdings auch den Eindruck, daß das legitime Interesse von Menschen kommerzialisiert worden ist. Da ist viel Geld in Zeitungen, Flugblattaktionen usw. geflossen, es wurde indirekt Ein-

fluß genommen über Bürgerinnen und Bürger, die für ihre Arzneimittel aktiv geworden sind. Der Bundesverband der Heilmittelindustrie, der Produzenten der Naturheilmittel, stand dahinter.

**dg:** Jetzt liegt die Beweislast für die Wirksamkeit der Arzneimittel beim Bundesgesundheitsamt. Und das ist hoffnungslos überfordert.

**Egert:** Die Verantwortung ist völlig verkehrt worden, vom Hersteller auf die Behörde. Die Behörde bekommt eine merkwürdige Struktur, weil sie auf Sachverstand zurückgreifen muß, der von Interessen durchwoben ist. Das ist zwangsläufig so, denn man kann nicht — ich sage das jetzt einmal überspitzt — für 15 000 Arzneimittel 15 000 unabhängige Sachverständige finden — wobei der Begriff der Unabhängigkeit sowie so immer ein fragwürdiger ist. Es scheint mir lebensfremd anzunehmen, daß jemand, der aus einem Unternehmen kommt, nur weil er auf einer höheren Etage darüber richten soll, plötzlich die nötige Objektivität bekommt. Er muß gar nicht subjektiv böswillig sein.

**dg:** Die Pharmaindustrie monopolisiert Informationen, von denen Gesetzgeber wie Bundesgesundheitsamt abhängig sind. Wie ließe sich diesem Zustand abhelfen?

**Egert:** Nur durch wirklich unabhängige Gegeninformationen. Wir haben jetzt vorgeschlagen, ein Arzneimittelinstitut einzurichten, eine unabhängige Prüfstelle.

**dg:** Der Vorschlag ist von allen anderen Fraktionen abgelehnt worden. Sogar von den Grünen.

**Egert:** Das müssen die Grünen mit sich ausmachen. Ich sehe sonst keine andere Möglichkeit, so etwas wie Gegenöffentlichkeit zu schaffen. Sicher ist ein solches Institut kein Allheilmittel. Aber wie soll es sonst gehen?

**dg:** Ein anderes wesentliches Ziel, die Preistransparenz, ist mit dem Arzneimittelgesetz nicht erreicht worden. Auch wegen der Kompromisse mit dem Bundesrat?

**Egert:** Preistransparenz hätten wir mit dem Arzneimittelgesetz

ohnehin nicht erreicht, allenfalls eine Absenkung von rund 40 Prozent bei den Altarzneimitteln. Im Mittelpunkt des Gesetzes stand die Arzneimittelsicherheit. Das Problem der Preistransparenz, überhaupt der Preisbildung, bleibt ungelöst. Der Vorstandsvorsitzende von Hoffmann-La Roche in Basel hat mir einmal gesagt: Wir nehmen halt, was der deutsche Markt hergibt. Der hat nichts erzählt von Mischkalkulation und Währungsdisparität. Wir haben jetzt zu diesem Problem ein paar andere Gesetze in die Diskussion gebracht. Wirtschaftlich bedeutend war beim Arzneimittelgesetz vor allem die Frage nach der Haftung für Arzneimittelschäden. Wir waren dafür, daß der Hersteller haftet; im Gespräch war auch ein staatlicher Garantiefonds. Da haben wir uns durchgesetzt. Aber auch nicht, weil wir so schön waren, sondern weil Herr Lambsdorff der Versicherungswirtschaft ein Geschäft eröffnen wollte. □

**dg:** Nun steht die Novellierung des Arzneimittelgesetzes an. Die SPD schlägt vor, die Phytotherapeutika ganz aus dem Zulassungsverfahren herauszunehmen.

**Egert:** Ja. Wir wollen ein gesondertes Zulassungsverfahren für diese Mittel. Der Kompromiß, den wir damals mit FDP und CDU geschlossen haben, hat wirklich andere begünstigt.

**dg:** Was halten Sie von der Idee einer »zweiten Zulassung« für Medikamente, die von den Kassen bezahlt werden sollen?

**Egert:** Das ist eigentlich der Gedanke, der hinter unseren Vorschlag steht. Wir gehen den Weg über den Preis. Die Forderung nach Preiswürdigkeit ist meiner Meinung nach durch die Reichversicherungsordnung abgedeckt: »Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit« steht dort. Wir haben eine Selbstverwaltung, die im Prinzip verhandeln könnte, wenn sie den Rahmen dafür hätte, den wollen wir ihr geben. Kriterien sind im Prinzip seit einem Jahrhundert da. Man muß sie nur anwenden. Wir hätten dann am Ende mit einer Positivliste faktisch eine zweite Zulassung.

\* Chemotherapeutika: Synthetisch hergestellte Arzneimittel

\*\* Phytotherapeutika: Arzneimittel pflanzlichen Ursprungs



# t vor der Tür«

**dg:** Ferner fordern Sie eine Reduzierung der Arzneimittelmuster. Aber Sie fallen mit Ihren Vorschlägen dazu hinter das zurück, was ÖTV und DGB gefordert haben.

**Egert:** Das ist so nicht ganz richtig. Unser Vorschlag zur Einschränkung der Arzneimittelmuster ist der rigideste, der zur Zeit auf dem Markt ist.

**dg:** Die rigideste Lösung wäre doch das Verbot.

**Egert:** Sicher. Aber man muß dem Arzt die Möglichkeit geben, Arzneimittel kennenzulernen. Da stehen Informationsgesichtspunkte gegen das Interesse zur Kostenentlastung der Kassen. Das macht die gewerkschaftliche Position so zwiespältig. Die ÖTV in der Kassen-Selbstverwaltung ist dafür, daß die Muster bleiben, weil dann die Anzahl zu bezahlender Verschreibungen geringer gehalten wird. Der Rest der ÖTV ist da wieder anderer Meinung.

**dg:** Das Arzneimittelgesetz von 1976 hat den »Pharma-Berater« eingeführt — als praktisch einzigen, der Sachinformationen zu Arzneimitteln abgeben darf. Ihr Entwurf sieht da keine Änderung vor. Stehen da Interessen der IG Chemie dahinter, die die Pharmaberater organisiert?

**Egert:** In der gesamten Absatzförderung steckt ein nicht einmal gewinnwirksamer Kostenfaktor, der abgeschafft werden kann. Das kann ich natürlich leicht sagen als jemand, dessen Beruf nicht der eines Pharmaberaters ist. Natürlich spielt auch die IG Chemie dabei eine Rolle. Die Diskussion, die wir beim Umweltschutz gehabt haben, die haben wir hier wieder. Man muß nur aufpassen, daß man dabei die Linie nicht verliert. Aber wenn es den Pharmaberater gibt, dann besteht keine Notwendigkeit zur Werbung in diesen ganzen obskuren Zeitschriften. Wenn man die ab-

schaft, dann macht das 20 bis 40 Prozent der Kosten aus. Darauf, auf die Werbung, will ich mich konzentrieren.

**dg:** Die Vorschläge des DGB laufen darauf hinaus, daß sämtliche Publikumswerbung verboten werden soll, während die ÖTV sogar die ganze Arzneimittelwerbung verbieten will.

**Egert:** Ich würde da mit der ÖTV sympathisieren. Arzneimittel sind ein Gut, das nicht konsumiert werden soll.

**dg:** Ein solches generelles Verbot wird aber wohl auch in Ihrer Fraktion kaum eine Mehrheit finden.

**Egert:** Einige Wirtschaftsspezialisten sehen das sicher anders als ich. Aber das ist auch noch nicht zu Ende diskutiert.

**dg:** Die Durchsetzungsbedingungen für alle Verbesserungen sind noch schlechter, seit die SPD in der Opposition ist. Aber die starke Stellung der Pharmaindustrie widerspricht doch auch dem Ruf der Bundesregierung nach mehr Markt. Lassen sich möglicherweise Interessendivergenzen zwischen Pharmaindustrie und Wirtschaftspolitik der Bundesregierung für Verbesserungen nutzen?

**Egert:** Ich fürchte nein, denn wenn der Philosophie der Bundesregierung auf dem Pharma-

Markt Rechnung getragen würde, müßte alles anders sein. Die Pharmaindustrie ist einer der wenigen gewinnträchtigen Unternehmungsbereiche, und zwar seit langem, und auch jetzt prosperierend. Die Pharmaindustrie gibt nicht ein Prozent Rabatt an die Krankenkasse. Wenn wir dagegen Mercedes Benz garantieren würden, 75 Prozent ihrer Jahresproduktion abzunehmen, könnten wir sicher gute Konditionen aushandeln. Wir kriegen, wie damals bei der Preisspannenverordnung, höchstens die Zwischenglieder, die Pharmaindustrie kriegen wir nicht. Das ist ein monopolartiger Markt, der zudem prosperiert. Nach allen Marktgesetzen müßten ja gerade die Markttrenner, etwa die Schmerztabletten, immer billiger werden. Aber gerade da finden die Preissteigerungen statt. Insofern stimmt die Wirtschaftspolitik der Regierung nicht mit der Realität zusammen. Vor einer ernsthaften Krise in der Pharmaindustrie stehen die Bange-männer und Lambsdörffer — auch wenn sie ihre Namen ändern. □

**Jürgen Egert, 44,** seit Juni dieses Jahres Landesvorsitzender der Berliner SPD, ist seit 1972 Mitglied des Deutschen Bundestages. In den siebziger Jahren wirkte er für seine Fraktion bei der Erarbeitung des Arzneimittelgesetzes mit. Er gilt als Experte für den Pharmabereich und ist stellvertretender Vorsitzender des Arbeitskreises Sozialpolitik der Bundestagsfraktion.

1982 war Egert für einige Monate Parlamentarischer Staatssekretär im Arbeitsministerium. Der Abgeordnete ist Vorstandsmitglied der Aktion Psychisch Kranke und gehört dem Parteirat der SPD an.

Foto: Menzen





Die Bremer Stadtmusikanten und Marco Cavallo auf dem Bonner Münsterplatz

Foto: Th. Thelen

# Irre normal

## »Blaue Karawane« zum Psychiatrie-Kongreß

**ud — »Mal freundlich nachfragen«, was zehn Jahre Reformpsychiatrie gebracht haben, wollen Patienten und Profis bei ihrem Zug durch die Bundesrepublik.**

Eine Karawane zieht auf den Bonner Münsterplatz. Angeführt wird sie von dem blauen Pferd Marco Cavallo, der Symbolfigur für die Auflösung der Irrenhäuser von Triest. Hinter ihm her die Bremer Stadtmusikanten, die vier Kreaturen, die für unbrauchbar erklärt wurden und sich entschlossen, nach Bremen zu gehen: »Komm mit uns! Etwas besseres als den Tod findest du allemal!« Bonn ist nur eine Station auf der Reise der Blauen Karawane durch die Bundesrepublik. Es sind rund 60 Leute, Patienten, Ehemalige, psychiatrische Profis, Sozialarbeiter und Künstler. Ihr Weg führt sie von Süddeutschland in den Norden durch acht Städte und acht »Irrenhäuser« an rund 10000 Betten zur psychiatrischen Behandlung vorbei.

Sie suchen Erfahrungsaustausch und eine Antwort auf die Frage, ob und wie eine Reform der Psychiatrie in den letzten

zehn Jahren stattgefunden hat. »Wenig hat sich geändert«, meint Klaus Pramann, Neurologe aus Bremen, »es haben einige Schönheitskorrekturen stattgefunden, aber das Zentrum der psychiatrischen Versorgung bleibt weiterhin die Anstalt. In der Klinik in Wiesloch, die wir besucht haben, gibt es auch ein paar Neubauten, da sind die Gitter jetzt nicht mehr außen, sondern innen.«

Die Blaue Karawane will darauf aufmerksam machen, daß das Problem Psychiatrie noch lange nicht gelöst ist. Und sie will das Schweigen brechen, das sich zehn Jahre nach Vorlage der Enquête ausgebreitet hat. »Die Unnormalen werden immer noch ausgegrenzt, isoliert und versteckt. Es gibt zwar viele, die Hilfe benötigen, aber keinen, dem die Anstalten helfen. Deswegen muß man sie auflösen«, sagt eine aus der Truppe.

In Herborn sollte man die Blaue Karawane erst gar nicht auf das Gelände der Anstalt lassen, hatte der Träger, der Landeswohlfahrtsverband, verfügt. Die Unruhe täte den Patienten nicht gut, so die offizielle Begründung. Die Karawane wehrte sich, indem sie vor der Schranke Theater machte, im wahrsten Sinne des Wortes. Nachdem einer der Anstaltsleiter vor der Presse nach den Gründen für die Ausladung gefragt wurde, öffnete er der bunten Truppe letzt-

endlich die Türen. »Man hat deutlich gemerkt, hinter dem ganzen Machtgebaren steckt nichts als Unsicherheit«, meint Pramann.

Dabei will die Karawane vor allem zeigen, wie nahe »Verücktsein« und »Normalsein« beieinander liegen. Da kriecht ein Schauspieler vom »Théâtre du pain« über den Bonner Münsterplatz und schreit einen Mitspieler an, der sich ununterbrochen mit einer Schöpfkelle Wasser über den Kopf gießt, er solle seine bewichsten Mittelklassenneurosen nicht vor all den Leuten austoben, sondern lieber woanders hingehen. Der erklärt ihm, er würde erst mit ihm reden, wenn er vom Boden aufsteht. Eine »irre« Szene, aber ziemlich normal.

»Die Karawane ist ein lebendiges Beispiel dafür, daß Irre und Normale miteinander leben und arbeiten können«, sagt Gisela, eine Mitspielerin vom »Théâtre du pain«. »Dabei brechen auch jede Menge Vorurteile auf. Aber ich bin wirklich erstaunt, wie wenig Konflikte es in diesem Haufen gibt, obwohl die Reise selbst natürlich ziemlich anstrengend ist. Aber auch sehr schön.«

Ziel der Blauen Karawane ist Bremen, wo vom 2. bis zum 7. September der Kongreß des Internationalen Réseau\* der Alternative zur Psychiatrie stattfindet. Thema: Gesellschaft ohne

Irrenhaus. Kritik am medizinischen und psychologischen Modell. »Dort werden die traurigen Realitäten und die verlockenden Utopien auf einen Haufen geworfen«, kündigt Rainer Nathow, Psychologe aus Bremen, an.

Ein Stück Utopie versucht man in Bremen Wirklichkeit werden zu lassen. Nach einem Beschluß des Bremer Senats von 1980 wurde dort die Auflösung der Langzeitklinik Kloster Blankenburg begonnen. Mittlerweile leben 50 Patienten in Wohngemeinschaften in der Stadt, betreut und beraten von Mitarbeitern eines sozialpsychiatrischen Dienstes und unterstützt von einer Tagesstätte. Das Projekt versteht sich als »Modell zur Entinstitutionalisierung«.

So erklärt sich auch der Tagungsort des Kongresses, weil das Réseau die Psychiatrie in der ganzen Bundesrepublik in diese Richtung lenken möchte. Das Netzwerk entstand auf Initiative einiger Personen, darunter Franco Basaglia, Jean-Paul Sartre und Robert Castel. Sie gingen aus von der Erkenntnis, daß eine kritische Position zur Veränderung der bestehenden psychiatrischen Praxis nicht ausreicht, sondern daß konkrete Alternativen entwickelt werden müßten. Vielfalt war dabei das Motto: Vielfalt der Standpunkte, der Berufsgruppen und Praxisfelder.

Kritik am medizinisch-therapeutischen Modell wird auf dem Réseau-Kongreß geübt werden, kündigten die Veranstalter an. Die Bilanz von zehn Jahren Reformpsychiatrie will man nicht als Totengesang auf das Modellprogramm verstanden wissen, sondern als Einläuten eines neuen Aufbruchs. □

\* Réseau (frz.) bedeutet Netzwerk.



Na Oma,  
haben wir denn heute  
unser Breilein schon  
gegessen?



# Hat schon jemand Frau X gespritzt?

## Bei der Funktionspflege häufen sich die Fehler

**Die arbeitsteilige Funktionspflege ist nicht nur unbeliebt, sondern auch unwirtschaftlich. Zu diesem Ergebnis kam jetzt eine Untersuchung.**

Die Spatzen pfeifen es von den Dächern: die »Funktionspflege« gefällt weder dem Pflegepersonal noch den Patienten. Trotzdem schafft sie keiner ab. Zwar spricht sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in einem Beschluß vom vergangenen Jahr für das Prinzip der Ganzheitspflege aus, meint aber, es sei »derzeit nur schwer realisierbar«. Der Hauptgrund für das Festhalten an der Funktionspflege dürfte sein, daß die Verantwortlichen sich wirtschaftliche Vorteile von ihr versprechen. Das könnte ein Trugschluß sein.

»Funktionspflege« ist die Aufteilung der Pflegetätigkeiten in kleine »Verrichtungseinheiten«:

so etwa mißt eine Schwester allen Patienten der Station den Blutdruck, während ihr Kollege mit dem Fieberthermometer die Runde macht. Dieses Prinzip führt dazu, daß das Tätigkeitsspektrum der Pflegenden je nach Status aufgeteilt wird in planende und ausführende Funktionen, und es führt zu schlechter Information sowie zu Arbeit mit partiellem Charakter, bei der die Einordnung in Sinnzusammenhänge verlorengeht.

Die Alternative zur Funktionspflege wäre die »Ganzheitspflege«, die auf solche Zerlegungen verzichtet: eine Schwester versorgt eine bestimmte Anzahl Betten, und zwar mit allen pflegerischen Funktionen.

Für eine Untersuchung im Rahmen einer Doktorarbeit, die über ein Projekt mit dem ÖTV-Hauptvorstand im Zusammenhang stand und die von der gewerkschaftseigenen Hans-Böckler-Stiftung gefördert wurde, wurden 91 erfahrene Pflegekräfte befragt. Ergebnis: gegenüber dem traditionellen Typ der

Funktionspflege scheint bei der heute üblichen Variante zwar das »Rapportsystem« — Einzelaufträge jeweils mit nachheriger Rückmeldung — verschwunden; auch ist die Verteilung von Informationen etwas besser. Arbeitsabsprachen sind möglich, wenn auch meist nur darüber, wer welche Runde übernimmt.

Nach wie vor aber sind bei der »Stationsschwesterwirtschaft« die Spielräume des normalen Personals für Entscheidung und Kontrolle stark eingeschränkt. Die Stationsleitungen sind mit Koordinationsaufgaben überlastet, und zwar mit Fortschreiten der medizinischen Entwicklung immer mehr. Zwar gibt es keine systematische Arbeitsteilung — Funktionspflege ist keine Fließbandpflege —, aber die Tendenz dahin. Das muß auch an betriebswirtschaftliche Grenzen stoßen.

Bei der Funktionspflege kritisierten die Befragten fehlende Verantwortung, mangelnde Informiertheit, Monotonie und Sinnentleerung:

»Wenn man bei 30 Patienten Blutdruck machen muß, wird das stupide, während wenn man nur bei sechs oder sieben Blutdruck machen muß und weiß, was bei diesen Patienten speziell zu beachten ist, dann gewinnt das eine ganz andere Wertigkeit.«

Ein zweiter Schwerpunkt der Kritik: die Normen der Berufsausübung werden nicht berücksichtigt:

»Ich würde so argumentieren, daß jeder Patient irgendwo einen ganz fundamentalen Anspruch darauf hat, ganzheitlich versorgt zu werden.«

Nach Ansicht der Teilnehmer wirken diese Aspekte der Tätigkeit bei der Ganzheitspflege umgekehrt sogar motivierend:

»Ja, in B kannst du doch selbst organisieren. B ist toll. Wenn das so laufen würde...«

Die Verantwortlichen stellen sich vermutlich vor, bei der Arbeitsteilung und starker Kontrolle komme es zu Rationalisierungseffekten. Bei der Rundenpflege treten jedoch durchaus zeitökonomische Nachteile auf: es entstehen unnötige Wegzeiten, ablaufbedingte Überschneidungen und Wartezeiten. Der Koordinationsaufwand steigt und ist teilweise nicht mehr zu bewältigen. Ständige Nachfragen gehören zum Arbeitsalltag: »Hat jemand schon Frau X gespritzt? Gehen Sie doch mal fragen, ob schon jemand...« Häufig werden Patienten, die für eine Verrichtung vorgesehen sind, auch einfach verwechselt. ►



»Ich habe das besonders oft erlebt: ein Patient soll untersucht werden oder operiert werden; jemand anders teilt das Essen aus und gibt dem zu essen, oder der Patient ist nicht aufgeklärt, daß er nichts essen darf. Und der Patient ißt, und die OP muß verschoben werden.«

Für die Funktionspflege besonders charakteristisch sind Fehler, die aus unklaren Zuständigkeiten bei hoher Arbeitszerlegung herrühren. Ihnen läßt sich nicht etwa dadurch abhelfen, daß im voraus Aufträge erteilt werden (»bessere Planung«), sondern so, daß verantwortliche Bereiche für die Pflegekräfte geschaffen werden, für die sie einen Überblick gewinnen und wo sie Verantwortung und Eigenkontrolle übernehmen können — wie bei der Ganzheitspflege. Das würde auch die Motivation steigern.

Schlußfolgerungen:

- Zur Humanisierung der Arbeit wären Modellversuche mit Ganzheitspflege einzurichten, die auch geeignete Instrumente gegen mögliche neuartige Belastungen und Überforderungen zur Verfügung stellen müßten.
- Auch aus Kostengründen — dem einzigen Argument, für das Arbeitgeber zugänglich sind — erscheint die Funktionspflege änderungsbedürftig. Effektivität und Effizienz werden durch mangelnde Zeitökonomie und Pflegefehler geschmälert. Außerdem dürften die — kostenwirksame — hohe Fluktuation und kurze Verweildauer im Pflegeberuf mit mangelnder Motivation durch die Funktionspflege zu tun haben.

Bisher »war« einfach Funktionspflege: Verantwortliche, Befürworter ließen sich nicht finden. Man will offenbar den Eindruck erwecken, es sei eine Frage der inneren Einstellung der Pflegepersonals, der ständigen Personalknappheit oder der ungünstigen Bausubstanz der Kliniken, welche Form der Arbeitsorganisation gewählt wird. Hierfür müssen die Arbeitgeber eindeutig die Verantwortung übernehmen, so daß mit einer zuständigen Stelle des Managements auch darüber verhandelt werden kann. *Thomas Elkeles*

Thomas Elkeles hat früher als Krankenpflegehelfer und als Krankenpfleger gearbeitet. Jetzt schloß er eine medizinsoziologische Doktorarbeit zur Arbeitsorganisation in der Krankenpflege ab. Interessenten können zum Selbstkostenpreis (voraussichtlich 25 bis 30 Mark) ein Exemplar beim Autor bestellen. Anschrift: Dudenstr. 26, 1000 Berlin 61.

# »Töchter rechtzeitig verheiraten«

## Alfred Grotjahn trat für den Paragraphen 218 ein

**Alfred Grotjahn, in der Weimarer Republik Begründer der Sozialhygiene, wird bis heute in der Fachwelt hochgeschätzt. Die stockkonservativen Ansichten des Arztes zur Frauenemanzipation sind wenig bekannt.**

»... zweifellos würden unzählige außerhäuslich berufstätige Frauen und Mütter lieber zu Hause bleiben und sich der Hauswirtschaft und der Kinderaufzucht widmen, wenn ihnen jedes Kind einen bescheidenen Zuwachs des Familieneinkommens statt wie gegenwärtig eine erhebliche Mehrausgabe brächte.« Kein Zitat aus Heiner Geißlers Stiftung »Mutter und Kind — zum Schutz des ungeborenen Lebens«, sondern aus einem Buch des Sozialhygienikers Alfred Grotjahn aus der Zeit der Weimarer Republik

In der Diskussion um die Arbeiten Alfred Grotjahns, der die gesundheitspolitische Diskussion in der Weimarer Republik ein ganzes Stück weit mitbestimmt hat, ist in letzter Zeit die Überbetonung des sozialdemokratischen Sozialhygienikers (Tutzke) einer Sichtweise gewichen, die den sozialdarwinistischen Eugeniker (Roth) stärker in den Vordergrund rückt.

Seine Ablehnung gegenüber der Freigabe des Paragraphen 218 oder der Einführung einer sozialen Indikation (die medizinische sowie eine eugenische Indikation fanden seine Zustimmung) begründete Grotjahn in erster Linie mit bevölkerungspolitischen Argumenten. Weitere Gründe waren die auch heute wieder bemühten Hinweise auf die Gefährlichkeit des Eingriffs, die Benutzung der Abtreibung anstelle von Verhütung und ein Ansteigen der Schwangerschaftsabbrüche »ins Uferlose«.

Grotjahn sieht zwar ein, daß es »in der Tat ... nicht zu leug-

nen ist, daß bei der Durchführung des Vorschlags (gemeint ist hier die Abschaffung des Paragraphen 218) die absichtlich hervorgerufene Fehlgeburt den ihr gegenwärtig noch anhaftenden Fluch und die so gefährliche Heimlichkeit des Verfahrens verlieren würde. Gewiß würde damit die Bahn für ärztliche Betätigung unter allen Vorsichtsmaßnahmen freigemacht und zahlreiche Todesfälle infolge fehlerhaft angewandter Methoden vermieden werden. Aber es stehen doch gewichtige Bedenken einer derart übertriebenen Rücksichtnahme auf das freie Selbstbestimmungsrecht des einzelnen entgegen. Die Vorstellung, daß das keimende Leben ohne stichhaltigen Grund einfach infolge einer Laune oder Bequemlichkeit geopfert werden kann, sollte hinreichen, um der Frucht eine strafgesetzlich festgelegten Schutz auch fernerhin angedeihen zu lassen.«

»Überflüssige Prüfungen« halten von der Kinderaufzucht ab

Auch befürchtet Grotjahn, die Straffreiheit der Abtreibung würde »... wie eine Aufforderung wirken.« Die Schwangere wie auch der Arzt würden durch die Aufhebung der Strafbarkeit eines letzten und wichtigsten Abwehrmittels gegen die Zumutung der Abtreibung beraubt.

Grotjahn traut also weder der Frau noch dem Arzt zu, bewußt und selbständig eine Entscheidung zu fällen, jedenfalls nicht dann, wenn sie für eine Abtreibung steht. Besonders einem Bestimmungsrecht der Frau an ihrem Körper steht er ablehnend gegenüber. Aus seiner Argumentation wird deutlich, daß die Frau für ihn eher ein unmündiges, unselbständiges Wesen ist, über das am besten der Staat und der Arzt bestimmen. »Das freie Selbstbestimmungsrecht ist hier überhaupt recht fragwürdig. Kann man von einem solchen sprechen, wenn Gefühle


mannigfaltigster Art auf die Frau einströmen und sie zum Spielball der Suggestionen ihrer Angehörigen machen, wie das bei der ersten Schwangerschaft und namentlich einer solchen, die vor der Ehe eintritt, der Fall ist?«

Seine größte Sorge galt jedoch dem ständig steigenden Geburtenrückgang und den Auswirkungen, die die Freigabe des Paragraphen 218 darauf haben würde. »Die völlige Freigabe würde den Geburtenrückgang ruckartig steigern.« Obwohl die Zahl der Abtreibungen trotz der Strafandrohung ungeheuer hoch gewesen sein muß, scheint Grotjahn immer noch an die Wirkung des Gesetzes zu glauben. »Die technische Möglichkeit«, so unterstellt er erst einmal, »die für die Lebensführung der verheirateten Frau ausschlaggebende Kinderzahl zu beschränken, ist den Frauen so überraschend gekommen, daß sie diese Möglichkeit zunächst hemmungslos und ohne Rücksicht auf die Folgen für das Gesamtwohl der Bevölkerung ausnutzen.« Und weiter: »Es ist also dringend notwendig, Gegenvorstellungen im weiblichen Bewußtsein zu erwecken und das Verantwortungsgefühl und Gewissen nach dieser Richtung hin zu schärfen.«

In diesem Zusammenhang verurteilt Grotjahn die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen, die er nur als Ausnahme gelten lassen will. Seiner Meinung nach »kann die außerhäusliche Erwerbstätigkeit der Mütter in Zukunft nicht lediglich Privatsache bleiben oder dem freien Spiel der wirtschaftlichen Kräfte überlassen werden, sondern muß der öffentlichen Kontrolle unterstellt werden.« Grotjahn: »Selbst ein vollständiges Verbot der außerhäuslichen Berufstätigkeit für die Ehefrauen in den ersten beiden Jahrzehnten der Ehe würde sich hier rechtfertigen lassen, mit dem allerdings dann für die Mütter, die es nötig haben, ein Anspruch auf Ersatz für den entgangenen lebensnotwendigen Verdienst aus öffentlichen Mitteln verbunden werden müßte.«



„Törichte Gleichmacherei  
der beiden Geschlechter  
muß aufgegeben werden.“

A black and white portrait of a middle-aged man with a full beard and mustache. He is wearing a dark suit jacket over a light-colored shirt and a dark tie. The man is looking slightly to the left of the camera with a serious expression. The background is a plain, light color.

Jahrelange Ausbildung, »überflüssige Prüfungen«, langes Anwärtertum und »Ersitzen« von Rechten auf Beförderung und Pension halten nach Grotjahn viele Frauen von Ehe und Kinderaufzucht ab. Auch »der Umstand, daß sie fast die gleichen Gehälter beziehen wie die Männer, obgleich sie keine Familie zu versorgen haben, erhöht die Tendenz, unverheiratet zu bleiben, weil sie sich dadurch wirtschaftlich verschlechtern.« »Bei einigem guten Willen und eugenischem Verständnis«, meint Grotjahn, »ließe sich dieser Übelstand leicht ändern. Es müßte nur die törichte Gleichmacherei der beiden Geschlechter aufgegeben werden.«

»Gegenvorstellungen  
im weiblichen Be-  
wußtsein erwecken«

Eine besondere Rolle hat Grotjahn dabei der Frauenbewegung zugeordnet. Ihre wahre Aufgabe sei nicht die Er kämpfung von Berechtigungen zu be rufen, die früher ausschließlich Männern vorbehalten gewesen seien. Der »eigentliche Kern der Frauenfrage ist hierdurch kaum be rührt worden. Dieser besteht nach wie vor in der wachsenden Unm öglichkeit, die T öchter nicht nur des Mittelstandes son der aller St ände rechtzeitig an M ännner verheiraten zu k önnen, welche eine Familie ernähren k önnen.«

Die ideelle Stärkung des Willens zum Kind sollte ergänzt werden durch Maßnahmen materieller und wirtschaftlicher Art, die soziale Notstände durch Hilfeleistungen seitens des Staates, der Gemeinden und Versicherung beheben würden. Grotjahns immer wieder vorgeschlagene Elternschaftsversicherung für die große Schicht der Lohnarbeiter mit einer vom ersten Kind an fälligen Rente sollte auch den Problemen der Arbeitslosigkeit und der Landflucht entgegenwirken. Er war sich sicher, daß Frauen und Mütter lieber zu Hause bleiben und sich dem Haushalt und der Kinderaufzucht widmen würden, wären nur ihre wirtschaftlichen Probleme gelöst. »Dadurch würde der Arbeitsmarkt von heutigem Überangebot der

Grotjahns Einstellung zum Paragraphen 218 ist sehr widersprüchlich. Einerseits lehnt er die Freigabe rigoros ab, anderer-

seits plädiert er dafür, »daß das Strafmaß von seiner jetzigen barbarischen Höhe auf ein vernünftiges Maß herabgesetzt wird.« Ihm kommt es offensichtlich nicht darauf an, daß eine große Zahl von Abtreibungen zur Aburteilung gelangt, sondern daß die Abtreibung als Straftatbestand im Strafrecht verankert bleibt. Seine »schroffe Ablehnung« der sozialen Indikation hat er etwas modifiziert, nachdem ihm ein norddeutscher Arzt 1931 anonym seine Karteothek aller in einem Jahr vorgekommenen Fälle im Zusammenhang mit dem Paragraphen 218 zugesandt hatte. Grotjahn hat diese Karteothek gesichtet, bearbeitet und als Buch herausgegeben. Die Veröffentlichung war umso spektakulärer, als jetzt zum erstenmal die Abtreibungspraxis der Zeit mit Zahlen und Daten belegt werden konnte. Er selbst hat unter dem Eindruck der Karteikarten zugegeben, daß unter den damaligen Zuständen und besonders angesichts der übergroßen Arbeitslosigkeit eine Ablehnung der sozialen Indikation nicht mehr aufrecht erhalten werden konnte.

Trotzdem bleibt seine Sicht der betroffenen Frauen rein biologistisch. Ihre natürliche und daher auch gesellschaftliche Aufgabe ist vor allem die Aufzucht von Kindern. Und obwohl er das für eine große und wichtige Aufgabe hält, findet er es völlig unwichtig und eher gefährlich, Frauen eine gute Bildung zuteil werden zu lassen.

Die Diskussion um den Paragraphen 218 ist auch ein halbes Jahrhundert nach Grotjahns Eintreten gegen eine Freigabe des Paragraphen, seiner Angst vor einem zunehmenden Geburtenrückgang, seiner Biologisierung der Frau, ihrer Einengung auf ihre Gebärfähigkeit und die Reduzierung der sozialen Indikation auf wirtschaftliche Probleme noch keinen Schritt über diese Argumentation hinausgekommen.

*Verena Steinecke-Fittkau*

Verena Steinecke-Fittkau studiert Sozialwissenschaften bei Prof. Gine Elsner an der Universität Bremen und hat soeben ihre Diplomarbeit abgeschlossen.



# Abrakadabra

## »Bedarfsformel« zaubert Betten weg



### Ein Gutachten zur Krankenhaus-Bedarfsplanung empfiehlt Bettenabbau. Das Ergebnis ist in der Methode angelegt.

Im Juni 1984 beauftragte das Stuttgarter Sozialministerium die Dornier System GmbH, eine Tochter der Rüstungsfirma, mit einem Gutachten zum Krankenhausbedarfsplan, der bis 1995 fortgeschrieben werden soll. Im Dezember lag das Ergebnis vor: die Bettendichte, so der Vorschlag der Gutachter, soll von 67,5 pro zehntausend Einwohner im Jahr 1982 auf 55,8 im Jahr 1990 und schließlich 54,5 (1995) sinken — insgesamt ein Abbau von 19,3 Prozent der Betten. Das Ergebnis ist in der Methode der Berechnung angelegt.

Von vorneherein definieren die Gutachter Krankenhauspla-

nung nicht als Befriedigung eines Bedürfnisses, sondern als staatlichen Gewaltakt: es sei prinzipiell unmöglich, einen objektiven Bedarf an Krankenhausbetten festzustellen. »In diesem Sinne kann«, so die Gutachter, »auch nicht von Krankenhausbedarfsplanung die Rede sein, sondern eher von der Festlegung eines Bettenangebotes«. Das Gutachten legt fest, »was als Bedarf gelten soll«.

Ausgangspunkt dafür ist die »Bettenbedarfsformel«, nach der sich die Anzahl der Planbetten aus dem Verhältnis von Krankenhauseinweisungen und Verweildauer zu den »Nutzungstagen«, also der Auslastung der Betten, errechnet. Diese Gleichung gilt zwar immer. Sie sagt aber nichts darüber aus, welche ihrer Größen konstant und welche variabel, welche Ursache und welche Wirkung sind. Sind genügend Betten vorhanden — so daß nur medizinische Gründe für Zahl und Dauer der stationären Behandlung den Ausschlag geben — so ist die Bettenausla-

stung die unabhängige Variable. Herrscht dagegen Bettenmangel, so werden die Betten bis zur Maximalgrenze ausgelastet und die Patienten schneller durchgeschleust. In diesem Fall ergeben sich Verweildauer und Bettenauslastung aus der Zahl der Einweisungen und der Betten.

Und diese letztere Interpretation der Bettenformel scheint am ehesten der Wirklichkeit zu entsprechen: Die Bettenzahl ist, gemessen an der Einwohnerzahl, zwischen 1963 und 1980 praktisch konstant geblieben, während die Patientenzahl stetig zunahm — besonders schnell seit 1973. Entsprechend mußte die Verweildauer abnehmen — wenn schon die Bettenzahl nicht erhöht wurde. So geschah es denn auch.

Die Gutachter tun nun so, als seien Verweildauer und die Häufigkeit der Einweisungen zwei voneinander — und von der Bettenzahl — unabhängige Größen, die jede für sich ihren eigenen »Trend« hätten, den man einfach, vermittelt eines Lineals, in die Zukunft »fortschreiben« könne, um daraus die künftige Bettenzahl zu errechnen. Damit verlängern sie schlicht die vergangene Kostendämpfungspolitik »wissenschaftlich« bis 1995.

Dieses Vorgehen führt zu einigen methodischen Problemen. So erhalten die Gutachter anfänglich für einzelne Fachabteilungen negative Verweildauern im Jahr 1995. Auf deutsch: die

Patienten würden vor ihrer Aufnahme entlassen. Das zwingt zu geringfügigen Korrekturen.

Beim Vorausschätzen der Patientenzahlen hingegen erhalten die Dornier-Leute mit ihrer Trendmethode zu hohe Zahlen. Denn logischerweise ergibt eine Verlängerung der bisherigen Tendenz auch für die Zukunft konstante Bettenzahlen. Auftrag des Gutachtens ist aber *Bettenkürzung*. Also korrigieren die Dornier-Wissenschaftler ihre Trendergebnisse nach unten. Dazu bedarf es einer zweiten Methode: der »Expertenbefragung«.

Diese Methode in Fachkreisen nach dem griechischen Orakel auch als »Delphi-Methode« bekannt, besteht darin, daß eine Reihe von Fachleuten, hier etwa leitende Ärzte, darüber befragt werden, wie sie sich denn wohl die weitere Entwicklung der Patientenzahlen denken. Errechnete 696 Chirurgie-Aufnahmen für 1995 werden so zum Beispiel nach der »Expertenbefragung« auf 600 bis 625 korrigiert. Obwohl den befragten Ärzten, meist auch zugegebenermaßen, jegliche demographischen Kenntnisse für ihre »Prognosen« fehlen, nehmen die Gutachter sie zum Anlaß, ihre eigene Berechnung für 1995 um 15 Prozent nach unten zu korrigieren. Ergebnis: die Bettenzahl darf sinken.

Zum Jahresende, wenn die Umsetzung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Landesebene ansteht, wird das Gutachten im Stuttgarter Landtag behandelt werden. In der ÖTV wird an einer Kritik der Regierungspläne gearbeitet. Der Landesarbeitskreis Gesundheit der Grünen plant für den 6. Oktober ein Wochenendseminar, zu dem alle Interessierten eingeladen sind. (Siehe »Termine«, S. 9). *Wolf Steinbrecher*

Wolf Steinbrecher ist Programmierer an der Universitätsklinik Freiburg und promoviert über die Sterblichkeitsentwicklung in der Bundesrepublik.

### Die Bettenbedarfsformel

$$PB = \frac{KH \times VWD}{N}$$

PB = Planbettenzahl pro 10 000 Einwohner

KH = Krankenhauseinweisungen pro 10 000 Einwohner und Jahr

VWD = Verweildauer

N = Nutzungstage eines Krankenhausbetts im Jahr



# Preß-Wehen

## Medizinpublizistik in der Krise?

**nm - 448 medizinische Fachzeitschriften wurden im letzten Oktober gezählt. Jetzt kommt die dritte Tageszeitung. Sind die Grenzen des Wachstums erreicht?**

Vom 2. September an können die Ärzte als einziger Berufsstand unter drei auf sie speziell zugeschnittenen Tageszeitungen auswählen. Der Grund für diese einmalige publizistische Versorgung ist freilich nicht in einem besonders großen Informationsbedürfnis dieser Gruppe zu suchen. Das Geheimnis liegt im Heilmittelwerbe-gesetz (HWG), das Reklame für rezeptpflichtige Arzneimittel nur im Fachpublikum erlaubt. Solcher Beschränkung unterliegt ausgerechnet ein Industriezweig, der ohne Mühe auch auf dem allgemeinen Anzeigenmarkt hervorragend bestehen könnte: die Pharmaindustrie.

Nachdem in den letzten Jahren unter den jährlich fünf Zentnern Papier, die ein Arzt durchschnittlich erhält, immer mehr vierfarbige Freizeitsmagazine — zu Reise, Wohnen, Auto, Feinschmeckerei — zu finden waren, die im redaktionellen Teil gar nicht mehr versuchten, Bezug zum Fachpublikum herzustellen, griff 1982 ein Verlag aus Neu-Isenburg eine französische Idee auf: Seither erscheint täglich außer samstags die *Ärzte Zeitung*. Dort werden die Angebote der Nachrichtenagenturen auf für Ärzte Interessantes ausgewertet; gesundheitspolitische Kommentare spiegeln vor allem den Niedergelassenen unter den Lesern ihre meist rechten Überzeugungen getreulich zurück; ein hochkarätiger »wissenschaftlicher Beirat« kümmert sich um medizinisch aktuelle Themen und sorgt für die Reputation.

Trotzdem: von den 50000 Exemplaren, die täglich gedruckt werden, gehen nur 3900 an zahlende Abonnenten. Den Rest, mehr als 90 Prozent, verschickt der Verlag umsonst. Das kann er sich leisten, denn er verfügt mit seinem Blatt über stattliche neun Prozent des Anzeigenvolumens aus dem Pharmabereich.

Der Erfolg ließ die Konkurrenz nicht ruhen. Im Frühjahr kündigte der MMV-Verlag, Herausgeber der *Münchner Medizinischen Wochenschrift* und zum Bertelsmann-Konzern gehörig, die Gründung einer *Täglichen Zeitung für den Arzt* an und warb in der Tagespresse um journalistische Mitarbeiter. Anfang Juli, als die Verträge bereits unterschrieben waren, wurden die Münchner aus der Konzernzentrale zurückgepfiffen: keine *Tägliche Zeitung* von Bertelsmann.

Anfang Mai avisierte der Verlag der *Ärzte-Zeitung*, wohl aufgeschreckt durch das Bertelsmann-Projekt, noch für den gleichen Monat ein zweites Tageblatt, *Arzt heute*, das seit Ende Mai im Boulevardstil mit Balkenüberschriften à la »Bild« Kunden sammelt.

Ebenfalls im Mai erblühte das bis dahin eher still geplante Projekt einer *Neuen Ärztlichen — Allgemeinen Zeitung für Klinik und Praxis*. Väter des Blattes sind der marktbekannte Perimed-Verlag Dr. Dietmar Straube und die *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. Eine Nullnummer erschien im Juni, der regelmäßige Vertrieb beginnt in diesen Tagen. In der FAZ-Redaktion scheint die kleine Schwester wenig Freunde zu haben. Als der FAZ am 10. Mai zukam, das Projekt zu melden, bot sie die ganze Steifheit auf, derer sie fähig ist: Die Redaktion des neuen Blatts, hieß es im strengen Nachrichtenstil, werde »streng getrennt« von der FAZ arbeiten.

Verleger Straube sieht das offenbar anders. »Warum sollten die Redakteure der FAZ, wenn sie Lust dazu haben oder gebeten werden, nicht für die *Neue Ärztliche* schreiben?« fragte er sich gegenüber der *Süddeutschen Zeitung*.

Der Grund für die Zurückhaltung der FAZ-Redaktion liegt wahrscheinlich im Mißtrauen gegenüber der in der Werbung betonten »Unabhängigkeit« des Tageszeitungsprojekts. Das Blatt wird nicht nur auf die praktische Hauszustellung der FAZ zurückgreifen, sondern wohl auch von deren Renommee zehren: es wurde mittlerweile in *Ärztliche Allgemeine* umgetauft; Redaktionssitz soll Frankfurt sein.

Unabhängigkeit, höchste Tugend der Journalistenethik, ist in der medizinpublizistischen Szene ein Reizwort. Im Verbandsorgan des Deutschen Journalistenverbandes schrieb sich ein Insider seinen Frust von der Seele: »Mancher Verleger und Redakteur prostituiert sich lieber, als hier und da auf einen Anzeigenauftrag zu verzichten, getreu dem Vertreter-Motto 'lieber Porno als Storno'.« Der Journalist zitierte Briefe, in denen Pharmafirmen das verbotene Kopplungsgeschäft zwischen Anzeigen und redaktionellen Beiträgen anbieten und, bei Weglassung selbst eingesandter Beiträge, deren Veröffentlichung energisch anmahnen.

Dr. Jochen Aumiller, Chefredakteur der *Münchner Medizinischen Wochenschrift* und designierter Chef der zurückgezogenen *Täglichen Zeitung*, wird

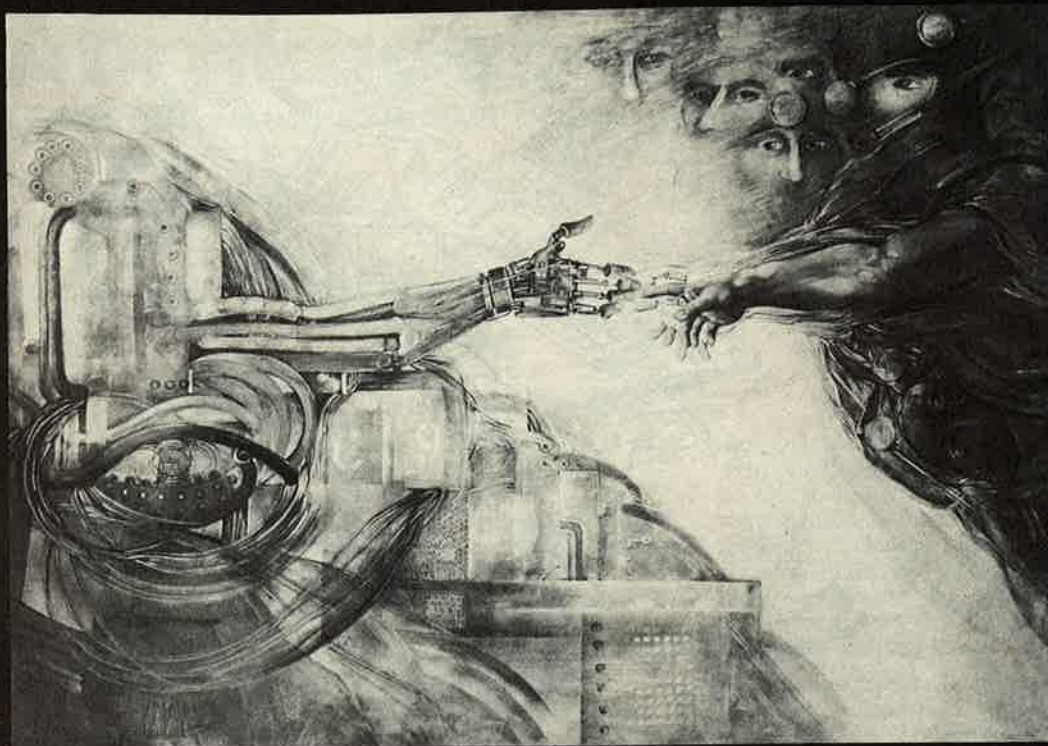
mit den sybillinischen Worten zitiert: »Der neuralgische Punkt der deutschen medizinischen Fachpresse ist ihre tatsächliche oder vermeintliche Industrieabhängigkeit.« Die PR-Kollegen in Pharma-Diensten wurden da schon einmal deutlicher. Im Brief an eine Zeitschrift: »Wir würden uns daher freuen, wenn Sie im Interesse der Firma XY, die Ihnen als Inserent nicht unbekannt sein dürfte, durch eine angemessene Veröffentlichung gefällig sein könnten.«

Ob es auf dem Pillenblättermarkt weiter so munter zugehen wird, ist fraglich. Zu offensichtlich sind die Firmenkontakte, zu zahlreiche die Publikationen, zu gering auch wohl die Werbewirksamkeit. Insider munkeln, Bertelsmann habe sein Projekt möglicherweise auf einen Wink aus Pharmakreisen zurückgezogen. Zudem ist das Geschäft mit den vornehmen Anzeigenblättern zunehmend ins Gerede gekommen. Der AOK-Bundesverband mutmaßt, für die Werbung gehe eine halbe Milliarde drauf — Kosten, die die Versicherten über die Arzneimittelpreise bezahlen. Kürzlich errechnete der Verband der Angestellten-Krankenkassen, daß pro Arzt 2000 Mark im Jahr allein für Porto ausgegeben werden. Sollte die Pharmaindustrie mit Sparparolen unter Druck geraten, so käme ihr ein symbolisches Opfer bei den Werbeausgaben möglicherweise recht. Eine Marktberreinigung ist eh überfällig.

Denn wer das alles bezahlen soll, ist zwar klar. Aber wer soll das alles lesen? □







Ein verfremdeter Klassiker: Michelangelos »Erschaffung Adams« aus der Sixtinischen Kapelle (Akbar Behkalam, Erschaffung, 1983): Gott ist es, der die Maschine zeugt, am Menschen vorbei.

# Kegel, Kugeln, Quader, M

**ud — Die Veränderung fremder Kulturen glaubt man beurteilen zu können — mit dem distanzierten Blick des Außenstehenden. Die der eigenen Kultur nimmt man kaum wahr, weil die Maßstäbe der Beurteilung sich selbst laufend verändern.**

**Die technische Innovation hat die Arbeitszeit, die zur Produktion der Bedarfsgüter notwendig ist, beständig gesenkt, ohne daß die Abnahme proportional verteilt worden wäre. Kurzbeschäftigung und Arbeitslosigkeit sind die Folge.**

**Der produzierende Mensch bewegt sich Tag für Tag in einem technologischen Park, ohne seine Tätigkeit wirklich überblicken und steuern zu können.**

**Die Technik steht ihm als etwas Fremdes gegenüber.**

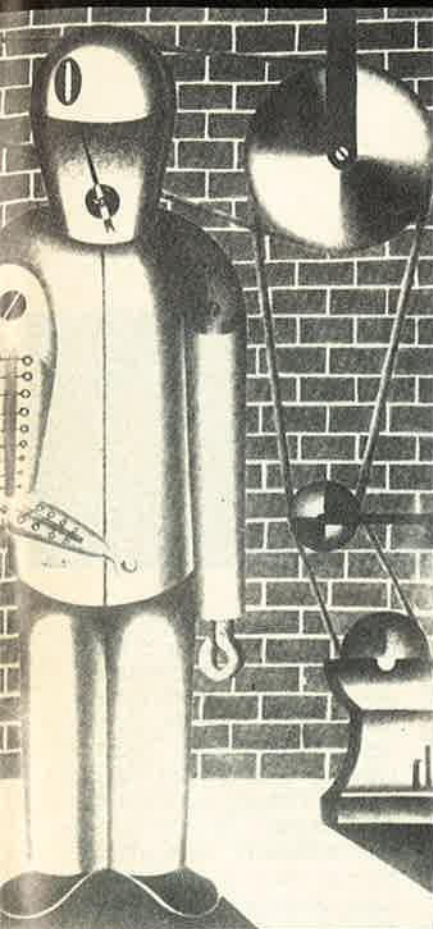
**Die Ausstellung »Rationalisierung«, die 1984 in Berlin (West) zu sehen war, gibt einen Überblick über die veränderten Produktionsverfahren.**

**In der künstlerischen Darstellung degeneriert der Mensch zum Schraubchen in der Maschine oder rückt vollends von ihr ab. Nicht der Mensch beherrscht die Apparate, sondern die Apparate den Menschen.**

**Die Ausstellung schärft den Blick für die Veränderung, die sich durch die Technisierung vollzogen hat. Der gesellschaftliche Fortschritt hinkt dem der Technik hinterher.**







Der »Fabrikarbeiter« von Heinrich Hoerle (1922) ist ein Roboter, dessen körperliche Merkmale auch im Aussehen von ihrer Funktion bestimmt sind: der Mensch als Maschine, metallisch, geometrisch. Wie Hoerle malten damals viele.

»Der Wanderer über dem Nebelmeer« heißt das Ölgemälde von Jürgen Waller (1983) nach Caspar David Friedrich. Der »Wanderer« schaut sich die Produktion an: als quasi selbstlaufende Maschine, die die Stelle der Natur in Friedrichs berühmten Bild einnimmt.



## Menschen



Michael Fischer: Arbeitsunfall mit roter Schranke (1974). Im Zentrum des Geschehens, in der Zerstörung, vermischen sich Mensch und Gerät. Nicht bruchlose Anpassung wie bei Hoerle, sondern Gewalt, Chaos und Schmerz bestimmen den Prozeß.



Kegel, Kugeln, Quader auf dem Zaun gemalt (Gerd Arntz, 1924): Die Menschen erhalten ihre Umrisse vom Hintergrund, der sie nicht entläßt. Eigene Umrisse haben nur die Produktionsanlagen hinter dem Zaun.



# Dr. med. Computer Arzt für Diagnostik

**Sprechstunden:  
Mo.-So. 0-24 Uhr**

**Auf allen Ebenen  
schreitet die Compu-  
terisierung des Ge-  
sundheitswesens vor-  
an. Die Auswirkungen  
werden verschieden  
beurteilt.**

In der Computerbranche klin-  
geln die Kassen: Jetzt wird der  
Patient verdatet. Praxiscompu-  
ter bei den niedergelassenen  
Ärzten, Kommunikations-Netz-  
werke in den Krankenhäusern,  
»Transparenzprojekte« bei den  
Kassen — der Anfang ist schon  
gemacht. Droht der gesundheits-  
politische Orwell-Staat?

Geschäfte machen ließen sich  
auf dem Weg dorthin allemal.  
Ein Vertreter des marktführen-  
den Unternehmens berichtete  
auf einer Tagung der Evangeli-  
schen Akademie Bad Boll, daß  
sich die Auftragseingänge seines  
Hauses für Datenverarbeitungs-  
anlagen im Gesundheitswesen  
seit 1982 durchschnittlich um gut  
68 Prozent gesteigert hätten.

Im Krankenhausbereich wur-  
den und werden Computer bis-  
lang vor allem in der Verwaltung  
eingesetzt. Klassische Anwen-  
dungsfelder: Patientenaufnah-  
me, Leistungsabrechnung, Fi-  
nanz-, Personal-, Apotheken-  
buchhaltung usw.

Aber die Computerbauer ha-  
ben noch große Pläne. In der  
Zukunft sehen sie auch im Ge-

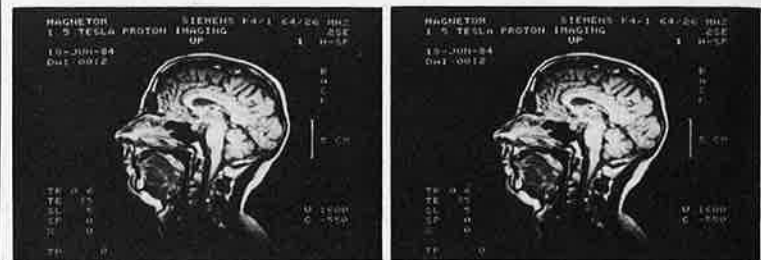
sundheitswesen die Anwendung  
von Spracherkennungssyste-  
men, die Digitalisierung von  
Bildinformationen, womit etwa  
der Röntgenfilm überflüssig  
würde, den Ausbau von Netz-  
werken und Datenübertragungs-  
kapazitäten. Ihre kühnste Vi-  
sion: Entwicklung und Einsatz  
von sogenannten selbstlern-  
enden Expertensystemen, also  
Computerprogrammen, die das  
Erfahrungswissen von Fachleu-  
ten simulieren und selbsttätig  
Lösungen erarbeiten können.

Auch im engeren medizini-  
schen Anwendungsbereich ha-  
ben Datenverarbeitungsanlagen  
schon heute ihren festen Platz.  
Bestimmte therapeutische Lei-  
stungen, in der Strahlentherapie  
zum Beispiel, können nur noch  
computergestützt verabreicht  
werden. Auch die Diagnose wird  
zunehmend automatisiert: Na-  
hezu in jeder Klinik steht ein  
»Laborautoanalyser«, die Kern-  
spin-Tomographen sind auf dem  
Vormarsch. In Schweden wird  
schon seit Jahren ein computeri-  
siertes Anamnese-Programm  
eingesetzt. Bevor der Patient  
den Arzt zu Gesicht bekommt,  
muß er einen Fragebogen aus-  
füllen. Aufgrund seiner Antwor-  
ten liefert der Computer eine  
nach Wahrscheinlichkeit gestaf-  
felte Liste von Diagnosen.

Das Programm ist noch er-  
weiterungsfähig: Das Elektro-  
nengehirn könnte weitere dia-  
gnostische Schritte vorschlagen,  
etwa Laboruntersuchungen,  
EEG, EKG, die alle in einem

**Das Elektronengehirn  
hält Einzug in die Medizin/  
Tagung in Bad Boll**

Foto: Siemens



arztfernen Verfahren durchge-  
führt werden können und die  
Treffergenauigkeit der Compu-  
terdiagnose entsprechend erhö-  
hen.

**»Der Arzt wird noch  
so lange gebraucht,  
bis die Software-Pro-  
gramme geschrieben  
sind«**

Wird der Patient angesichts  
dieser Entwicklung zunehmend  
zum bloßen Merkmalsträger,  
auf einen Lieferanten von Da-  
ten, Proben, Flüssigkeiten redu-  
ziert? Professor Friedrich-Wil-  
helm Kolkman, Vizepräsident  
der baden-württembergischen  
Ärztekammer, sieht die Gefah-  
ren wohl. Zu einer reinen Ma-  
schinenmedizin wird es seiner  
Meinung nach dennoch nicht  
kommen. Auf der Tagung der  
Evangelischen Akademie Bad  
Boll sagte er: »Solange der Arzt  
eine individualisierende Instanz  
bleibt, ist der Computer nur eine  
Prothese, ein Instrument, das  
Diagnose und Therapie opti-  
miert, Grenzen aufzeigt, Ent-  
scheidungen erleichtert.«

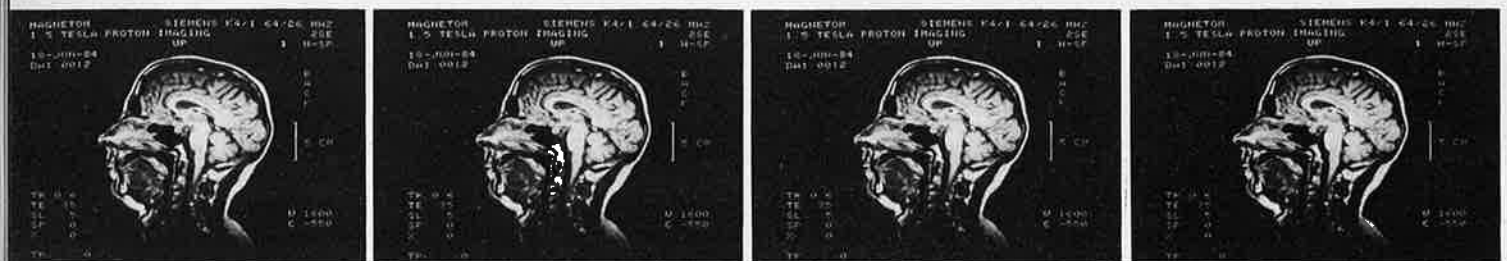
Zweifel an den Voraussetzun-  
gen dieser optimistischen Ein-  
schätzung äußerte dagegen Gerd  
Schwandner vom Komitee für  
Grundrechte und Demokratie:  
»Der Arzt wird noch so lange  
gebraucht, bis die Software-Pro-  
gramme geschrieben sind, dann  
ist er überflüssig.« Die Verda-

lung des Medizinbereichs bein-  
haltet für Schwandner eine zu-  
nehmende »Dequalifikation«  
des Arztberufes. Für die medizi-  
nischen Hilfsberufe gilt dies oh-  
nehin. Unverhohlen werben  
Hersteller von Praxiscomputern,  
daß der Umstieg von der hand-  
geschriebenen Karteikarte auf  
den Bildschirm personalunab-  
hängiger mache im Falle von Ur-  
laub, Krankheit oder Kündi-  
gung.

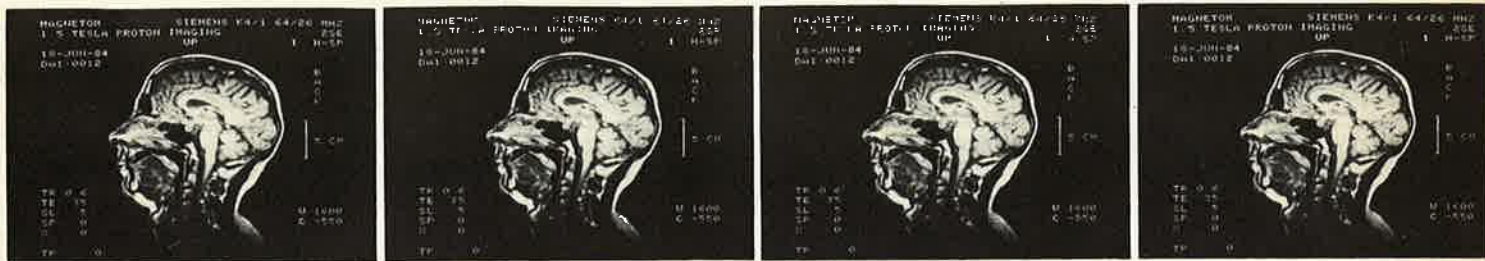
Das zentrale Problem, das der  
Vormarsch der Elektronengehir-  
ne im Gesundheitswesen auf-  
wirft, ist freilich der Daten-  
schutz. Keine Bedenken hat der  
Vertreter der baden-württember-  
gischen Ärzteschaft Professor  
Kolkman gegen einen EDV-  
Einsatz in der epidemiologi-  
schen Forschung, also etwa in  
der Anlage eines computerge-  
stützten Krebsregisters. Einen  
ausreichenden Schutz vor Miß-  
brauch sieht er gegeben, wenn  
die Ärzteschaft »die Daten in ei-  
gene Obhut nimmt«.

Doch auch unter dieser Bedin-  
gung ist nach Ansicht des Da-  
tenschutzbeauftragten der Ul-  
mer Universität Dr. Gerhard  
Kongehl eine Fülle von Miß-  
brauchsmöglichkeiten gegeben.

Bereits die Existenz einer Krebs-  
datei kann seiner Ansicht nach  
dazu führen, daß etwa bei der  
Bewerbung um einen Arbeits-  
platz die »freiwillige« Vorlage  
eines Auszugs aus diesem Regi-  
ster verlangt wird. In den USA  
seien schon heute in diese Rich-







tung weisende Tendenzen erkennbar. Im übrigen hält Konegl auch die gesetzlich geforderte Verschlüsselung der Daten, die in einem Krebsregister gesammelt werden sollen, für eine »Beruhigungsspielle für die Bevölkerung«: Eine Repersonalisierung sei allein schon mit Hilfe des Datenumfelds nicht ausgeschlossen.

In einem anderen Anwendungsgebiet wird allerdings auch Kolkman die neue Informationstechnologie gespenstisch: dort nämlich, wo es um die EDV-gestützte Überprüfung von Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit ärztlicher Behandlung geht. Zur Zeit laufen in der Bundesrepublik etwa 20 Modellversuche, die das Leistungs- und Kostengeschehen in der gesetzlichen Krankenversicherung durchschaubar machen sollen. Träger dieser Projekte sind zumeist die Krankenkassen, erklärtes Ziel: Kostendämpfung. Auf der Tagung der Bad Boll Akademie zeigte sich Kolkman erstaunt, »wie wenig Aufmerksamkeit die diversen Datensammelprojekte der Versicherungsträger erregen, zumal teilweise wesentlich intimere Informationen« erfragt würden, als dies bei der gescheiterten Volkszählung vorgesehen war.

Als langfristige Folge der Anwendung solcher Transparenzmodelle der Kassen befürchtet Kolkman nicht nur eine Versachlichung des Arzt-Patient-

Verhältnisses, sondern auch »Normierung menschlichen Verhaltens« und »erhebliche Eingriffe in sämtliche Lebensbereiche«. Ein gesundheitspolitischer Zwangsstaat ist für den Arzt-sprecher in der Konsequenz dieser Entwicklung zumindest nicht auszuschließen: »Krankheit als selbstverschuldetes Übel, der Adipöse als Volksschädling, der Gesundheitsblockwart als Denunziant« — mit diesen Worten warnte Kolkman vor einer Situation, die immerhin denkbar wird, wenn einzelne identifizierbar sind, die von einer computermäßig ermittelten Gesundheitsnorm abweichen.

In der Tat hatte auch die baden-württembergische Datenschutzbeauftragte Frau Dr. Leuze zunächst erhebliche Bedenken gegen den im Herbst letzten Jahres gestarteten Modellversuch »Leistungs- und Kostentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung«. Nach Angaben des stellvertretenden Geschäftsführers der AOK Baden-Württemberg Roland Sing sind diese Bedenken mittlerweile ausgeräumt. Beruhigend ist diese Auskunft dennoch nicht.

Denn in der modellhaften Erprobung erfolgversprechender Verfahren zur Kostendämpfung ist im Rahmen dieses Transparenzprojekts nach wie vor der Rückgriff auf personenbezogene Daten vorgesehen.

Als Rechtsgrundlage dient dafür der Paragraph 223 der

Reichsversicherungsordnung — für Professor Kolkman eine »Mehrzweckwaffe für die Planung und Durchführung immer neuer Transparenzstudien und Modelle«. Dieser Paragraph ermächtigt die Krankenkassen, »in geeigneten Fällen ... die Versicherten und Ärzte über die in Anspruch genommen Leistungen und ihre Kosten zu unterrichten«.

### »Der Adipöse als Volksschädling, der Gesundheitsblockwart als Denunziant«

Es geht also darum, ein computerisiertes Selektionsprogramm zu entwickeln, das »geeignete Fälle« ermittelt. Individualsteuerung heißt die Parole, der Computer macht's möglich. Wer künftig etwa durch sein Verhalten vermeidbare Kosten verursacht, kann im Sinne der Kostendämpfung leicht zum geeigneten Fall einer vom Computer veranlassenen »Unterrichtung« werden. Voraussetzung dafür sind detaillierte Datenerhebungen. Und da wird nicht nur der Ärzteschaft aus naheliegender Standesinteresse angst und bange. Denn in die Speicher der Transparenz-Computer werden komplett alle anfallenden Rezepte, Krankenscheine, Krankenhausfälle und Arbeitsunfähigkeitsfälle eingespeist.

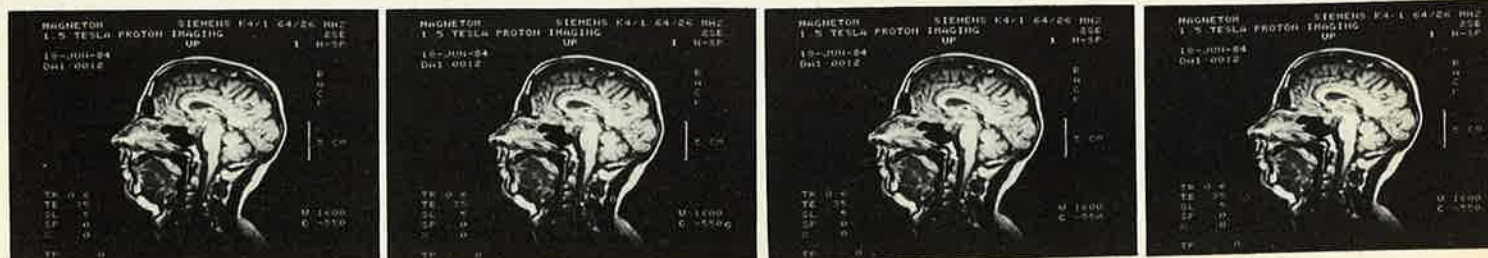
Für Gerd Schwandner »liegt der Witz aller Transparenzunter-

nehmen einfach in dem Verfahren, bisher noch nicht kombinierte Informationen zusammenzuführen«. Gar nicht mehr witzig ist, was man damit machen kann. Schwandner: »Durch die totale Kostentransparenz werden genaue Kostenberechnungen jedes Gesundheits- oder Krankheitsvorgangs erstellt, es entstehen detaillierte Krankheitsprofile, deren Maßeinheit die wirtschaftlichen Kosten sind.« Daraus wiederum lassen sich Krankheits- und Therapiestandards ableiten. Krankheit wird letztendlich, so Schwandner, zu einer »individuellen Abweichung von Normalwerten, der DIN-Norm des Menschen«. Die Produktion und Verwaltung von »Normallebensprofilen« bleibt dabei freilich den Versicherungen und Staatsbürokraten vorbehalten.

»Dieser zukünftigen Transparenzmedizin«, so fordert Schwandner, »gilt es zu widerstehen«. Überhaupt müsse die »Definition von Normalverhalten« verhindert werden. Ausgangspunkte sind für ihn dabei das Recht auf Gesundheit, aber auch auf Krankheit sowie das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, wie es vom Bundesverfassungsgericht in seinem Volkszählungsurteil dargelegt wurde.

Uwe Walter

Uwe Walter ist Öffentlichkeitsreferent der Evangelischen Akademie Bad Boll.





# »Wir wollten alles wissen«

## IPPNW-Ärzte zu Besuch in Leningrad

**Eine Gruppe von 35 Ärzten der bundesdeutschen IPPNW-Sektion reiste im Juni nach Leningrad. Eine Teilnehmerin schickte uns einen Bericht.**

Für eine Woche waren wir 35 Friedensärzte aus der Bundesrepublik nach Leningrad gereist, um Kontakt aufzunehmen mit den sowjetischen Kollegen der dortigen IPPNW (International Physicians for the Prevention of Nuclear War).

Wir wollten mit den sowjetischen Kollegen über Krieg und Frieden reden und das sowjetische Gesundheitswesen kennenlernen. Schon bei der Vorstellung unseres Programmes durch Swetlana, unsere Dolmetscherin, kam Murren in der Gruppe auf: zu wenig Diskussionsveranstaltungen und zu viel Baudenkmäler und Museen!

Wir klärten dieses Problem: zusätzliche Besichtigungstermine und Diskussionsrunden wurden eingeschoben.

Professor Almasov — Leiter der dortigen IPPNW-Sektion — ist Direktor des kardiologischen Institutes der Ersten medizinischen Hochschule von Leningrad.

Er ist ein lebhafter Mann, der fließend Englisch spricht und auch Deutsch versteht. Dennoch ging die Unterhaltung über Swetlana, die Dolmetscherin. Wir wollten alles wissen: seine Behandlungsmethoden, seine Schwerpunkte in der Therapie der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und nach der Alternative im sozialistischen Gesundheits- und Krankheitsverständnis.

Der Schwerpunkt liegt im Ausbau der Prophylaxe und Aufklärung. Bereits in der Schule sollen die Kinder zur gesunden Lebensführung erzogen werden, der Ausbau der Dispensaire-Betreuung steht auf der Tagesordnung. Unter Dispensaire-Betreuung versteht man praktisch eine vor- und nachstationäre Behandlung. Hier werden auch Risikopatienten erfaßt und regelmäßig zur Untersuchung einbestellt — seien es nun Hypertoni-

ker, Alkoholiker oder auch psychisch Kranke.

»Aber,« meinte der Professor, »mit der Aufklärung über eine gesunde Lebensweise haben wir noch keinen allzu großen Erfolg. Sehen Sie sich die Leute auf der Straße an!«

Tatsächlich fielen uns die vielen übergewichtigen Menschen in Leningrad auf. Daneben gibt es aber auch eine Menge Sportler, die unbeirrt von Tageszeit und Wetter unter klassischen Arkaden und durch altherwürdige Parks joggen.

Im Hörsaal der Klinik trafen wir mit Klinikärzten, einem Vertreter der Gesundheitsbehörde und einem Journalisten zusammen. Bei der Diskussion wurde uns schnell klar, daß Friedenspolitik in der Klinik ein allgemeines Anliegen aller Beschäftigten darstellt. Keine Frage, daß hier eine Ärztin sich speziell um die Spenden für den Friedensfonds bemüht. Eine Selbstverständlichkeit sind Aufklärungsvorträge über die Folgen eines Atom-

kriegs für jeden Klinikarzt draußen in Schulen, Rundfunk und Zeitungen. Denn es gibt auch in der Sowjetunion eine Menge Bürger, die gerade jetzt nichts von Politik wissen wollen — sie müssen aufgeklärt und mobilisiert werden. Bei den älteren Bürgern Leningrads, die den letzten Krieg noch deutlich mit seiner Grausamkeit in Erinnerung haben, entwickeln sich Angstneurosen bei dem Gedanken eines bevorstehenden Krieges.

### Die Bürger von Leningrad entwickeln »Angstneurosen« beim Gedanken an den Krieg

Wir sprachen auch viel von unseren gegenseitigen Ängsten, die jeder vor den Raketen des anderen hat. »Trotz aller entwickelten Kommunikationssysteme,« sagte Bondarenko, der

Stellvertreter Almasovs, »scheint es nicht über die ideologischen Grenzen hinweg zu funktionieren, so daß es nicht zu einem Austausch kommt. Wir müssen aber unsere beiden verschiedenen Gesellschaftssysteme akzeptieren — welches nun letztlich das bessere ist, kann sich auf jede Art und Weise zeigen, nur nicht mit den Mitteln des Krieges.«

Wir besuchten das Betriebskrankenhaus der Kirow-Werke. In dieser größten Traktorenfabrik der Sowjetunion arbeiten 35 000 Menschen. Das Krankenhaus selbst hat 700 Betten. 227 Ärzte und 1200 medizinischen Mitarbeiter sind hier tätig. Ergänzt wird diese Einrichtung durch ein Betriebs-sanatorium mit 500 Betten: Hier werden die Beschäftigten in einer Art Nachtklinik behandelt; sie gehen tagsüber zur gewohnten Arbeit und werden nach Feierabend im Sanatorium behandelt, wo sie auch schlafen. Alle werden im zweijährigen Rhythmus vom zuständigen Betriebsarzt untersucht, der für 1700 Angestellte zuständig ist.

Die häufigste Berufskrankheit ist die sogenannte Vibrationskrankheit. 1700 Arbeiter im Werk sind davon betroffen. Erkrankten wird das Gehalt weiter





bezahlt und sie werden auf leichtere Arbeitsplätze versetzt.

Das Krankenhaus verfügt über eine moderne Ausstattung einschließlich Isotopendiagnostik und Computertomografie. Nur die bauliche Substanz entspricht etwa dem Niveau der sechziger Jahre bei uns. Ärzte und Schwestern, kamen uns ausgesprochen freundlich, heiter und ohne Hektik vor.

### Die Arztdichte ist hoch — obwohl die Ärzte nicht gut bezahlt werden. Es fehlt an Krankenschwestern

»Ärzte haben wir jetzt genug,« sagte Herr Petrow, »was uns noch fehlt, sind die mittleren medizinischen Dienste, also speziell Assistenten und Schwestern. In der UdSSR kommt ein Arzt auf 250 Einwohner, in der Bundesrepublik sind es 430. Es gibt hier keine niedergelassenen Ärzte, alle sind in Polikliniken, Bereichskrankenhäusern oder Betriebskrankenhäusern angestellt. Die Grundversorgung des Wohngebietes liegt in den Händen des Bereichsarzts, der straßenweise die Bewohner betreut.

Alle Ärzte sind verpflichtet, sich je nach Spezialisierung im regelmäßigen Abstand fortbilden zu lassen — hierfür gehen sie für einige Wochen auf extra dafür eingerichtete Institute. Der Verdienst eines Arztes liegt unter dem eines Facharbeiters: der letztere verdient 300 Rubel, ein Arzt nach sechsjähriger Berufserfahrung 270 Rubel.

Bei den Schwestern sieht es mit dem Verdienst noch schlechter aus, erzählte uns die Gewerkschaftsvorsitzende, diese verdienen als Anfangsgehalt nicht mehr als 80 Rubel und können sich dann noch bis 140 Rubel steigern. Allerdings ist die Arbeitszeit sowohl für Ärzte als auch für Schwestern kürzer: Ärzte dürfen einschließlich des Nachtdienstes nicht mehr als 41 Stunden pro Woche arbeiten. Auf 20 Patienten kommt eine Schwester zur Betreuung, allerdings nur mit pflegerischen Aufgaben. Bei ihnen beträgt die wöchentliche Arbeitszeit 40 Stunden, während die Ärzte pro Tag nur sechs Stunden zu arbeiten brauchten, an sechs Tagen der Woche.

Die Gewerkschaften sind ein echtes Mitbestimmungsorgan in jedem Krankenhaus: Hier geht ohne Gewerkschaft nichts: Niemand wird ohne ihr Einver-

ständnis entlassen oder eingestellt. Auch der Chefarzt macht da keine Ausnahme. Regelmäßig muß er den Gewerkschaftsdelegierten Rechenschaft über seine Tätigkeit ablegen. Daß dies kein bloßer Formalismus ist, zeigt die Tatsache, daß schon einige Klinikleiter auf Verlangen der Gewerkschaften ihren Hut nehmen mußten.

Auch darüber hinaus ist der Einfluß der Gewerkschaften wesentlich größer als bei uns: Sie verwaltet den Sozialfonds des Staates und der Kommune und bestimmt, wer in Kur geht, einen Sanatoriumsplatz bekommt usw.

Sie hat durchgesetzt, daß Frauen mit 55, Männer mit 58 Jahren in die Rente gehen.

Gegen Ende der mit Terminen vollgepackten Woche gingen wir dann doch — sozusagen als Entspannung — gerne in die Museen, besuchten alte Zaren Schlösser und besichtigten dunkle Verlicse, in denen die Revolutionäre vor der Oktoberrevolution geschmachtet hatten.

Besonders beeindruckend das Leningrader Stadtmuseum. Hier sind die Grauen der deutschen Belagerung von 1942 bis 1944 in Bildern und Dokumenten festgehalten. Hier kann man noch

den Befehl Hitlers lesen, daß die deutsche Regierung kein Interesse am Überleben der Stadt hätte und daß die Bevölkerung deshalb ausgehungert und ausgerottet werden sollte, selbst wenn sie kapitulieren wollte. Leningrad sollte dem Erdboden gleich gemacht werden.

Fotos zeigen erschütternd den Abtransport von verhungerten Menschen jeden Morgen — trotz allen Bombenterrors hat die Bevölkerung damals standgehalten, und nach 900 Tagen mußten die Deutschen abziehen.

»Gerade wegen unserer Geschichte,« sagte die Museumsführerin, »gerade deshalb müssen Deutschland und die Sowjetunion dafür sorgen, daß kein neuer Weltkrieg ausbricht.«

Inge Zeller

### Der Dworzowaja-Platz in Leningrad

Foto: S. Smirnow, APN





# Leser- Briefe

An:  
dg, Siegburger Str. 26,  
5300 Bonn 3

## Papiertiger

dg-Report 7-8/85: »Hilfe, die Helfer kommen!«

Der Redakteur S. Schölzel zeichnet sich, was die Aussagen über das Komitee Cap Anamur betrifft, nicht nur durch Unkenntnis aus, was er durch gründliche Recherche leicht hätte ausräumen können, er versucht auch noch durch Vermutung und Suggestion die Arbeit des Komitees in den Dienst des Neokolonialismus zu rücken.

Da heißt es: »Er (Rupert Neudeck) gründete das Komitee Cap Anamur/Deutsche Notärzte e.V., das später durch die spektakulären Rettungsaktionen des Schiffes Cap Anamur bekannt wird. ...«. Zur Richtigstellung des gesamten Absatzes: Am 18. April 1979 wurde das Komitee »Ein Schiff für Vietnam« zum ersten Mal in einer Pressekonzferenz der Öffentlichkeit vorgestellt. Erst Ende 1982 wurde es in »Komitee Cap Anamur/Deutsche Notärzte e.V.« umbenannt. Es ging zunächst ausschließlich darum, den vietnamesischen Flüchtlingen auf See zu helfen, die seit der Erklärung eines malaysischen Ministers am 12. Juli mit Waffengewalt an der Landung in Malaysia gehindert wurden. Dieses Grauen wurde auch durch Fernsehnachrichten in unseren Wohnstuben bekannt. Und die folgenden Jahre haben gezeigt, daß nicht nur Rupert Neudeck betroffen war von der Not der »boat people«. Erst im November 1979 begannen die Hilfsaktionen im thailändisch-kambodschanischen Grenzgebiet.

Neben den faktischen Unrichtigkeiten wird inhaltlich die Tragödie dieses Massensterbens nicht erwähnt. Der Autor scheint, wie damals nicht wenige, die Menschlichkeit mit zweierlei Maß zu messen. Konsequenz also: Das Boot hätte gar nicht fahren sollen. Deutlicher wird es dann später: der satissam bekannte Vorwurf, das Schiff habe die Vietnamesen erst herausgelockt.

Die einfachste Tatsache, die diesen Unsinn entkräftet, ist, daß es

vor der »Cap Anamur« einen Flüchtlingsstrom gab und daß dieser bis heute nicht abgerissen ist.

Ich will auf weitere Argumente nicht eingehen, die vor allem für jemanden, der selbst auf dem Schiff fuhr, einfach klar waren. Das Schiff bewußt zu finden hieß, ein Blinder sollte eine Stecknadel im Heuhaufen finden!

An den Rand juristisch einklagbarer Verleumdung geht der Autor mit dem Satz: »...muß man sich fragen, wie viele Menschen durch die Schuld von verantwortungslosen Journalisten umkamen.« Lesen muß man also: Rupert Neudeck ist als verantwortungsloser Journalist schuld am Tode dieser Menschen, die es nicht geschafft haben. Und das Ganze stand so wieso letztlich im Dienst der Amerikaner, die ja auch die Positionen des Schiffes nach Vietnam durchgaben, also im Dienste neokolonialistischer Politik!



Zum Nachweis einer engen Verflechtung zwischen dem Komitee und der Bundesregierung wird auf die »Vorgänge um das Rettungsschiff Cap Anamur des Notärztekomitees verwiesen. Nicht nur die Diktion suggeriert Ominöses, wenn da von »Vorgängen« die Rede ist, sondern das, was gesagt werden soll, ist schlichtweg falsch. Es ging bei den Kontakten mit der Bundesregierung darum, daß sie die von ihr gemachte Zusage einhielt, die »boat people« aufzunehmen. Und was die finanzielle Unabhängigkeit des Komitees Cap Anamur betrifft, wäre ein Gespräch mit unseren Finanzmännern sicher sehr nützlich gewesen. Aber es bestand wohl kein Interesse an den Fakten.

Eine kritische Auseinandersetzung mit der Hilfe insbesondere für Afrika findet beim Komitee Cap Anamur auch nicht erst übermorgen statt. Es gibt einiges an schriftlichen Äußerungen dazu,

die jüngste kam gerade auf den Markt. Wenn Interesse bestanden hätte, wäre sicher nützlich gewesen, diese zur Kenntnis zu nehmen. Und daß Hilfe nur Hilfe zur Selbsthilfe sein darf, ließe sich an Beispielen aus dem Tschad und Somalia zeigen.

Warum also, Herr Schölzel, einen Papiertiger aufbauen, den man dann so leichter Hand, ohne genau hinzusehen, erledigen kann?

REINHOLD JÄGER

Bielefeld

Anm. d. Red.: Mit »verantwortungslosen Journalisten« ist, wie aus dem Text eindeutig hervorgeht, nicht Rupert Neudeck gemeint. Die Passage zielt vielmehr auf die US-Sender, die die Positionen der »Cap Anamur« nach Vietnam funkten.

## Angesprochen

dg-Report 7-8/85: »Hilfe, die Helfer kommen«

Durch Euren Artikel fanden wir uns zum Teil kritisch, größtenteils jedoch bestätigend angesprochen.

Als »Gesundheitsbrigaden für Nicaragua« starteten wir im Dezember '83 eine Soforthilfe. Bereits damals sahen wir das Konzept einer Soforthilfe sehr kritisch und eher als eine Demonstration unserer Solidarität. Unter der damals aktuellen Invasionsdrohung durch die USA entschlossen wir uns — auf Ersuchen des Gesundheitsministeriums Nicaraguas — zur Entsendung von Gesundheitsbrigadistinnen und -brigadisten. Anders als die üblichen Soforthilfen (z.B. Notärzte) entwickeln wir kein eigenes Notprogramm, sondern integrierten uns in das fortschrittliche Basisgesundheitsystem.

Anders als die Soforthilfen verpflichten wir uns in Verträgen mit dem Gesundheitsministerium zur kontinuierlichen Versorgung der von uns übernommenen Bereiche. Unsere Brigadisten bleiben nunmehr jeweils für mindestens ein Jahr in Nicaragua.

Im Juni dieses Jahres sprachen sich die Brigadisten in Nicaragua, der BRD und West-Berlin einstimmig für die Ausweitung unseres Projekts zunächst auf Mittelamerika aus. Unserer Grundidee entsprechend streben wir jedoch auch den Einschluß von Befreiungsbewegungen außerhalb Nicaraguas an.

Innerhalb kurzer Zeit haben wir uns, ähnlich wie Medico International oder Oxfam, aus einer Soforthilfe zu einer langfristigen, politisch motivierten medizinischen Hilfe für Völker im Befreiungskampf entwickelt.

COBRISA

(Coordinadora de las Brigadas de Salud Alemanas por Nicaragua) beim Gesundheitsladen Berlin e.V.



Ketting, Evert und Philip van Praag: Schwangerschaftsabbruch. Gesetz und Praxis im internationalen Vergleich. Hrsg. von der DGVt. Tübingen 1985. 264 S., 21.80 Mark.

Die vergleichende Studie zu Gesetz und Praxis des Schwangerschaftsabbruchs in neun europäischen Ländern und den USA konnte nur mit Mühe gegen den massiven Widerstand der »Erben« von Antje Huber veröffentlicht werden. 1981 wurde sie von der damaligen Gesundheitsministerin in Auftrag gegeben, sollte aber 1984 nach ihrer Fertigstellung, nun in der Hand Heiner Geißlers, nicht mehr der Öffentlichkeit zugänglich sein (s. Bericht dg 3/85).

Kein Wunder! Mit wohlthuender Sachlichkeit räumt diese umfassende internationale Untersuchung der Niederländer Ketting und van Praag, Mitarbeiter der NIS-SO (Nederlands Instituut voor Sexual-sociologisch Onderzoek), mit den gängigen Vorurteilen auf, die zu dem komplex sexuellen Freiheit, Verhütung und Schwangerschaftsabbruch von konservativer Seite in Umlauf gesetzt werden. Dazu einige Beispiele: In den USA, wo die sexuelle Aufklärungspolitik in den letzten vier Jahren zunehmend restriktiver gehandhabt wird, steigt die Zahl der sogenannten Teenagerschwangerschaften enorm. In Schweden und Dänemark sank nach Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs parallel die Zahl der ungewollten Schwangerschaften und Abbrüche bei Jugendlichen infolge der mit der Liberalisierung verbesserten Aufklärung über Sexualität und Verhütung.

Gerade dort, wo die allgemeine Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch negativ ist, wie etwa in Italien, wird eine besonders hohe jährliche Abtreibungszahl genannt. Auch hier liegt die Forderung der Autoren nahe, daß dort, wo der Abbruch verpönt ist, schlechtere Aufklärung betrieben wird und demzufolge vermehrt unerwünschte Schwangerschaften auftreten.

Die Internationale Statistik widerlegt darüber hinaus die Annahme, die liberalisierte Abbruchpraxis führe zu einer Verminderung der Geburtenrate. In einigen Ländern



wie in England und Dänemark ist gar eine parallele Zunahme von Abbrüchen und Geburten zu verzeichnen.

Wichtigstes Ergebnis der Autoren: Gesetz und Praxis des Schwangerschaftsabbruchs können extrem voneinander abweichen, so daß es in Ländern mit einer vergleichsweise restriktiven Gesetzgebung eine sehr liberale Praxis gibt. Es kann aber auch genau der umgekehrte Fall eintreten wie in Frankreich. So ist es nicht verwunderlich, daß Gesetz und Praxis des Abbruchs in der Bundesrepublik im internationalen Vergleich schlecht abschneiden: Große Ungleichheiten der Praxis in den Bundesländern führen zu einem enormen Abtreibungstourismus vom Süden in den Norden der Bundesrepublik, nach England, Österreich und in die Niederlande. So werden allein in zwei Wiener Kliniken jährlich etwa 3000 bis 5000 Abbrüche an deutschen Frauen durchgeführt, viele Tausende jährlich in den Niederlanden registriert.

So sind die Zahlen, die das statistische Bundesamt in Wiesbaden jährlich an registrierten Abbrüchen meldet, nur mit äußerster Vorsicht zu genießen: Entgegen den für 1980 mit 87.700 gemeldeten stehen die von Ketting mit mindestens 150.000 angegebenen, die im Ausland durchgeführten und von den Krankenkassen zusätzlich registrierten Abbrüche miteinberechnet. Strukturelle und politische Bedingungen solcher Verzerrungen werden, verdeutlicht durch den internationalen Vergleich und viele Statistiken, von Ketting aufs genaueste dargelegt.

-kk-



**W. Friedrich, D. Schnack, M. Walter: Schwangerer Mann — was nun? Eine Gratwanderung.** Gerd J. Holtzmeier Verlag. 132 S., 17,50 Mark

»Also die erste Reaktion war: Scheiße! Warum ist das jetzt passiert«, so beschreibt Joseph, 28 Jahre alt, seine Gefühle, als er hört, daß seine Freundin schwanger ist. Trotz ihrer anfänglichen Zweifel beschließt sie, das Kind auszutragen. »Ich selber war in dem Entscheidungsprozeß nicht allzuweit drin«, gibt Joseph zu, obwohl seine Haltung bis kurz vor der Geburt eher ablehnend ist.

Selten liest man etwas über die Gedanken und Empfindungen von

Männern, deren Frauen oder Freundinnen ungewollt schwanger sind. Dabei wird rein statistisch gesehen in jeder Minute ein in der Bundesrepublik lebender Mann schwanger — ungewollt. 15 Männer, die mit diesem Problem konfrontiert waren, haben der Arzt Wolfgang Friedrich, der Journalist Dieter Schnack und Melitta Walter von pro familia interviewt. Sie wurden befragt, wie sie sich fühlen, als sie erfuhren, daß ihre Partnerin schwanger ist. Die meisten reagierten zunächst spontan mit Freude oder Stolz darüber, daß sie ein Kind zeugen können. Dann aber folgen in der Regel Bedenken, ob man mit den Konsequenzen fertig wird.

Kaum einer gesteht offen ein, daß er sich durch die Schwangerschaft eingefangen fühlt, so wie Jürgen, der versucht, sich zu entziehen. »Ich wollte einfach nichts mehr zu tun haben mit der Geschichte.« Seine Freundin bekommt das Kind, gibt es aber nach einiger Zeit zur Adoption frei.

Allzu oft folgt die Reaktion »Kopf in den Sand stecken«, wie Wolfgang, 39 Jahre alt, es nennt. Der größte Teil der Männer verhält sich zurückhaltend, wenn die Frage, ob die Schwangerschaft abgebrochen werden soll oder nicht, entschieden werden muß. Scheinbar, sollte man sagen, denn beeinflussen tut ihre Auffassung die Haltung der Frauen allemal.

Das Buch »Schwangerer Mann — was nun?« ist als Ratgeber gemeint für diejenigen, die sich in solch einer Situation befinden, gleichzeitig aber auch als Aufforderung an Männer, sich über die eigenen Gefühle und Wünsche klarzuwerden und sie zu formulieren.

Dazu gibt es im zweiten Teil des Buches viele Tips und Informationen über Verhütungs- und Abtreibungsmöglichkeiten, medizinische und juristische Hinweise zum Abbruch, Adressen, bei denen werdende Eltern soziale Hilfe erhalten können, Anmerkungen zur aktuellen Lage um den Paragraphen 218.

Moralischer Urteile enthalten sich die Autoren. Das Verhalten der Männer wird als Gratwanderung beschrieben zwischen einer klaren Stellungnahme und dem Akzeptieren, daß die letzte Entscheidung über die Schwangerschaft doch bei den Frauen liegt. Angenehm und fast überraschend ist der sachliche Ton, mit dem über Gefühle geschrieben wird, ohne in Gefühlsduselei zu verfallen. »Nicht ohne Bitterkeit muß ich anmerken«, schreibt Dieter Schnack in seiner persönlichen Bestandsaufnahme als Vater, »daß mich das ganze Gesölze von Wärme, neuer Väterlichkeit und partnerschaftlichen Alltag eher daran gehindert hat, Kontakt zu mir selber, meinen Wünschen,

Nöten und Fähigkeiten aufzunehmen.«

Die Gratwanderung zwischen trockener Abhandlung und süßem Geseier haben die Autoren selbst bewältigt.

ud



**Haaf, Günter / Hochberg, Barbara: Der Erogenfaktor. Oder wie die deutsche Gelehrtenrepublik ihre Unschuld verlor.** München 1985, 135 Seiten, 19,80 Mark

Die beiden Autoren — er Leiter des Wissenschaftsressorts der »Zeit«, sie gelernte Molekularbiologin und freie Journalistin — wissen Unglaubliches zu berichten: Bei der Suche nach möglichen genetischen Ursachen des Melanoms (Hautkrebs) stieß ein Heidelberger Forscherteam unter Leitung von Professor Faiks auf ein Pheromon besonderer Art. Der entdeckte Duftlockstoff stellt alle Erfolge der Parfümindustrie in den Schatten; Lancôme und Yves St. Laurent können abdanken. Bei der mehr zufälligen Anwendung des neuen Pheromons — kurz Erogen genannt — spielten sich bei den sonst so prüden Laborfesten des Instituts Szenen wie auf St. Pauli ab (O-Ton eines Mitarbeiters des Instituts).

Nach dem Artikel »Eros im Erbgut« in der »Zeit« vom 30. März 1984 sehen die Autoren sich genötigt, an Hand von Gedankenprotokollen der Gespräche mit Betroffenen die Öffentlichkeit über bedenkliche Entwicklungen in Deutschlands Labors zu informieren. »Denn noch kann eine bedenkliche Entwicklung, ein Anschlag auf die menschliche Freiheit und das menschliche Selbstverständnis verhindert werden.«

Bei vorliegendem Buch handelt es sich um den Versuch einer Synthese von molekularbiologischem Fachtext über aktuelle Tendenzen der Genforschung und einem Polit-Thriller. Da ist die Rede von DNA, von Peptiden, Pheromonen und anderen Geheimnissen der genetischen High Technology. Andererseits geht es auch um Liebe, Eifersucht und Machtinteressen des militärisch-industriellen Komplexes. Geschildert wird im Prinzip, wohin das Streben nach wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Anerkennung führen kann. Näm-

lich dazu, daß dem Forscher Humanität abhanden kommt, er nur noch Ruhm und natürlich auch Geld im Sinn hat. Der formale Aufbau des Buches ähnelt dem eines Kriminalromans. Erst im letzten Abschnitt geben die Autoren preis, was der kritische Bundesbürger längst ahnte: Der geheimnisvolle Geldgeber für Professor Faiks inaugurierte Erogen GmbH war das Verteidigungsministerium. Man stelle sich den Kampfstoff Erogen im Einsatz vor: der vermeintliche Feind würde schnell zum Freund, bei homophil veranlagten Soldaten gar zum Geliebten. Vielleicht käme es sogar zu kopulierenden Interkontinentalraketen sowjetischen und amerikanischen Geschlechts. Reagans SDI wäre überflüssig.

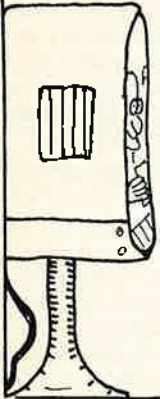
Dem Autorenteam geht es aber noch um Wichtiges. Wie der Untertitel verrät, vermaßen sie, die Defloration der ach so unschuldigen deutschen Gelehrtenrepublik vermenden zu müssen. Sicherlich, das, was in Heidelberg geschah und geschieht, kann als Lehrstück der Verquickung von Forschung, Kapital und Militär gelten. Eine ihrem Auftrag nach genuin humane Wissenschaft — die Biologie und die Medizinforschung — degeneriert zur Inhumanität. Fatal wird der Leser an Menschenexperimente des Dr. Dr. Mengele erinnert, erfährt man vom Experiment Professor Faiks, der sich mit Hilfe des Erogens seine Assistentin zur Geliebten nahm. Es bedarf also der Feststellung, daß Deutschlands Gelehrte nicht erst jetzt ihre Unschuld verlieren. Unmenschlichkeit in deutschen Labors hat eine lange Tradition und hat heute wie damals die gleichen Ursachen: Die Verbundenheit mit Industrie und Militär, innerwissenschaftliche Hierarchie, mangelnde demokratische Kontrolle des Wissenschaftsbetriebes insgesamt und die Tatsache, daß das, was machbar ist, auch gemacht werden wird. Der bloße Appell an das Gewissen der Forscher genügt nicht mehr. Die Rede von der Rückständigkeit deutscher Hochtechnologie ist ein zu starker Anreiz — finanziell und die Reputation betreffend —, als daß der aufrechte Gang des Forschers genügen könnte. So war es kein Zufall, daß sich Erogenes in Späths Musterlande ereignete, dem Land des verkannten Bundesforschungsministers, in dem großzügig Kredite für sogenannte Technologieparks fließen.

Thomas K. Gerber

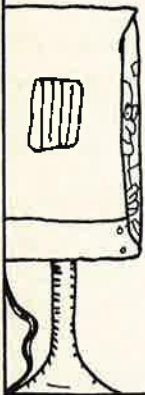


# Hier und Heute

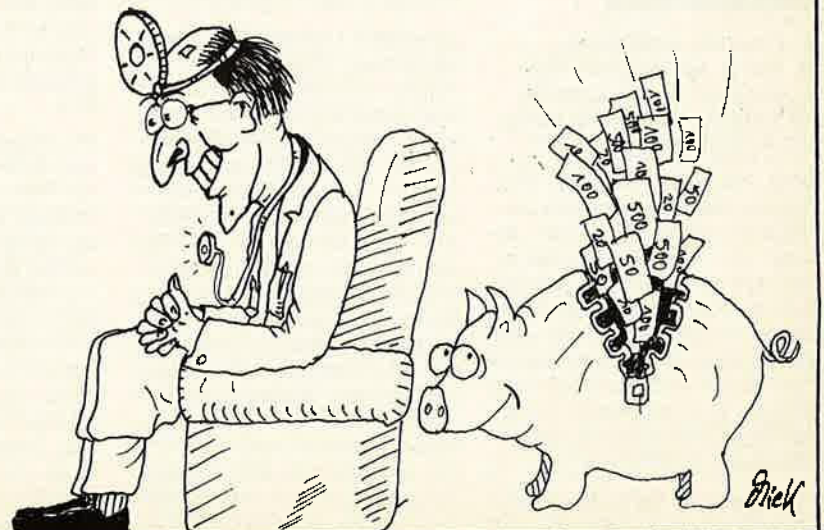
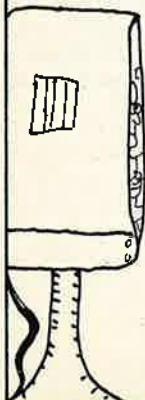
... nun auch hohe Mengen  
Diättylenglühkohldäther in Sekt  
und Buttermilch... blah, blah, ...  
... erste Verhaftungen bei Verantwortlichen...  
... Geißler sprach von ernster  
Bedrohung der Volksgesundheit...



... nun auch hohe Mengen  
Diättylenglühkohldäther in Sekt und  
Buttermilch... blah, blah, ...  
... erste Verhaftungen bei Verantwortlichen...  
... Geißler sprach von ernster  
Bedrohung der Volksgesundheit...



Blah, blah, ... nun auch hohe Mengen  
Diättylenglühkohldäther in Sekt und  
Buttermilch... Blah, blah  
... erste Verhaftungen bei Verantwortlichen...  
... Geißler sprach von ernster  
Bedrohung für Volksgesundheit...





# IMPRESSUM

## Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Hamburg), 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 Beikens, Steinstr. 73, 6300 Gießen, Tel. (0641) 36002.

## Redaktion

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

**Aktuelle Gesundheitspolitik:** Detlev Uhlenbrock (du), Walter Popp (wp); **Gesundheitsversorgung:** Gregor Weirich (gw), Uli Menges (um), Joachim Gill (jg); **Arbeits- und Lebensverhältnisse:** Norbert Andersch (na); **Pharma- und Geräteindustrie:** Ulli 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 (sts); **Frauenprobleme:** Ulla Funke-Verhasselt (ufv); **Pflegeberuf:** 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 eingesandte 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. 0221/364051, Konten: Postgiroamt Köln 65 14-503, Stadtpark Köln 106 522 36 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Oktoberheft: 2. September 1985.

Graphik: Christian Paulsen

Layout: Matthias Albrecht, Norbert Andersch, Karin Kieser, Peter Walger, Ursula Daalman, Norbert Mappes

Satz und Druck: Farbo Druck + Grafik Team GmbH Köln, Bischofsweg 46-50, 5000 Köln 51

**JSSN: Nr. 0172-7091**

## dg-Kontakte

**Aachen:** Erhard Knauer, Maria-Theresa-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (0241) 75459; **Ansbach:** Birgitte Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 14444; **Berlin:** Hermann Dittich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8226328; **Bonn:** Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5200 St. Augustin 2 (Hangelar), Tel. (02241) 29178; **Stefan Schölzel**, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 233526; **Kurt Straß**, Reuterstr. 121, 531, Tel. 212698; **Gregor Weirich**, Schumannstr. 30, 531, Tel. 219778; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausenitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 234331; **Bremerhaven:** Gunar Stempel, Vierzehnstr. 34, 2850 Bremerhaven-Gaestemünde, Tel. (0471) 27272; **Darmstadt:** Jürgen Frohnert, Neuschwarzer Weg 3, 6101 Modautal-Ernsdorf; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kuhlenweg 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 Wietig, 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) 705449; **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; **Hansa/Malmtal:** Hans See, Südring 12, 6457 Malmtal 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; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 474101; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 949948; **Kassel:** Matthias Dippel, Walzstr. 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. 18, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 763844; **Eckard Müller**, Säckinger Str. 4, 5/41, Tel. 432919; **Helmut Schaeß**, Rhöndorfer Str. 16, 5/41, Tel. 428726; **Langerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederringel 3, 4540 Langerich; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 503355; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 855405; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Minden:** Volker Happmann, Bäckerstr. 41, 4950 Minden; **Mühlheim/Ruhr:** Norbert Andersch, Muhrenkamp 36, 4330 Mühlheim/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, Gelststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; **Barbara Halbeisen-Lehnert**, Hoyastr. 11, Tel. 287431; **Uli Menges**, Seppenradweg 44, Tel. 788399; **Ulli Raupp**, Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7, Tel. 7801437; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 83858; **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, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 6161; **Siegburg:** Richard Beitzel, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 383590; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 78860; **Sollingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5650 Sollingen 1, Tel. (02121) 47885; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 212798; **Ulm:** Wolf Schleizer, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 66544; **Viersen:** Sebastian Sterl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwelm 1, Tel. (02163) 4191.

# Wir über uns

## Sommer

Es regnet mal wieder, natürlich sauer, Norbert hat aufgehört zu rauchen, schon vor dem geißelnden Leserbrief allerdings, und futtert eine Tüte Süßes nach der anderen. Insgesamt ziemlich ätzende Rahmenbedingungen für ein Lay-out-Wochendende. Das Sommeranzeigengeschäft stagniert, und zur Finanzierung der bestehenden Schulden — Benzingeld, Telefon, Büromaterial — wurde umlängst der etwa einhundertachtzigste Aufruf zu einer redaktions-internen Umlage vereinbart.

## Herbst

Wir richten alle unsere Hoffnung auf den Herbst!

Die Abwertung der Lira, der Verfall des Dollarkurses, jetzt auch noch die Senkung des Lombardsat-

zes und dann das viele, viele Eis, das durch anhaltend miserables Wetter eingespart werden konnte — schon lange nicht mehr sind die Bedingungen für einen dg-Spendenauftrag so gut wie gerade jetzt gewesen. Das zumindest glauben wir oder vielmehr hoffen wir.

## Geld

Wir bitten alle unsere Leser und Abonnenten um eine Spende, um mit einer Anzeigenkampagne in verschiedenen Zeitschriften kräftig die Werbetrommel rühren zu können. Genauer gesagt: Wir brauchen ganze 7750 Mark für Anzeigen in »Die Schwester/Der Pfleger«, in der »Deutschen Hebammenzeitschrift«, im »MTA-Journal«, in »Krankengymnastik« und in »Krankenpflege«.

Wir wollen an die Erfahrungen des letzten Herbstes anknüpfen — damals erhielten wir allein wegen einer Anzeige in »Die Schwester/Der Pfleger« über 150 Probeheftanforderungen.

## Wohin damit?

Die Spende sollte auf das Redaktionskonto Norbert Andersch, Nr. 154 20-430, Postgiroamt Essen, überwiesen werden. Stichwort: »Sommereinsparung«!

Ein kräftiger Sprung in der Abo-Entwicklung ist angesagt!

## Danke!

**dg-Report im nächsten Heft: »Apparatemedizin«**





PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000KOELN  
G 2961 E 394711 362

KARL BOEKER  
CARL VON OSSIETZKY STR. 23 A

4800 BIELEFELD 1



## Aufruf zum dg-Kunstwettbewerb

Ich weiß nicht mal mehr, wo und wann die Idee entstanden, entsprungen vom Himmel gefallen oder was auch immer ist, jedenfalls — mein Gott, wie aufregend — sie ist seitdem nicht nur hartnäckig da, sie droht unweigerlich, Wirklichkeit zu werden. Mit dieser Aufforderung zur Neugier gelang es Redakteur B. (der Name ist der Redaktion bekannt) den Funken, den er schon lange

wettbewerb. Ehrlich, die dg-Redaktion veranstaltet einen *Kunstwettbewerb*.

»Ja, muß es denn ausgerechnet so ein schweres Thema sein, »Krankheit und Umwelt«, da gäbe es doch bestimmt auch etwas Leichteres!« Der Einwand konnte sich nicht durchsetzen, das Thema lautet: »Krankheit und Umwelt«.

Außerdem, wer sagt denn, daß das Thema nur

dene Bild »Wanderniere« der aktuellen Ausstellung »Krankheit und Kranksein in der Gegenwartskunst« bei — das könnte doch beflügeln und zum Außergewöhnlichen, zur Ausnahme animieren. Ausnahmen sind die Farbtupfer auf dem Regel-Grauschleier.

Das Kernstück der ganzen Aktion ist eine Vereinbarung zwischen der dg-Redaktion und dem Fachbereich Design der Fachhoch-

ten prämiieren, sie in dg veröffentlichen, vielleicht einen Katalog zusammenstellen und eine Wanderausstellung organisieren, den Verkauf des einen oder anderen Werkes vermitteln und alles tun, was uns sonst noch so einfällt. Jedenfalls wird es eine spannende, aufregende und vielversprechende Sache.

Und nun zu Ihnen, liebe Leser: Parallel zu dem Wettbewerb an der Münsteraner Fachhochschule möchten wir Sie zur Teilnahme auffordern. Wir bitten alle, die Lust, Muße, Phantasie, Zeit und Energie haben, freie, künstlerische Arbeiten zum Thema »Krankheit und Umwelt« bis zum Ende des Wintersemesters 1985/1986, also bis zum 15. Februar, einzusenden. Es soll keine Einschränkung der Gestaltungsmethode vorgegeben werden. Es können Fotoarbeiten genauso wie Graphiken, Kollagen genauso wie Plastiken, Ölgemälde genauso wie Aquarelle oder Zeichnungen eingereicht werden.

Die genauen Teilnahmebedingungen können bei der Redaktion erfragt werden. Die Schöpfer behalten selbstverständlich alle Rechte.

Damit wir in etwa die Preise und den Aufwand

# »Krankheit und Umwelt«

in sich glimmen spürte, auf die Redaktion überspringen zu lassen. »Gut, die Idee«, »gar nicht schlecht«, »Mensch, toll« — die ersten Kommentare zeigten die ganze Bandbreite an Begeisterungsfähigkeit dieser westfälisch-rheinischen Runde.

Wir machen einen Kunst-

schwer ist, nur traurig oder aggressiv macht. Schon mal was von Aufmüpfigkeit oder Galgenhumor gehört?

Na gut, letzteres wird die Ausnahme sein, schließlich sind die Zeiten so und nicht anders. Aber was zum Beispiel Sigmar Polke kann — er steuerte das 1964 entstan-

den der Jury abschätzen können, bitten wir alle Leser, die teilnehmen wollen, uns das bis Ende dieses Jahres wissen zu lassen. Zum Auftakt des Kunstwettbewerbs erst einmal so viel — nun soll die Phantasie kräftig durchatmen und dann: Ran an die Arbeit! — pw—

Wir werden eine Jury auswählen und am Ende des Semesters die besten Arbei-

der Jury abschätzen können, bitten wir alle Leser, die teilnehmen wollen, uns das bis Ende dieses Jahres wissen zu lassen. Zum Auftakt des Kunstwettbewerbs erst einmal so viel — nun soll die Phantasie kräftig durchatmen und dann: Ran an die Arbeit! — pw—