

Nr. 6/85 · Juni 1985 · Einzelheft 5 Mark · Im Abonnement 3,60 Mark · G 2961 E



DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE



»Sterbehilfe«

Interview mit
Marita Wagner

Gen-Kongreß

der kommentar

dg-Redakteur Gunar
Stempel ist nieder-
gelassener Allgemein-
arzt in Bremerhaven



»viele«? Unumstritten ist jedenfalls, daß die äthiopische Regierung Menschen aus den Dürregebieten in Dörfer südlich davon aussiedelt, wo sie längerfristig wieder zu Nahrungsselbstversorgern werden und nicht zu ständigen Almosenempfängern von Europas Gnaden.

Leider geht es manchen Hilfs- und Entwicklungorganisationen und auch der Bundesregierung erst in zweiter Linie darum, Hilfe zur Selbsthilfe zu geben. Hilfe und Unterstützung tragen aber nur dann zu einer wirklichen Verbesserung der Lebensbedingungen bei, wenn sie mit tatkräftiger Selbstorganisation und dem Engagement für demokratische Strukturen einhergehen. Nicaragua bietet ein gutes Beispiel für eine solche Haltung. Obwohl nach Angaben aller Organisationen vor Ort die Rahmenbedingungen für eine entwicklungspolitische Zusammenarbeit in Nicaragua um ein vielfaches besser ist als in den meisten Staaten der Dritten Welt, soll die Zahl der rund 50 staatlichen deutschen Entwicklungshelfer bis Ende des Jahres auf 20 gesenkt werden.

Parallel zur politischen Haltung der Bundesregierung gegenüber Nicaragua kam es zur Einstellung der Unterstützung der Welthungerhilfe und zur Reduzierung der Aktivitäten von Misereor in Nicaragua.

Dagegen haben Organisationen wie Medico international, Eirene, Terres des Hommes und Dienste in Übersee ihr Engagement kontinuierlich verstärkt. Und doch verläuft die Entwicklung nicht ganz so geradlinig wie von vielen gewünscht.

Da muß das Deutsche Ärzteblatt das katholische Hilfswerk Misereor mit einem Kommentar »Bischöfe auf Irrwegen« gewaltig auf die Füße treten.

Das Vergehen: Misereor widmete seine Fastenaktion dem Gesundheitswesen in der Dritten Welt, speziell dem Aufbau von Basisgesundheitsdiensten. Autor Norbert Jachertz geht mit Misereor hart ins Gericht: »An anderen Tagen streitet der Fastenkalender gegen die westliche Pharmaindustrie, der es, faßt man die Vorwürfe von Misereor zusammen, darum geht, den Patienten auszubeuten um der Profitmaximierung willen.

Ehe wir es vergessen, auch »Misereor« geht es nicht nur um das kritische Hinterfragen. Am Ende winkt der Klingelbeutel. Dem Hilfswerk ist es, sorry to say, auch ums schnöde Geld zu tun. Und leider Gottes fließt das im verdammten Kapitalismus reichlicher als anderswo. Weshalb bloß?«

Ach du heiliger Strohsack!

Wie gut, Herr Jachertz, daß Ihr Einkommen durch die Zwangsmitgliedschaft aller Ärzte gesichert ist und nicht durch den Klingelbeutel gedeckt werden muß. Fazit: Eine Fastenaktion von Misereor für die Entwicklung eines Basisgesundheitswesens ist mir immer noch lieber als eine Freßorgie westdeutscher Mediziner zugunsten des Hungers in Afrika. dg-Leser können übrigens sicher sein, daß wir nur solche Aktionen unterstützen, welche Afrika den Afrikanern überläßt.

Das Medienspektakel um den »Tag für Afrika« ist zwar längst vorbei, aber die Auseinandersetzungen darüber halten unvermindert an. Der Afrikakenner Al Imfeld kommt zu einem niederschmetternden Ergebnis: »Ich befürchte sehr, daß an einem einzigen ›Tag für Afrika‹ sehr viel langwierige Aufklärungsarbeit von Jahrzehnten kaputt gemacht wurde. Afrika als Hungerkontinent paßt zu

Afrika den Europäern?

den beiden weitest verbreiteten Meinungen. Die einen können weiterhin mit der Opferbüchse die großen Wohltäter und Entwickler, die Speisenden von Zehntausenden und das christlich-westliche Wunder spielen. Und die anderen haben ihren »Beweis«, daß der »Neger« eben dumm und unterentwickelt ist. Für diese (Selbst-)Bestätigung geben sie alle gern ein paar Groschen ...

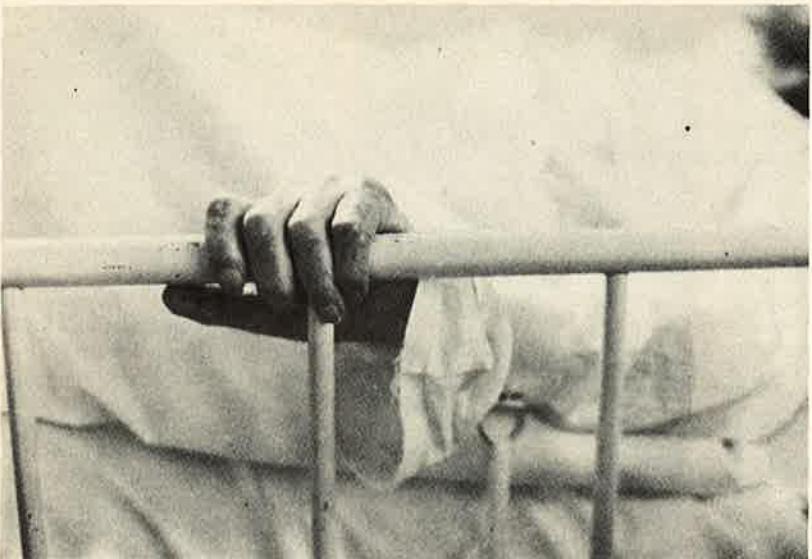
Mit Äthiopien hatte man noch einen zweiten Südenbock zur Hand: den Marxismus und damit den Osten.« Hunger und Unterernährung sind nicht nur das einfache Ergebnis von Dürre und klimatischen Bedingungen, sondern Folge einer weit zurückreichenden Zerstörung traditioneller Lebensformen und Ernährungsweisen, von Politik, Rassismus und großen Geschäften, was der Vergleich mit Südafrika zeigen möge.

Die Republik Südafrika erwirtschaftete fast 35 Prozent des gesamten afrikanischen Bruttonzialproduktes. Ihr Reichtum beruht auf großen Goldvorräten und dem Hunger ausgebeuteter schwarzer Menschen gleichermaßen. Und doch wird hier kaum ein Wort verloren über den Hunger und das Elend, die in den südafrikanischen »Bantustans« herrschen, wo das weiße Regime die schwarze Bevölkerung in sogenannten »Homelands« zusammenpfercht. In der Republik Südafrika sterben jährlich 30 000 schwarze Kinder am Hunger, und die Tendenz ist stark zunehmend. Doch käme keine der großen Organisationen auf die Idee, einen Tag für Südafrika zu veranstalten.

Stattdessen greift die ach so liberale »Zeit« den »prominenten Einzelgänger unter Deutschlands Hungerhelfern, Karlheinz Böhm« in althergebrachter kolonialer Selbstgerechtigkeit an, der es wagt, sich mit seiner Organisation »Menschen für Menschen« am »umstrittenen Umsiedlungsprogramm der äthiopischen Regierung« zu beteiligen, »das viele Kritiker für eine Maßnahme der politischen Unterdrückung halten.«

»Umstritten« klingt gut, »viele« noch besser, doch was ist eigentlich »umstritten«, und wer sind

Foto: Hermann Stamm



Erst stand es nur in den Illustrierten — jetzt diskutiert schon der Bundestag über das Thema »Sterbehilfe«. Norbert Mappes nimmt die Argumente der Befürworter unter die Lupe. Seite 10



Sie ist in der neuen Bundestagsfraktion der Grünen für die Gesundheitspolitik zuständig: Marita Wagner. dg sprach mit ihr. Seite 16



1700 Frauen diskutierten drei Tage lang über Gen- und Reproduktionstechnik. Ein Bericht auf Seite 30

dg-Report

»Früher Tod ist kostendämpfend«	10
»Einschneidende Maßnahmen« Heiner Geißler zum Thema	12
Experten-Hearing im Bundestag	14

Aktuelle Gesundheitspolitik

»Den Käfig nicht vergolden« dg-Gespräch mit Marita Wagner (MdB)	16
Der »Herz-Jesu-Sozialist« baut Opferstöcke	26
Strategien der Bonner Gesundheitspolitik	26
Gruß vom Grafen Lambsdorff dg-Gespräch mit Reinhard Bispingk (WSI)	28

Internationales

Nichts gelernt? Medikamente in der Schwangerschaft	29
---	----

Gesundheitsversorgung

Vom Berge grüßt die Bettenburg Das Marburger Klinikum	18
--	----

Ausbildung

Schwer geprüft Skandal-Physikum	19
------------------------------------	----

Standespolitik

Katastrophe in der Kammer? Denkschrift zur Katastrophenmedizin	22
---	----

Demokratie

Alles ganz normal Berufsverbote in Recklinghausen	23
--	----

Kultur

Krankheit und Kranksein in der Gegenwartskunst	24
Bilder einer Ausstellung	

Pharma

(K)ein Wunderdoktor in Atbara Kinderklinik im Sudan	30
--	----

Dokumente

Gesundheitspolitisches Manifest vom »Großen Ratschlag« in Hamburg	I
Denkschrift zur Katastrophenmedizin	III

Rubriken

Aktuelles	4
Kleinanzeigen/Termine	9
Buchkritik	32
Comix	34
Wir über uns/Impressum	35

ARTIKEL

Studie über Gesundheit von Krankenschwestern

Im Rahmen eines Forschungsprojekts »Erwerbstätigkeit, Familienarbeit und Gesundheit bei Frauen« werden zur Zeit 1000 Industriearbeiterinnen, Krankenschwestern und Medizinisch-Technische Assistentinnen nach dem Zusammenhang von Lebenssituation und Gesundheit befragt. Unter ihnen sind 400 Krankenschwestern. Während derzeit noch schriftliche Fragebögen ausgegeben werden, soll in einer zweiten Phase eine eingehende persönliche Nachbefragung stattfinden.

Die Leiterin des Projekts, die Sozialwissenschaftlerin Dr. Sabine Bartholomeyczik beim Bundesgesundheitsamt, erhofft sich von der Untersuchung epidemiologische Daten über Frauen, die deren Entwicklung in Erwerbs- und Familienarbeit ausreichend berücksichtigen. Sozialmedizinische Erhebungen zu psychosozialen Belastungsfaktoren seien bisher häufig an Männern entwickelt worden. Ergebnisse solcher Untersuchungen, die an Männern orientiert gewesen seien, Frauen aber mit einbezogen hätten, hätten gezeigt, daß das Modell der Risikofaktoren bei Frauen zumindest nicht in der gleichen Weise anwendbar gewesen sei wie bei Männern.

dg wird über erste Ergebnisse des Forschungsvorhabens berichten.

Grundsatzurteil über Schweigepflicht

Die Schweigepflicht von Ärzten und ihren Berufshelfern gilt bereits bei der »Anbahnung des Beratungs- und Behandlungsverhältnisses«. Dies geht aus einem kürzlich veröffentlichten Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofes hervor.

Im verhandelten Fall hatte eine Krankenschwester vor dem Landgericht Wiesbaden Aussagen über den Komplizen eines wegen Diebstahls Angeklagten gemacht. Der Mann hatte sich bei dem Einbruch verletzt und war von dem Mittäter zum Krankenhaus gebracht worden. Laut BGH standen die Wahrnehmungen der Zeugin in unmittelbarem Zusammenhang mit ihrer beruflichen Aufgabe und hätten daher der Schweigepflicht unterlegen.

SPD-Hearing zu Leihmüttern

Unter der Leitung des Rechtspolitikers Alfred Emmerich hat die SPD-Fraktion im Bundestag Experten — unter Ihnen Ärzte, Juristen und Theologen — zu einer Anhörung über künstliche Befruchtung und die Probleme mit Leihmüttern geladen.

Strittige Fragen waren z.B., ob Kinderwunsch für die künstliche Befruchtung ausreiche, ob nur im Reagenzglas oder auch im Mutterleib künstlich befruchtet werden dürfe und ob befruchtete Eizellen schon im Reagenzglas als menschliche Subjekte betrachtet werden müßten, die rechtlichen Schutz verdiennten.

Eine Vertreterin des Deutschen Juristinnenbundes schlug vor, die Gesetzgebung an Adoptivkindern zu orientieren.

Ärztekammer Nordrhein:

»Wir rechnen mit 30 Delegierten«

dg sprach mit
Dr. Erhard Knauer
von der »Liste
Soziales Gesundheitswesen«

dg: Seit wann gibt es die Liste Soziales Gesundheitswesen?

Knauer: Wir sind seit 1977 in der Ärztekammer Nordrhein vertreten. Zunächst waren wir zu fünf, seit 1981 sind wir neun Delegierte. 1973 wurde von einigen im Bund gewerkschaftlicher Ärzte (BGÄ) organisierten Gewerkschaftern erörtert, an den Wahlen teilzunehmen. Das scheiterte daran, daß die Unterschriften auf die Schnelle nicht zusammengebracht werden konnten. 1975 wurde ein neuer BGÄ-Bezirksvorstand gewählt, der sich intensiv mit der Ärztekammer auseinandersetzte. Zeitweilig wurde die Problematik der Arbeit von Gewerkschaftern in der Ärztekammer recht kontrovers diskutiert, 1977 war es jedoch soweit, daß sich eine große Zahl von Kollegen, die fast alle Mitglied der Gewerkschaft ÖTV waren, an der Diskussion um die Erstellung eines Programms der Liste Soziales Gesundheitswesen beteiligten.

dg: Welche Akzente hat die LSG in den letzten acht Jahren bei der Kammerarbeit gesetzt?

Knauer: Der erste Antrag, den wir 1977 in der Kammerversammlung stellten, beinhaltete eine Resolution zur Neutronenbombe. Dieser Antrag wurde —



Dr. Erhard Knauer ist Delegierter der Liste Soziales Gesundheitswesen in der Ärztekammer Nordrhein.

wie fast alle unsere Anträge — nicht in die Tagesordnung aufgenommen. Ebenso erging es dem auf der gleichen Sitzung gestellten Antrag auf Einführung von »generic names« zur Kennzeichnung von Arzneimitteln.

Schwerpunktmaßig haben wir uns beschäftigt mit Krankenhausbedarfsplanung, Kosten-dämpfungsgesetz, struktureller und personeller Situation in den psychiatrischen Großkrankenhäusern, psychischen und physischen Belastungen durch Arbeitslosigkeit, Suchtproblematik.

dg: Hat die Liste Soziales Gesundheitswesen auch Erfolgsergebnisse gehabt?

tenden Ärzte beim Marburger Bund. In der Ärztekammer Nordrhein ist ja wohl auch sehr groß.

Mit einer kleineren Liste aus Köln haben wir vereinzelt auf formaler Ebene zusammengetragen, mit der größeren Liste aus dem Bezirk Düsseldorf kann es für uns aus grundsätzlichen politischen Erwägungen keine Zusammenarbeit — auch nicht formal — geben.

dg: Welche Schwerpunkte bestehen für die Kammerarbeit in der nächsten Wahlperiode?

Knauer: Wir werden uns intensiv mit dem Zivilschutzgesetz auseinandersetzen. Auch das Konstrukt »Arzt im Praktikum« wird sicherlich noch häufig in der Kammerversammlung behandelt werden. Und: die Krankenhausbedarfsplanung wird uns in den kommenden Monaten beschäftigen. Die regionalen Zielplanbesprechungen sind teils schon angegangen.

dg: Werden Sie es leichter haben, Ihre Standpunkte durchzusetzen?

Knauer: Ich glaube ja. Wir rechnen damit, daß wir unseren Stimmenanteil erneut verbessern können. Außerdem kandidiert unsere Liste erstmals im Bezirk Düsseldorf, wir werden somit die Zahl der Delegierten erheblich vergrößern können. Wir rechnen mit ca. 30 Delegierten, damit kann man schon konkrete Arbeit in der Kammer leisten. Deshalb sprechen sie am Arbeitsplatz mit den Kollegen über die Liste soziales Gesundheitswesen. Im Raum Düsseldorf sind wir Wahlvorschlag (Liste) Nr. 4 und im Raum Köln kandidieren wir unter Wahlvorschlag (Liste) Nr. 2.

Beitrag zur Friedens- diskussion?

Einen eigenen Beitrag zur Auseinandersetzung über die Friedensbewegung in der Ärzteschaft hat die Anzeigenabteilung des »Deutschen Ärzteblatts« geleistet. Zum Erstaunen zahlreicher Mediziner erschien im Heft 15/1985 der Zeitschrift eine Werbeanzeige einer Firma »Solido«, die das weithin umstrittene Kriegsspielzeug vertreibt.

Ob in der »Sonderserie für Kenner« in Zukunft auch stärker zielgruppenorientierte Produkte wie Notkrankenwagen, Lazarettmodelle oder gar kleine biegsame Kriegsmediziner feilgeboten werden sollen, konnte die dg-Redaktion nicht in Erfahrung bringen.

Schade.

Längere Ausbildung für MTAs?

Für die Verlängerung der Ausbildung auf drei Jahre hat sich der Deutsche Verband technischer Assistenten der Medizin ausgesprochen. Dies sei angesichts der raschen technischen und medizinischen Entwicklung unumgänglich. In vergleichbaren Medizinberufen betrage die Ausbildungszeit schon seit langem drei Jahre. Der MTA-Berufsverband hatte bereits 1982

**Sonderserie
für Kenner**
Originalgetreue Modellpanzermodelle in limitierter Auflage
(Maßstab 1:50)

DESTROYER M 10 HALF-TRACK M 3
Pz.Kpfw. TIGER I Schützenpanzer M 20

Die oben abgebildeten Modelle können in der Geschäftspunktion A zum Preis von DM 156,- per Nachnahme bestellt werden. - Beim Fachhandel oder direkt bei Solido, Axel Bauer KG, RSU-Filiale 2, Postfach 124.

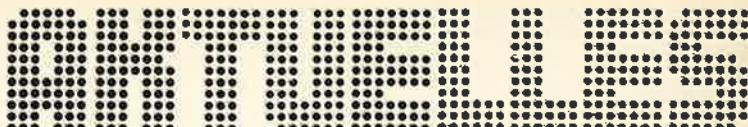
solido

Anzeige aus dem Ärzteblatt vom 1. März '85

einen Entwurf für ein MTA-Gesetz erarbeitet und den zuständigen Stellen beim Gesetzgeber zugeleitet.

SPD will Haedenkampstraße umbenennen

Die Haedenkampstraße in Köln-Lindenthal, Postanschrift der Bundesärztekammer, soll nach dem Willen der SPD-Fraktion in der Lindenthaler Bezirksversammlung umbenannt werden. Begründet wird der Antrag mit der führenden Position Haedenkamps in der Reichsärztekammer vor 1945. Karl Haedenkamp, Mitglied der NSDAP, sei Berater bei der Entfernung jüdi-



scher und sozialistischer Ärzte aus dem Dienst gewesen.

Nach dem Krieg hatte Haedenkamp wieder führende Positionen in der ärztlichen Standesvertretung inne. Vor 30 Jahren benannte die Stadt auf Wunsch der Ärztekammer die Straße nach ihm.

Erzbischof gegen ÖTV- Mitgliedschaft

Für »problematisch« hält der Paderborner Erzbischof Degenhardt die Mitgliedschaft von Katholiken in den DGB-Gewerkschaften Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV) und Handel, Banken, Versicherungen (HBV), da in beiden Organisationen die Aufhebung des Abtreibungsverbots Beschlusflage sei. Insbesondere könne die Kirche »keine Werbung und Betätigung für die ÖTV innerhalb kirchlicher Einrichtungen« dulden.

Die beiden Gewerkschaften hatten ihre Beschlüsse zum Paragraphen 218 mit Blick auf katholische Mitglieder ausdrücklich als nicht für den einzelnen bindend qualifiziert. Der Zugang zu kirchlichen Einrich-

tungen wurde der ÖTV auch vor dem Beschuß zur Frage der Abtreibung verweigert.

Pfiffe bei Klinik- Einweihung

Vorzeitig abgebrochen wurde die Einweihungsfeier für die Medizinische, Neurologische und Radiologische Klinik der Universität Düsseldorf. Zuvor hatte der nordrhein-westfälische Wissenschaftsminister Rolf Krumsieck (SPD) nur unter Pfiffen und Buh-Rufen studentischer Zuhörer seine Rede beenden können. Die Festrede von Bundesbildungssministerin Dorothee Wilms (CDU) ging völlig im allgemeinen Tumult unter.

Der Rektor der Universität, Professor Gert Kaiser, hatte den Studenten erst den Zutritt zur Einweihungsfeier ermöglicht, als diese mit heftigem Klopfen und Rufen (»Aufmachen«) Einlaß begehrten.

Der Protest der Studenten, den auch das kräftig gegehaltende Ärzteorchester nicht übertönen konnte, gehörte unzureichender Medizinerausbildung, hohen Durchfallquoten und dem neuen Hochschulrahmengesetz.



Ernährung:

Warenkörbchen

Vermutet hatten es viele Kritiker schon immer; jetzt liegen auch erste ernährungswissenschaftlich abgesicherte Untersuchungsergebnisse vor, daß bei Sozialhilfeempfängern Schmalzans Küchenmeister ist.

Sozialhilfe setzt sich aus dem Regelsatz, den Mehrbedarfsschlägen und einmaligen Sonderleistungen zusammen. Ausschlaggebende Größe bei den Berechnungen des Unterhalts ist der Warenkorb, in dem die Bedarfsmenge einer Person für die fünf wichtigsten Konsumbereiche des alltäglichen Lebens festgelegt wird. Eine dieser Komponenten ist der Bereich Ernährung. Eine Untersuchung des Instituts für Ernährungsökonomie und -soziologie der Bundesforschungsanstalt für Ernährung kam jetzt zu dem Ergebnis, daß von bedarfsgerechter, ausgewogener Ernährung nur in Ausnahmefällen gesprochen werden kann.

Ein speziell für diese Erhebung entwickeltes Computerprogramm wurde mit Daten aus rund 60 Haushalten gespeist. Vorausgesetzt wurden drei Mahlzeiten inklusive der Tagestrinkmenge, wobei das Mittagessen eine warme Mahlzeit darstellte, die abwechselnd mit und ohne Fleisch verzehrt wurde. Gelegentliche Gaststättenbesuche, das Eis zwischendurch, Süßigkeiten, Knabberereien oder das Bier zum Feierabend wurden als Extras nicht miteinbezogen.

Dennoch, so zeigte sich bei den Berechnungen, reicht der Regelsatz in zwei Drittel der untersuchten Haushalte nicht aus, um eine bedarfsgerechte Ernährung zu sichern. Legt man die Empfehlungen zur täglichen Nährstoffzufluhr der Deutschen Gesellschaft für Ernährung zugrunde, so war der Regelsatz für alleinstehende Frauen zwar ausreichend; Männer hingegen waren energetisch unversorgt.

Für alleinerziehende Mütter mit zwei und mehr Kindern ebenso wie für Ehepaare mit und ohne Kinder reichte der Zuschuß nicht aus, eine ausgewogene Mischkost herzustellen.

Das Rechenexample ist denkbar einfach: Einer Mutter mit zwei Kindern stehen laut Regelsatz rund 507 Mark pro Monat für Ernährung zur Verfügung; benötigt wurden jedoch rund 582 Mark, also 75 Mark mehr als vorgesehen. Sozialarbeiter kennen aus der Alltagspraxis bereits mehr als einen Fall, wo das Geld trotz aller Sparsamkeit nicht reicht und wo vom 20. des Monats an Brot, Kartoffeln und Mar-

melade Hauptnahrungsmittel sind.

Auch wenn die Ergebnisse dieser Studie nicht für alle Haushalte von Sozialhilfeempfängern repräsentativ sind, weil lediglich Bundesdurchschnittspreise zugrunde gelegt und eine zu geringe Stichprobe untersucht wurde, so bestätigt sich ein Trend: Denkt man an die 40 Milliarden Mark, die für Folgeerkrankungen der zu reich gedeckten Tische in der Bundesrepublik entstehen, so sollte alles daran gesetzt werden, nicht weitere unnötige Folgekosten durch eine Unterversorgung entstehen zu lassen.

Angelika Gördes-Giesen

DUKTUS

Neue Verordnung für medizinisch-technische Geräte

Die Bundesregierung hat auf Grundlage des Gerätesicherheitsgesetzes eine neue Verordnung über die Sicherheit medizinisch-technischer Geräte erlassen. Der Unfallschutz bei der Anwendung medizinisch-technischer Geräte soll damit endlich an das durchschnittliche Sicherheitsniveau in anderen, vergleichbaren Bereichen der Technik angeglichen werden.

Für Geräte, die eine lebenserhaltende Funktion haben und solche, die wegen ihrer Funktionsweise besonders gefährlich sind, wurden folgende Bestimmungen festgelegt:

- Bauartprüfungen,
- Behördliche Zulassungen,
- Fachkundige Einweisungen des Bedienungspersonals,
- Regelmäßige sicherheitstechnische Kontrollen.

Für bereits betriebene besonders gefährliche medizinisch-technische Geräte, wie z.B. Infusionspumpen, Herz-Lungen-Maschinen, Beatmungsgeräte und Dialysegeräte gilt eine Übergangsfrist von zwei Jahren, in denen bisher nicht

regelmäßig gewartete Geräte einer vereinfachten sicherheitstechnischen Überprüfung unterzogen werden müssen.

Die Verordnung richtet sich an Hersteller, Importeure und Betriebe medizinisch-technischer Geräte. Ein verbesserter Schutz kommt gleichermaßen Patienten und Bedienungspersonal in Ärzte- und Zahnärztekliniken, in Krankenhäusern und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens zugute. Die neue Verordnung wird zum 1. Januar 1986 in Kraft treten.

Verbraucher: Formaldehyd kennzeichnen!

Eine »umfassende Kennzeichnungspflicht« für Formaldehyd in Haushaltswaren haben die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucher und die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen gefordert. Darüber hinaus sprachen sich die Organisationen für eine »drastische Einschränkung der Formaldehyd-Vermarktung« aus.

Nach einer Untersuchung des Ökologenstituts Freiburg, die dessen Geschäftsführer Rainer Grießhammer gemeinsam mit den Verbraucherverbänden in Bonn vorstellte,

kommt Formaldehyd besonders häufig in Autopflegemitteln, Geschirrspülmitteln, Weichspülern sowie Fußboden- und Haushaltsreinigern vor. Am stärksten belastet waren Desinfektionsmittel, die Konzentrationen bis zu 7 Prozent aufwiesen.

Ulrike Schell von der Arbeitsgruppe Ökologie der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen appellierte an die Verbraucher, möglichst keine formaldehydhaltigen Produkte zu verwenden. Die besonders belasteten Desinfektionsreiniger seien in normalen Haushalten ohnehin überflüssig.

Tod durch Selbstversuche?

Selbstversuche könnten die Ursache für den Tod des spanischen Arztes Antonio Muro sein, wie der behandelnde Arzt vermutet. Muro hatte das vor vier Jahren in Spanien aufgetretene »Giftsyndrom« nicht auf gepanschtes Öl, sondern auf ein Pflanzenschutzmittel zurückgeführt. (dg berichtete.)

Wenige Tage, nachdem in Torrejon de Ardoz ein Junge als erstes von

357 Todesopfern einer »atypischen Lungenerzündung« erlag, hatte Muro Tomaten gegessen, die mit einem Pflanzenschutzmittel behandelt waren. Im November 1984 wurde er das erste Mal mit einem Krankheitsbild, das dem von dem »Giftsyndrom« befallenen Patienten glich, in eine Klinik eingeliefert.

Gute Chancen für Krankenpflege- berufe

Die Zukunftsaussichten von Krankenpflegeberufen bezeichnet der hessische Gesundheitsminister als sehr gut. Zwar seien zur Zeit alle Planstellen besetzt, im Durchschnitt eines Jahres könnten aber rund 2000 Nachwuchskräfte im Krankenhausbereich einen neuen Arbeitsplatz finden. Außerdem entstehe außerhalb der Kliniken ein starker werdender Bedarf an Krankenpflegern bei ambulanten und mobilen Kranken- und Altenpflegediensten.

Seit 1984 hat Hessen 750 zusätzliche Ausbildungsplätze in der Krankenpflege geschaffen.

Dieser dg-Ausgabe liegt eine Werbeinformation des Union-Verlags Zürich bei. Wir empfehlen sie unseren Lesern zur gefälligen Beachtung.

Gesundheitsamt



Ärzteschwemme schwappt an Unna vorbei

Irritiert zeigte sich der Personaldezernent des Kreises Unna: täglich lese und höre er von der drohenden Ärzteschwemme. Seit Dezember 1984 sucht er nämlich einen Leiter für das Kreisgesundheitsamt. Die bisherige Leiterin war zum 31. Januar 1985 vorzeitig in den Ruhestand gegangen. Was bei einer Bezahlung von B2/A16 kein Problem zu sein schien, erwies sich sehr bald als Abenteuer. Die Stelle wurde ausgeschrieben: Ärzteblatt, Zeit, WAZ, Ruhrnachrichten und Westfälische Rundschau erhielten zusammen insgesamt 19 100 Mark für Anzeigen. Die Resonanz war denkbar mager.

Insgesamt gingen vier Bewerbungen ein, davon eine aus dem Gesundheitsamt Unna selbst. Eine Bewerbung erfüllte nicht die formalen Voraussetzungen, zwei

Bewerber waren zwischen 55 und 60 Jahre alt. Die Zentrale für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit in Frankfurt konnte einen weiteren Bewerber anbieten. Personaldezernent Achenbach steht vor einem Rätsel. An der Bezahlung kann es wohl kaum liegen: 6000 Mark Grundgehalt plus Zulagen plus Nebentätigkeiten sind wohl nicht zu knapp.

Auch der Stellenplan sieht mit 13 Arzt- und vier Zahnarztstellen

nicht mickrig aus; allerdings sind nur acht der Arztstellen derzeit besetzt, große Probleme bestehen vor allem im Bereich Neurologie/Psychiatrie und Pulmonologie. Und ausschließlich langweilige Schreibtscharbeit ist auch nicht gefragt: Der Kreis Unna habe ein besonders starkes Engagement im Umweltschutz und sogar ein eigenes Umweltamt eingerichtet. So sei man an einer Pseudokrupp-Untersuchung des Landes im Raum Lünen beteiligt.

Dort werden Informationen über die Luftverunreinigung durch Untersuchung von 400 Schulanfängern und 400 Frauen über 55 Jahren durch medizinische Untersuchungen gewonnen.

Inzwischen ist die Stelle besetzt: von einem Bewerber aus einem benachbarten Gesundheitsamt.

Und die Moral: unsere Gesundheitsämter stöhnen nicht unter der »Ärzteschwemme«, sie warten vielmehr sehnstüchtig auf sie.

Verfahren wegen Rezeptschwindel

2430 Ermittlungsverfahren wegen Rezeptbetruges hat die Generalstaatsanwaltschaft Hamm gegen Ärzte und Patienten eingeleitet.

Der Hammer Generalstaatsanwalt Geißel erklärte, die Verteuerung des Gesundheitswesens sei ohne Zweifel auch auf die »Schwindelabrechnungen« zurückzuführen.

Bislang hat die Staatsanwaltschaft 65 Anklageschriften fertiggestellt, in 280 Verfahren wurde Strafbefehl erlassen. Insgesamt sind noch 334 Verfahren anhängig.

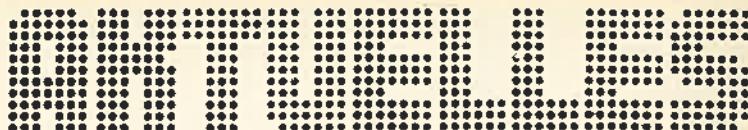
Tod von Steve Biko: Verfahren gegen Amtsärzte

Gegen zwei Amtsärzte, die den von der Sicherheitspolizei mißhandelten schwarzen Bürgerrechtksämpfer Steve Biko 1977 trotz schwerer Verletzungen nicht in ein Krankenhaus eingewiesen und ihm nach seinem Tod »Herzversagen« attestiert hatten, ist siebenhalb Jahre nach dem Tod des damals 30-jährigen ein Disziplinarverfahren eingeleitet worden. Die Standesorganisation der südafrikanischen Mediziner, die es seinerzeit abgelehnt hatte, ein Verfahren gegen die Mediziner zu eröffnen und deshalb für fünf Jahre aus der »International Medical Association« ausgeschlossen worden war, wurde jetzt von einem Gericht in Pretoria zur Aufnahme der Ermittlungen verurteilt. Das Urteil geht auf eine Klage von sechs Ärzten zurück, die

ein Disziplinarverfahren gegen die beiden Ämtsärzte verlangt hatten. Steve Biko, der Medizinstudent war und der Studentenvereinigung SASO vorstand, galt als führender Kopf der »Bewegung für Selbstbewußtsein der Schwarzen« (»Black Consciousness«). Sein gewaltsamer Tod löste scharfe Proteste in aller Welt aus.

Mehr Geld für Hebammen-Schülerinnen

Mit gerichtlicher Hilfe hat eine Hebammen-Schülerin einen Anspruch auf angemessene Ausbildungsvergütung durchsetzen können. Dies teilte die ÖTV in Stuttgart mit. Das Bundesarbeitsgericht in Kassel entschied, die Ausbildung zur Hebammme sei mit der zur Krankenschwester zu vergleichen und auch entsprechend zu vergüten. Nach Auskunft der ÖTV erhalten Schwesternschülerinnen eine monatliche Vergütung von 900 bis 1100 Mark, während Hebammen-schülerinnen oft mit einem »Taschengeld« von 50 bis 100 Mark im Monat nach Hause gehen.



Agitation im Krankenhaus

Gegen die Versuche einer »Gesellschaft zur Förderung der biomedizinischen Forschung«, Parteigänger gegen eine Reduzierung von Tierversuchen bei Chefärzten und Patienten zu finden, hat sich der hessische Minister für Arbeit, Umwelt und Soziales, Armin Clauss, gewandt.

Die Gesellschaft, die laut Clauss allein gegründet worden sei, um die ablehnende Haltung eines großen Teils der forschen Wissenschaft gegen eine Verminderung von Tierversuchen public zu machen, hatte sich brieflich »mit beispiellosem Polemik« und mit »falschen und entstellenden Behauptungen« an Chefärzte aller Krankenhäuser und an Patienten gewandt.

Clauss forderte die Hessische Landesärztekammer, die Hessische Krankenhausgesellschaft und Minister

Geißler auf, sofort einzuschreiten.

Überla-Stelle noch frei

Die Stelle des Präsidenten im Bundesgesundheitsamt wird voraussichtlich noch einige Zeit unbesetzt bleiben.

Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Irmgard Karwatzki, möchte zunächst klären, ob im Ministerium oder im Bundesgesundheitsamt selbst ein geeigneter Beamter gefunden werden kann.

Über eine öffentliche Ausschreibung will Minister Geißler erst nach der internen Suche entscheiden. Einen Zwang, die Stelle auszuschreiben, sieht Karwatzki im Gegensatz zu dem SPD-Abgeordneten Kurt Fiebich nicht. Die Staatssekretärin nannte keine Termine für die Besetzung.

Diese Anzeige erschien während der Smogalarm-Periode in der Westfälischen Rundschau.

SMOG Inhalieren Sie zur Pflege Ihrer Atemwege bei Umweltbelastung, Atemnot, Asthma, Bronchitis. Ganz einfach zu Hause mit dem Inhalationsgerät **MEPHA®-passat**

MEPHA Pharma-Vertrieb GmbH & Co. - Postfach 10 - 7125 Kirchheim/Neckar

Geriatrika:

Glaube und Verheißung



Alter ist keine Krankheit. Trotzdem verkauft die Pharmaindustrie mit großem Erfolg ihre Rezepte gegen das Alter. Bei einem Umsatz von jährlich rund 70 Millionen Mark ein lohnendes Geschäft mit der Pille gegen Altersbeschwerden. Die »Rote Liste 84«, eine vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie zusammengestellte Arzneimittelübersicht, enthält allein 50 Geriatrika. Ihrer Anwendung liegt die Hypothese zugrunde, das Altern sei pharmakologisch beeinflußbar. Die Unbestimmtheit solcher Therapien spiegelt sich in schwammig gehaltenen Anwendungshinweisen wie: Bei vorzeitigem Altern, anzuwenden bei altersbedingten Abnutzungerscheinungen.

Beipackzettel verheißen vieles, halten aber wenig. Dies ergab eine Untersuchung der Stift-

tung Warentest. Sie beurteilte 20 der gängigsten Mittel bezogen auf Anwendungsansprüche, Werbeaussagen und Einnahme. Sechs Präparate erhielten die Gesamtbeurteilung »nicht sinnvoll«, und die restlichen 14 konnten nur als »bedingt« bzw. »wenig sinnvoll« eingestuft werden.

Die Wirkstoffzusammensetzung der Präparate ist vielseitig. Vitamine und Mineralstoffe in Verbindung mit anderen chemischen Substanzen zählen zu den häufigsten Substanzen. Die Anwendung von Vitaminpräparaten geht von der Vorstellung aus, daß Altern aufgrund eines Defizits im Körper zustande kommt. In der kritischen wissenschaftlichen Literatur überwiegt jedoch die Auffassung, daß hier mehr Augenwischerei als ernsthafte, Überprüfbare Therapie getrieben wird.

Gegen teures Geld wird aber nicht nur ein Präparat erstanden, dessen Vitamingehalt billiger durch eine ausgewogene Mischkost zu erreichen ist, auch ge-

sundheitsschädigende Wirkungen sind im Preis inbegriffen.

Zu den möglichen Nebenwirkungen zählen die Aktivierung von Magengeschwüren, Störungen der Leberfunktionen, Übelkeit, Kreislaufbeschwerden und allergische Hautreaktionen. Procain als häufiger Bestandteil ist bei Überreaktionen der Haut oft der ausschlaggebende Faktor. Außerdem kann die ungezielte Gabe von Vitaminen der B-Gruppe die Diagnose von Blutkrankheiten erschweren. Bei allen Zweifeln mußte die Stiftung Warentest eine nicht zu unterschätzende Wirkung zugestehen: Die positive Placebo-Wirkung wurde zwar von keinem Hersteller herausgestellt, doch der nicht objektivierbare therapeutische Nutzen mag mit der Schlüssel zum Umsatzerfolg sein. Der Glaube allein scheint auch hier zu helfen. Für solche ungewissen Erfolgsaussichten der chemischen Altersbremsen greifen Rentner jedoch zu tief in Ihre Tasche.

Angelika Gördes-Giesen

Generika in Northeim

Aus Gründen der Kostendämpfung wollen die niedergelassenen und Krankenhausärzte und die Apotheker im südniedersächsischen Landkreis Northeim mehr Generika verordnen bzw. verkaufen. Dies teilten der Sprecher der Ärzte, Immo Lawacek, und der Sprecher der AOK, Otto Stamm, mit. Der Aufruf wird von den Berufsverbänden und den Krankenkassen im Kreis unterstützt.

Tagung Rheuma und Industriearbeit

Vom 24. bis 28. Juni 1985 findet in Hamburg ein wissenschaftlicher Kongreß zum Thema »Epidemiologie von rheumatischen Erkrankungen und Industriearbeit« statt, der von der Universität Hamburg — Bereich Medizinische Soziologie veranstaltet wird. Während der ersten beiden Tage soll der wissen-

schaftliche Erkenntnisstand zum Zusammenhang von Rheuma und Industriearbeit zusammengetragen werden, im zweiten Teil geht es vorrangig um Fragen der Umsetzung der Erkenntnisse in eine präventive Gesundheitspolitik.

Nähtere Auskünfte bei: Universität Hamburg, Medizinische Soziologie, Martinistraße 52, 2000 Hamburg 20, Tel. 040/4684433

Vom Rundschlag zum Ratschlag

In Hamburg trafen sich Initiativen, Gesundheits-, Sozial- und Umweltgruppen zum »Gesundheitspolitischen Ratschlag« und einigten sich auf ein Manifest. Michael Wunder von der Grünen-Alternativen Liste berichtet und kommentiert.

In Hamburg — wie sicherlich in anderen Regionen auch — steht einer schier atemberaubenden Entwicklung in der offiziellen Gesundheits- und Umweltpolitik eine fast atemberaubende, zersplitterte Szene von Ein-Punkt-Initiativen, Selbsthilfegruppen, alternativen Projekten und Vereinen, Patientengruppen und Personalvertretern von Gesundheitseinrichtungen gegenüber. Es kann deshalb schon als erster kleiner Erfolg angesehen werden, daß auf Initiative des Hamburger Gesundheitsladens am 27. April ein Gesundheitspolitischer Ratschlag stattfand. Gruppen wie die Hamburgische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, die Ärztekammer-Opposition, Selbsthilfegruppen, Personalvertreter, DKP- bis GAL-Gruppen verabschiedeten ein Gesundheitspolitisches Manifest.

Die fundamentale Kritik an der derzeitigen Entwicklung wird in dem Manifest verbunden mit konkreten, auf den kommunalpolitischen Rahmen bezogenen Forderungen. Es vollzieht damit den Schritt, der traditionell der Linken so schwer fällt. Es verbindet den Aufschrei mit den Forderungen für hier und heute und kann damit natürlich auch nicht den Anspruch erheben, schon ein vollständiges gesundheitspolitisches Programm zu sein.

Ausgangspunkt des Manifestes und damit des jetzt in Hamburg zu stände gekommenen Bündnisses ist die Ablehnung des alle Bereiche immer schärfer durchdringenden

Kosten-Nutzen-Rechnens, des Durchrechnens des »Wert des Menschen«, der bewußten Inkaufnahme, ja Einplanung höherer Opferzahlen.

»Es ist durchaus nicht verwerflich, durch Mitteibeschränkung im Gesundheitswesen ein erhöhtes Todesrisiko von Mitgliedern der Gesellschaft in Kauf zu nehmen...« führte 1982 ein Dr. Krämer vom Institut für Höhere Studien in Wien auf einem Symposium des SPD-Arbeitsministers Ehrenberg aus, — unwiderrufen vor einem großen Kreis von Politikern, Wissenschaftlern und Gewerkschaftern.*)

Dieses harte »Risiko«-Denken gibt es aber auch im Bereich der Sozialhilfe, der Heimplanung oder auch der Industriansiedlungspolitik oder im Bereich der Zulassung von gefährlichen Arbeitsstoffen und der willkürlichen Festlegung von Grenzwerten.

Es geht aber längst nicht mehr um die Einplanung höherer Opferzahlen »an sich«, sondern um die Frage, wen es treffen soll und wen nicht. Neben den Alten, Behinderten und den chronisch Kranken, die es jetzt schon trifft, werden ständig neue Gruppen geschaffen, die »nicht anspruchsberechtigt« sind, deren Versorgung zu aufwendig ist, die »nicht chemiefest« sind usw.

Schützenhilfe bekommt diese Entwicklung durch die Neue Rechte und ihre immer weiter verbreiteten neuen, alten Theorien von der Ungleichheit der Menschen, ungleich in ihrer biologischen Ausstattung und in ihrem Willen zur Anpassung und zur Leistung. In diesem Fahrwasser, wo sich »Leistung wieder lohnen soll«, ist vieles möglich:

- der neue Boom der Erblichkeitsforschung im Behindertenbereich,
- die neue, alte »Hochbegabtenförderung«, übrigens mit Schwerpunkt in Hamburg,

* Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Symposium Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn 1982, Seite 158 ff.

— die offene Forderung nach einem Sterilisationsgesetz für Behinderte (in einer Zeit, in der noch nicht einmal die Opfer des alten Sterilisationsgesetzes als Opfer des Faschismus anerkannt sind),

— die Forderung nach einem Sterbehilfegesetz, in der sicherlich Anteile enthalten sind von Forderungen, die einige von uns auf Gesundheitstagen mal erhoben haben, deren ganze Tragweite aber deutlich wird vor dem Hintergrund drastischer Mittelkürzungen im Altenbereich und der neuen Hetze gegen die Alten in Form der »Alterslastquote« in der Rentenversicherungsdebatte.

Auf dem Ratschlag wurde deshalb von einem neuen Spaltungskonzept der Gesellschaft gesprochen.

Auf der administrativen Ebene gibt es hierfür eine Fülle von Belegen, Zum Beispiel sieht die neue Bundespflegegesetzverordnung, die vom Bundesarbeitsministerium im Februar 1985 als Entwurf vorgelegt wurde, die Ausgliederung aus dem allgemeinen, pauschalierten Pflegesatz u.a. vor für psychisch Kranke, chronisch Kranke und Langzeitkranke.

Zum Beispiel werden in zahlreichen Beiträgen zur Neuordnung der Krankenversicherung gleichzeitig Bonus-Regelungen für besonders Angepasste, Gesunde, Pflegeleichte, Junge und Malus-Regelungen für Alte, Risiko-Personen (Raucher, Sportler, Alkoholiker usw.) gefordert. Oder: es wird gleich die Frage der »Neubestimmung des versicherungsberechtigten Personenkreises« aufgerollt. Dem sollen dann Personen aus der Jugend- und Sozialhilfe genausowenig angehören, wie »Dauerkranke« und alle anderen Personen, die »einen nicht versicherbaren Zustand in die Versicherung« einbringen. So lautet jedenfalls eine der Forderungen des »Gesundheitspolitischen Handlungskonzeptes der Gesundheitspolitischen Aktionsgemeinschaft«, vorgelegt im Februar 1985 in Kiel — quasi das »Manifest« der Gegenseite. Vereinigt haben sich darin (mal wieder) die Bundesärztekammer, der Bundes-

apothekerkammer, der Bundesverband der Pharmagroßhändler, der Hartmannbund, die Kassenärztliche Bundesvereinigung usw. Initiiert ist das ganze vom Institut für Gesundheitssystemforschung, Kiel, und dessen Vorsitzenden, Herrn Beske, im Nebenamt auch gesundheitspolitischer Sprecher der CDU!

Krasses Beispiel für das neue Spaltungskonzept ist die absehbare Anwendung gentechnologischer Methoden. Nicht mehr Arbeitsplätze werden verändert, sondern die Arbeiter werden selektiert.

Die Weichen sind gestellt, vom Kampf gegen die Krankheit zum Kampf gegen die Kranken, vom Kampf gegen die Umweltschäden zum Kampf gegen die Umweltgeschädigten überzugehen. Genau hierzu sagt das in Hamburg jetzt verabschiedete Manifest ein gemeinsames und entschiedenes Nein.

Die kommunalpolitisch bezogenen Forderungen in den einzelnen Bereichen sind dabei das Salz in der Suppe. Sie sollen der Gegenseite, den offiziellen Verbänden, den Behörden, der Landesregierung zeigen, was das Bündnis der Gruppen und Initiativen mindestens will. Sie stellen das auch in der breiten Öffentlichkeit nachvollziehbare Profil der eigenen Politik auf der kommunalen Ebene dar.

Das Ganze soll dabei nur der Anfang einer jetzt beschlossenen, längerfristigen Zusammenarbeit der Gruppen und Initiativen sein. Beschlossen wurde ein Zweiter Gesundheitspolitischer Ratschlag für Hamburg, dessen Schwerpunkt die eigenen programmatischen Aussagen sein sollen. Gebildet hat sich eine Vorbereitungsgruppe, die dies für den Bereich der ambulanten Versorgung konkretisieren wird. »Vom Rundschlag zum wirklichen Rat-Schlag«, kommentierte etwas sarkastisch eine Teilnehmerin. Aber, wenn es sich wirklich in dieser Weise weiterentwickelt, hat sich auch das ausführliche Nein gelohnt, und die bekannterweise bei solchen Anlässen oft recht vorschnell gestellte Frage »wo bleibt das Positive?« kann jetzt mit Bedacht im Bündnis der Gruppen weiter angegangen werden.

Michael Wunder

Kleinanzeigen

Gießener Werbeagentur Beilken

Werbung

Werbeberatung
Werbekonzeption
Gestaltung

Textverarbeitung

wissenschaftliche Arbeiten
Korrespondenz
Druckvorlagen
Manuskripte

Bewerbungen

- Beratung für individuelle Bewerbung
- Ihre Bewerbungsunterlagen
- Ihr Vorstellungsgespräch
- die Anfertigung Ihrer Bewerbungsunterlagen

Prospekt mit Preisliste anfordern bei **GWAB**
Dipl.-Psych. W. Beilken
Steinstraße 73,
6300 Gießen
Tel. (06 41) 3 60 02

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

Gesundheitsbrigaden für Nicaragua

Wir suchen dringend für einen sechs- bis zwölfmonatigen Einsatz im Rahmen unseres Projekts in Nicaragua.

Chirurgen/-innen

Bitte melden bei: Gesundheitsladen Berlin e.V., Gneisenaustr. 2, 1000 Berlin 61, Tel. (030) 693 20 90.
Spendenkonto »Nicaragua«, Postscheck Bln-W, 38513-105

Psychoth. Gruppenpraxis (Psychologe, Arzt, Ärztin) suchen **Psychiaterin(-er)** für Kleinstadt Nordhessens zur Mitarbeit. Kassenzulassung erforderlich. Kontakt: Tel. (05694) 447

Ostsee, Ferienwohnung in einem einsamen Bauernhaus. Vollkomfort, für Gruppenprojekte geeignet, 4 Personen DM 50,—, 16 Leute DM 160,—. Tel. (030) 7 812826



»Ich bin ein Kind des Friedens und will Frieden halten für und mit der ganzen Welt.«

(Goethe)

Praxishelferin halbtags in Bingen ab Sommer gesucht: Abrechn., Kartel, Kontakt, kl. Labor, Buchh.-Journal, Schreibmaschine, Steno.
Tel. (06721) 10646 nach 20 Uhr

Wir Frauen suchen eine engagierte **Hebamme** für Niederkunft in Coburg, Stadt und Land.

Kontakt: Frauenzentrum Coburg e.V., Mohrenstr. 3, 8630 Coburg, Tel. (09561) 9 0155

Die Eltern mußten sich gehörig sputzen: Die Geburt geschah in 20 Minuten. So geschehen am 1. Mai, **Lara** tat den ersten Schrei.

Wir freuen uns:
Janna, Barbara und Gunar Horbach-Stempel

Termine

1. Juni Zahnarztpraxen

Frankfurt
Informationsveranstaltung: Die wirtschaftliche Situation der zahnärztlichen Praxis
Veranstalter: Vereinigung Demokratische Zahnmedizin
Zeit: 14 Uhr
Ort: Volkebildungshaus, Eschenheimer Anlage 40, Kleiner Saal, Frankfurt

1./2. Juni Dioxin-Kongreß

Ludwigshafen-Oggersheim
Dioxin-Kongreß
Anmeldung: dg, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3

1./2. Juni Ärzte für Umwelt

Hitzacker/Elbe
Jahresversammlung des Ärztebundes für Umwelt und Lebensschutz
Thema: Auswirkungen von Emissionen von Substanzen mit ionisierter Strahlung / Krebsregister
Kontakt: Siegfried von Wedel, Bornatalstraße 11, 3406 Reyerhausen, Telefon (05594) 1733

10. bis 13. Juni Drogenkongreß

Mainz
Bundesdrogenkongreß
Justiz — Gegner oder Partner der Drogenarbeit?
Veranstalter: Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR)
Anmeldung: FDR, Prinzenstr. 2, 3000 Hannover 1, Tel. (0511) 32 50 23

10. bis 15. Juni WHO-Tagung

Feldafing/München
Intern. Workshop Evaluation und Management im Gesundheitswesen
Veranstalter: WHO, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen und Institut für medizinische Informatik und Systemforschung
Kontakt: gsf, Ingolstädter Landstr. 1, 8042 Oberschleißheim

13.—15. Juni Krankengymnasten-Kongreß

Mainz
Krankengymnasten-Kongreß
Auskunft: Kongreßbüro, Tel. (089) 8 80 70

13. bis 17. Juni Sexualmedizin

Heidelberg 9. Fortbildungstage für praktische Sexualmedizin

Themen: Leidenschaft und Eifersucht / Außereheliche Beziehungen / Deviantes Sexualverhalten / Heterologe Insemination / Gefäßbedingte Erektionsstörungen / Gruppentherapie bei Störungen
Auskunft: Priv.-Doz. Dr. I. Schmidt-Tannwald, Tel. (089) 70 95 46 96

20./21. Juni Kongreß Katastrophenmedizin

Frankfurt
3. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin, Alte Oper
Leitthema: Probleme beim Massenanfall von Kranken und Verletzten. Auskunft u. Anmeldung: OA Dr. E. März, Chir.-Klinik, Kr.-hs. Nordwest, Steibacher Hohl 2-26, 6 Ffm 90, Tel. (069) 7 60 12 35.

21. bis 23. Juni GL-Treffen

Melle/Westfalen
Überregionales Treffen der Gesundheitsläden zum Thema Umwelt und Gesundheit
Anmeldung: Bremer Gesundheitsladen, Braunschweiger Str. 53b, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 4 98 86 34

29. Juni Tagung Zivilschutz

Hamburg
»Zivilschutz: Hilfe oder gefährliche Illusion?«
Arbeitstagung zum geplanten Zivilschutzgesetz und zum Zivilschutz in Hamburg mit Plenum, Arbeitsgruppen und Podiumsdiskussion.
Kontakt: Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6 56 48 45

28. Juni bis 1. Juli IPPNW-Kongreß

Budapest
5. Kongreß der IPPNW
Thema: Zusammenarbeit und nicht Konfrontation ist das Gebot des nuklearen Zeitalters
Auskunft: Geschäftsstelle der IPPNW, Bahnhofstr. 34, 6501 Heidesheim

26./27. Juli Phytotherapie

Tübingen
Jahresmitgliederversammlung der Gesellschaft für Phytotherapie mit Symposium: »Phytotherapie — eine moderne Wissenschaft«
Kontakt: Gesellschaft für Phytotherapie e.V., Agrippinenstr. 2, 5300 Bonn 1

Mit ergreifenden Statements »Betroffener« — meist sind es Angehörige Schwerkranker — wirbt die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben für ihr Anliegen, die Tötung auf Verlangen zu legalisieren. In die Schlagzeilen geriet die Gesellschaft erst, als Hackethal zum Zyankali griff. Norbert Mappes hat sich mit den Argumenten der »Sterbehilfe«-Befürworter auseinandersetzt.

B

Bernd Wilckens war 22 Jahre alt, als er sich bei einem Kopfsprung in seichtes Wasser im Bereich des vierten Halswirbels das Rückenmark zerquetschte. Von da an konnte der Hamburger Elektro-Installateur nur noch seinen Kopf bewegen. Quälende Versuche, ihm die Kontrolle über seinen Körper zurückzugeben, scheiterten. Mit der Hilfe eines von der Hüfte an gelähmten Mitpatienten unternahm Bernd Wilckens einen vergeblichen Versuch, sich zu töten. Bitten an Ärzte und Eltern um Gift blieben unehört.

Wilckens selbst schlug vor, was erstmals 1913 von einem Schwerkranken, Roland Gerkan, in die Debatte gebracht wurde und seither immer wieder zum Gegenstand lebhafter öffentlicher Diskussion wurde: Eine ärztliche »Todeskommission« solle über seinen Wunsch zu sterben urteilen und ihn dann töten. Die Illustrierte »Stern« veröffentlichte seine Geschichte, als er schon zwei Jahre im Bett lag, im Jahr 1974, und stellte auch das Modell der »Todeskommission« zur Diskussion.

»Früher Tod ist

Zur Debatte um die »Sterbehilfe«



fentlichte seine Geschichte, als er schon zwei Jahre im Bett lag, im Jahr 1974, und stellte auch das Modell der »Todeskommission« zur Diskussion.

Was dem »Stern« vor mehr als zehn Jahren gelang, schafften »Spiegel« und »Bild-Zeitung« im vergangenen Jahr mit dem Tod der 78-jährigen Hermy Eckert. Die krebskranke Frau, die unter starken Schmerzen litt, tötete sich mit Zyankali, das ihr der Medizinkritiker und Illustratorenstar Julius Hackethal, ihr behandelnder Arzt, auf den Nachttisch gelegt hatte. »Spiegel« und »Bild« brachten eine Woge der Zustimmung für Hackethal ins Rollen. Jüngstes Ergebnis der neu entfachten Debatte: der Rechtsausschuss des Bundestages hörte am 15. Mai Experten zum Thema »Sterbehilfe« an.

Beide Fälle haben ein Klischee der öffentlichen Meinung aktiviert: Seelenlose Medizintechniker setzen sich in der Regel rigoros über die Wünsche Sterbender hinweg, doch in Frieden »einschlafen« zu dürfen. Die »Apparatemedizin«, die »künstlich« nicht mehr Lebensfähige zu weiterem »Vegetieren« zwingt, steht der »gnädigen« Natur im Wege, die jedem einen sanften Tod beschert.

B

eträchtliche Wirkung hatte auch vor längerer Zeit ein Film über eine Frau, die an Multipler Sklerose erkrankt war, das Fortschreiten der Lähmung an sich beobachtete, die Ausweglosigkeit erkennen mußte und schließlich um ihren Tod bat. Ihr Ehemann, ein Medizinprofessor, der sich um die Rettung bemüht hatte, erfüllte ihr den Wunsch, wurde angezeigt, kam vor Gericht und klagte in einem bewegenden Plädoyer die Rechtsordnung an, die seiner Frau das »Recht auf den Tod« verweigerte.

Der Film, »Ich klage an«, kam 1941 in die Kinos. Seine Wirkung war präzise kalkuliert; die Dramaturgie war bis in Einzelheiten mit der Kanzlei des Führers abgestimmt. Parallel dazu waren die Morde der Nazis an geistig Behinderten und psychisch Kranken längst im Gange. Ein »Gesetz über Sterbehilfe« wurde zwar vorbereitet, aber nie erlassen. Götz Aly, der die Vernichtungsstrategien der Nazis dokumentiert und analysiert hat, sieht in dem Film ein politisches Mittel, »zwei ganz gegensätzliche Arten des Gewissenskonflikts ruhigzustellen«: den der Vollstrecker und den der Angehörigen der Getöteten. Der Film habe »in einer krisenhaften Situation genau diese Zweigleisigkeit des Verfahrens zu Gunsten des Bedarfs der verschiedenen Gewissen formuliert: die absolute Privatheit der Situation, ein Gesetz, das es

geben müßte, aber nicht gibt, ein diskret „helfender“ Staat.« Aly weiter: »Es kam darauf an, die Anstaltstötungen informell zu legitimieren und sie gleichzeitig durch Propaganda und Sprachregelung zu einer absolut privaten Angelegenheit zu machen, zu einem umstrittenen ‚Problem‘, vor dem jeder mit sich allein ist.«

Die Privatheit der Situation, das Gesetz, das es geben sollte, aber nicht gibt: das kennzeichnet auch den Fall Hackethal, der, obwohl er wirklich geschehen ist, an Kunstfertigkeit in der Dramaturgie dem Nazi-Film in nichts nachsteht. Anstaltsmorde gibt es im Alltag der Bundesrepublik allerdings nicht. Was es gibt, sind Zwangssterilisationen (siehe Artikel in diesem Heft) und rigorose Sparmaßnahmen im Gesundheitsbereich.

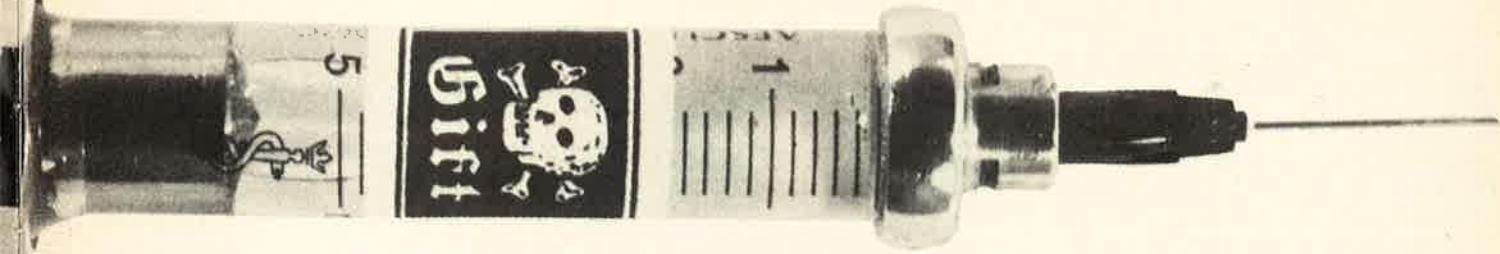
A

ls Hackethal den Tod seiner Patientin in Szene setzte, gehörte der »Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben« an, die sich seit ihrer Gründung 1980 für die Freigabe der »Sterbehilfe« einsetzt und eine »Reform« des Paragraphen 216 im Strafgesetzbuch (Tötung auf Verlangen) anstrebt. Mittlerweile ist Hackethal wegen vorwiegend finanzieller Quereien ausgetreten. Mit seiner »tödlichen Video-Show« (Aly) am Sterbebett von Hermy Eckert hat er der Organisation zur Verdoppelung ihrer Mitgliederzahl verholfen.

Die DGHS ist kein Verein von Neonazis. Sie kann darauf verweisen, daß die Anhänger der »Sterbehilfe« sich in allen politischen Lagern finden. Eine Umfrage des Allensbacher Instituts für Demoskopie im vergangenen Herbst ergab, daß 66 Prozent der Bevöl-



«t kostendämpfend»

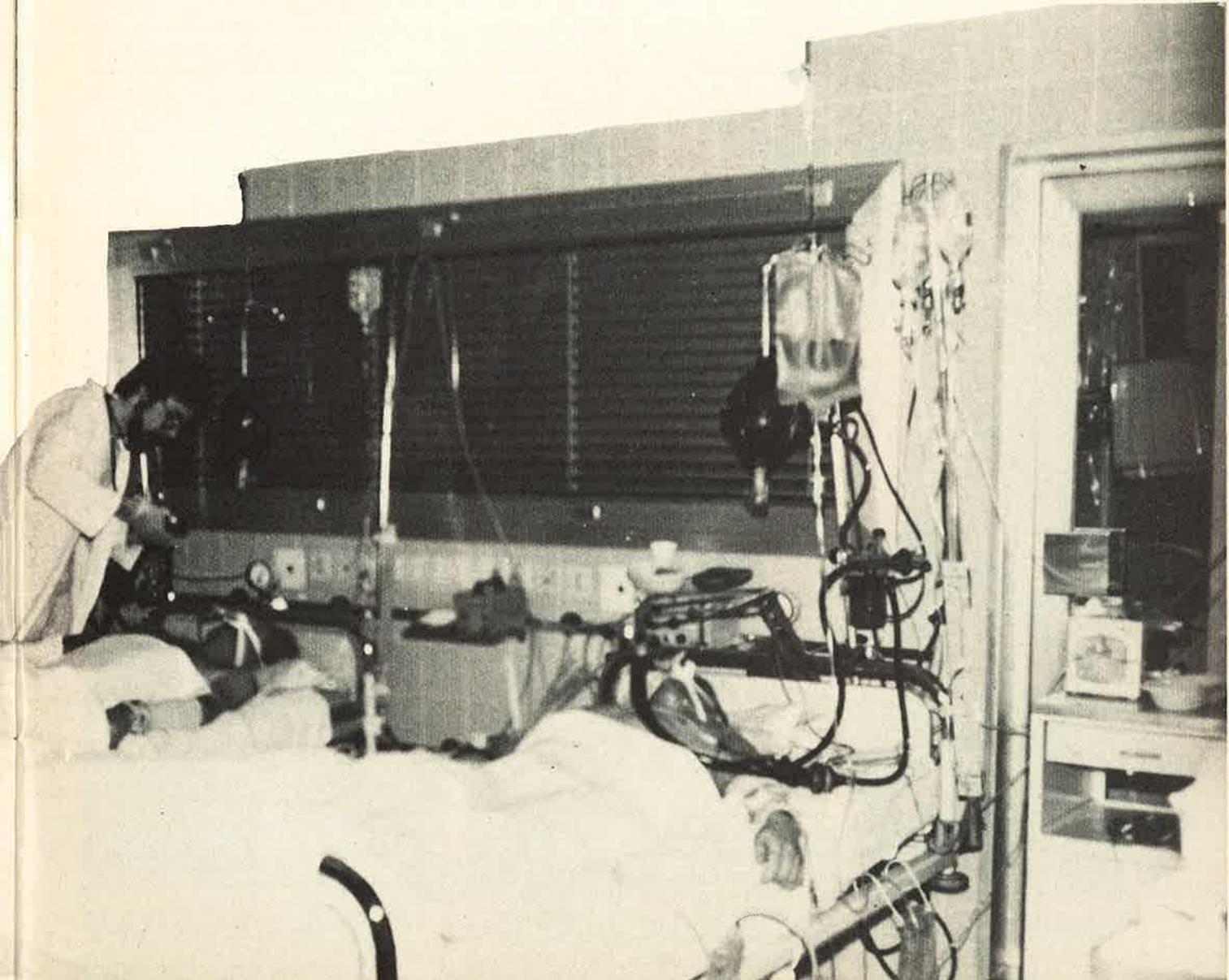


kerung einen Arzt nicht bestraft seien wollen, der seinem Patienten auf dessen Wunsch ein tödliches Medikament gibt. Bei den Anhängern der Grünen sind es 73 Prozent, bei SPD-Wählern 75 und bei den Wählern der CDU/CSU nur 58 Prozent. Die Einladung zum »Sterbehilfe«-Hearing im Bundestag verdankt Hackethal den Grünen.

Dennoch: mit dem braunen Erbe tut man sich schwer. Es sei, so die DGHS in einer ihrer Broschüren, eine »Gewissenlosigkeit«, wie vor (!) ihrer Gründung »jedes humanitä-

rc Engagement für die Sterbehilfe mit dem ‚Schreckgespenst‘ Hitler verhindert worden« sei. Hitler als Buhmann, mit dem man kleine Kinder erschreckt? »Nachdem das ‚Schreckgespenst‘ Hitler zunehmend unwirksamer wird, die Mitmenschen zu verängstigen« — glücklicherweise? —, »mußte man etwas neues sich einfallen lassen«. Die DGHS

scheut sich auch nicht, die Gegner freier »Sterbehilfe« ausgerechnet mit den Massenmördern zu vergleichen: Die »Verbrechen Hitlers« und »die Tatsache, wie einige geschäftliche Gruppen aus diesen Verbrechen politisches Kapital schließen, seien »beides traurige Ereignisse in unserer Geschichte, die



sich besser nie ereignet hätten«. Das Wort »Euthanasie« wird nicht verwandt — es gilt als »belastet«. Daß nicht nur das Wort, sondern auch die Sache belastet sein könnte — auf diese Idee scheint niemand zu kommen.

Jeder Mensch hat das Recht, seinen Todeszeitpunkt selbst zu bestimmen.« Mit diesem Satz in seiner Stellungnahme für den Bundestag hat Hackethal das Hauptargument der »Sterbehilfe«-Befürworter klar formuliert. Der Satz ist absurd.

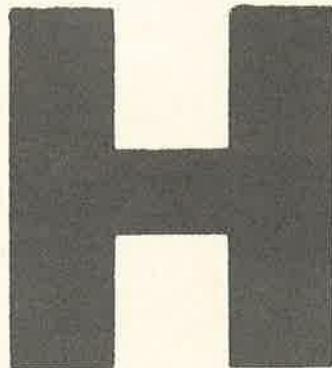
Gemeint ist das Recht, seinen Todeszeitpunkt vorzuverlegen. Nur dann gibt der Satz einen Sinn. Denn kein Gesetz kann dem, der weiterleben will, das Recht garantieren, »seinen Todeszeitpunkt selbst zu bestimmen.« Das Recht, das Hackethal fordert, gleicht der Freiheit jedes Bürgers, unter Brücken zu schlafen und sich aus Abfällen zu ernähren. Ihm steht nicht das Recht gegenüber, in Pälästen zu wohnen und in Restaurants zu tafeln.

Unter Brücken schlafen will, wer anderswo keine Bleibe hat — und sterben will der, dem das Leben unerträglich wird. Wie erträglich es ist, hängt von Bedingungen ab. Das Geheimnis der Todessehnsucht liegt nicht im Tode, sondern im schlechten Leben. »Etwas Besseres als den Tod finden wir

alleinmal«, sagten sich die Bremer Stadtmusikanten.

Dic DGHS, die sich verschiedener Argumente für ihr Anliegen bedient, liebt es besonders, die Briefe Angehöriger für sich sprechen zu lassen. Gelegentlich kommen auch Briefschreiber zu Wort, die sich selbst den Tod wünschen. In ihrer Broschüre »Die Ver-

merkt: das client der DGHS nicht etwa zur Anklage der Bedingungen, unter denen diese Frau zu leben gezwungen sein wird, sondern als Argument für ihr Recht auf den »Freitod«. Menschen, die alles nicht bekamen, was sie im Leben wollten, und die nur noch sterben möchten, sollen diesen letzten Wunsch, als einzigen!, erfüllt bekommen.



ackethal: »Jeder Mensch hat das Recht, seinen Todeszeitpunkt selbst zu bestimmen.« Der Satz ist absurd.

storbenden klagen an« zitiert die DGHS eine 59jährige Frau mit ihrer »grauenhaften Angst vor einem entsetzlich schmerzhaften Kreipieren«: »Die Zukunft: Gehirntod bei noch gesundem Herzen. Keine liebevolle Pflege, Endstation: endloses Vegetieren in einem obskuren Pflegeheim«. Wohlge-

Bernd Wilckens, der Querschnittsgelähmte, der im »Stern« seinen Tod forderte, wurde zwei Jahre nach dem Bericht noch einmal in der Illustrierten vorgestellt. Er wollte nicht mehr sterben. Gelähmt wie ehedem, konnte er, nach einem Rehabilitationsprogramm, selbst im Rollstuhl fahren. Wäre es

»Einschneidende Maßnahmen«

Heiner Geißler zum Thema



»Die modernen Medizin mit ihren unbegrenzten technischen und medikamentösen Möglichkeiten stellt die Verantwortlichen in Gesellschaft und Politik in zunehmenden Maße nicht nur vor schwierige gesellschaftspolitische, ethische, theologische und rechtliche Probleme, sondern auch vor finanzielle Schwierigkeiten, die wir ohne einschneidende Maßnahmen nicht lösen können.«

Ob sich Lebensverlängerung noch auszahlt, läßt sich zwar errechnen. Aber das gehört sich nicht. Leider auch dann nicht, wenn es für uns alle ziemlich teuer wird:

»Trotz der Tatsache, daß z. B. im Versicherungswesen das Menschenleben durchaus in monetären Äquivalenten dargestellt wird, tritt die ökonomische Denkweise so lange in den Hintergrund, wie die Frage nach dem Sinn und Wert menschlichen Lebens nicht in den Bereich des individuellen Daseins und dessen Beziehung zu Angehörigen, Mitmenschen und Umwelt vorstößt. Geschieht dies jedoch, dann erhält die Lebensverlängerung oder das Errichten vor dem sicheren Tod eine soziale Dimension, die den Wert menschlichen Lebens in Relationen zur menschlichen Gesellschaft und zum von dieser Gefahr betroffenen Individuum selbst bringt. Auch hier wird dann nicht mehr nach der Ökonomie der Intensivmedizin gefragt; vielmehr scheint der Mensch so sehr der Humanität verpflichtet, daß der Preis, ein Leben für die Menschheit zu erhalten, keine Grenzen kennt.«

Eine Grenze gibt es zum Glück doch. Die liegt da, wo man von »Persönlichkeit« nicht mehr sprechen mag:

»In einem Staat mit einem Bruttonsozialprodukt von 1 Billion DM darf aber eine Einschränkung gerade der Intensivmedizin aus wirtschaftlichen Gründen nicht zugelassen werden, darf kein finanzielles Opfer gescheut werden, wenn es darum geht, Menschenleben unter menschenwürdigen Bedingungen zu erhalten. Die Grenze ist

dort, wo von Persönlichkeit und Person, also menschlicher Existenz, nicht mehr gesprochen werden kann und jede Aussicht auf Wiedererlangung entsprechender Eigenschaften erloschen ist. In dieser Situation muß das Recht des Patienten, in Würde zu sterben, dem Bestreben der modernen Medizin, mit Hilftechniken ausgefeilter Techniken und optimaler Behandlung den Tod zu besiegen und das Leben, wenn auch nur kurzfristig, zu verlängern, vorgehen.«

So kann also mit 82 Schluß sein. Oder mit 75? Warum soll ein 20jähriger Schwerstbehinderter nicht das Recht »auf einen barmherzigen Tod« haben, wenn von »Persönlichkeit« bei ihm nicht gesprochen werden kann?

Eine wohlfeile Ethik.

»Wir diskutieren heute nicht ohne Grund über die passive Lebens- und Sterbehilfe und fragen, ob der Mensch nicht auch einen Anspruch auf einen barmherzigen Tod hat, ob wir ihn nicht vor der Anwendung der hochgradig mechanisierten und technisierten Wissenschaft und ihren apparativen Möglichkeiten schützen müssen. Dürfen wir zum Beispiel einen schon vom Tode gekennzeichneten 82jährigen Menschen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln noch etwas länger am Leben erhalten?«

Sterbehilfe oder
Wie weit reicht die ärztliche Behandlungs pflicht?



nach den Befürwortern der »Sterbehilfe« gegangen, hätte Wilckens das nicht erlebt. Von fünf Querschnittsgelähmten, so zitierte der »Stern« die Bundesärztekammer, habe nur einer die Chance auf eine Betreuung, die dem Stand der Technik entspreche.

Ein »ganz privates Schicksal«? In der Debatte um die »Sterbehilfe« ist immer wieder die Rede von Menschen, die auch »bei optimaler Versorgung« nicht mehr leben wollen. Aber wo gibt es diese optimale Versorgung?

Das Ausblenden der Umstände, unter denen der Wunsch zu sterben entsteht, hat Methode. Man muß schon sehr genau hinsehen, um die Wirkung dieser Umstände zu erkennen. So schreibt ein Fritz B. aus Bayern an die DGHS über den Tod seiner Tochter: »Eine Überführung nach Arlesheim/Schweiz scheiterte an den Kosten. So mußte meine arme Tochter langsam und qualvoll sterben.« Aber Fritz B. bedauert nicht, daß die Kasse das nötige Geld nicht hergeben wollte, sondern »daß ich nicht mehr im Bezug einer Blausäurekapsel aus dem Kriege war, sonst hätte ich meiner armen Tochter geholfen.« Und die DGHS drückt es gern in ihrer Broschüre.

Es muß gar nicht das Ausbleiben einer wichtigen Operation oder ein Mangel in der Pflege sein, der einem schwer Kranken das Leben als »nicht mehr lebenswert« erscheinen läßt. Hackethals Krebspatient etwa war von der Krankheit entstellt und traute sich nicht mehr auf die Straße — ein Umstand, auf den Götz Aly hingewiesen hat. Darauf, daß auch Gefühle der Scham eine Rolle spielen, deuten auch die Briefe hin, die die DGHS zitiert. Immer wieder taucht der Wunsch von Angehörigen auf, etwa den al-

ten Vater »anders in Erinnerung« zu behalten, und nicht, so wörtlich, »als kindischen Greis«.

Auch Sterbende orientieren sich an gesellschaftlich gültigen Kriterien. Welche Rolle spielt das Gefühl eines Kranken, überflüssig zu sein, eine Belastung für die Angehörigen, für die Gesellschaft? Wer das Recht auf »absolute Selbstbestimmung« zum Tode einklagt, fordert die Schwerkranken *auch* auf, ein Urteil an sich selbst zu vollstrecken, das die Gesellschaft über sie gefällt hat. Das Leben, das einem Kranken nicht mehr lebens-

wert erscheint, ist unter Umständen eines, das von der Gesellschaft als »lebensunwert« gebrandmarkt wird. Der Begriff wird natürlich nicht verwandt. Schließlich ist er »belastet«.

Rudolf Wassermann, ein Jurist und Strafrechtsreformer, der das liberale »Recht auf den Tod« fordert und dabei wie Hackethal vom Selbstbestimmungsrecht des Menschen

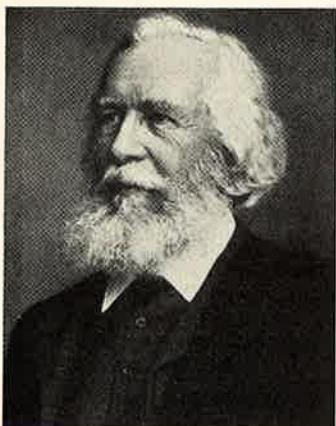
N

**icht zuletzt die
Debatte um die
»Sterbehilfe«
selbst kann die
Todeswünsche
Schwerkranker
befördern.**

wert erscheint, ist unter Umständen eines, das von der Gesellschaft als »lebensunwert« gebrandmarkt wird. Der Begriff wird natürlich nicht verwandt. Schließlich ist er »belastet«.

Nicht zuletzt die Debatte um die »Sterbehilfe« selbst, die von der DGHS mit Begrif-

ausgeht, hat erkannt: »Jedes Recht ist das Ergebnis gesellschaftlicher Entwicklungsprozesse, wirkt aber auch auf diese zurück. So hat auch die Anerkennung des Rechts auf den eigenen Tod — wie jeder Rechtsfort-



»Sterbe-
hilfe«-Be-
fürworter
Ernst
Haeckel
(1834-1919)

Nutzen für die
Menschheit?



»Sterbe-
hilfe«-Be-
fürworter
Hans Hen-
ning Atrott
(DGHS)

Demographisches
Konzept gefordert



»Sterbe-
hilfe«-Be-
fürworter
Prof. Dr.
Julius
Hackethal

Jeder soll selbst
bestimmen

»Wer A sagt, muß auch B sagen!«

»Sterbehilfe«-Hearing im Bundestag

G riffige Sprüche von Professor Hackethal gibt es reichlich. Vor allem werden sie fast überall gern gedruckt. In der Runde von sechzehn Experten, meist Medizin- und Juraprofessoren, die der Rechtsausschuß des Bundestages am 15. Mai anhörte, nahmen sich die Beiträge des populären Provokateurs eher düftig aus. In Sachen »Sterbehilfe« ist der Privatklinikchef vom Chiemsee halt schlicht ein Praktiker.

Es kann nicht daran gelegen haben, daß Hackethal nichts Empörendes von sich gegeben hätte. Gleich zu Beginn zitierte er eine »reiche Konsulin aus Wien«: »Wenn wir nicht soviel Geld gehabt hätten, hätte ich nicht so lange leiden müssen.« Daß die Krankenhäuser zu gut ausgerüstet wären, kam in dieser Deutlichkeit nicht einmal dem DGHS-Präsidenten Atrott von den Lippen. Eine Ergänzung der Bergpredigt um den Satz »Selig sind die Armen, denn sie werden rechtzeitig ins Himmelreich eingehen« wäre überdies wohl auch auf Skepsis bei den anwesenden Theologen gestoßen, die noch mit den klarsten Worte zum Thema fanden.

Im Vordergrund der Auseinandersetzungen stand der Streit der Juristen um das Urteil des Bundesgerichtshofs im Fall des Dr. Wittich, der eine 76jährige, durchaus nicht sterbenskranke Patientin mit Schlaftabletten vergiftet in ihrer Wohnung aufgefunden hatte und ihrer Bitte nachgekommen war, nichts zu ihrer Rettung zu unternehmen. Der BGH hatte den Arzt zu einer mehr symbolischen Strafe verurteilt. Richter Kutzer, dem Berichterstatter zu diesem Fall, kam die Aufgabe zu, das Urteil gegen die Rechtsprofessoren zu verteidigen. So kritisierte Professor Jäger von der Humanistischen Union — die im übrigen wie die DGHS für eine Änderung des Paragraphen 216, Tötung auf Verlangen, plädiert —, »symbolische Minimalstrafen«: Wenn das Gericht moralisch freisprechen wolle, solle es das auch strafrechtlich tun.

Kutzer fand klare Worte. Zum vielzitierten »Parallelfall« des 20jährigen, der im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte den Gashahn aufgedreht hat und dessen hinzukommenden Va-

Fand
klare Worte:
**BGH-Richter
Kutzer**



Nahm sich
dürftig aus:
**Prof. Hacke-
thal**



ter niemand recht zumuten wollte, den »autonomen Wunsch des Sohnes schlicht zu respektieren, fragte der Richter: »Soll man denn eine Grenze ziehen und die über 70jährigen sterben lassen? Wer A sagt, muß auch B sagen.« Kutzer war denn auch einer der wenigen, die sich aus dem Dickicht der konstruierten Fälle befreiten und auf die gesellschaftlichen Auswirkungen einer Lockerung des Tötungsverbots zu sprechen kamen: »Wir setzen doch die alten Menschen in den Pflegeheimen einem Druck aus!«

Unter sprach- undverständnislosem Kopfschütteln des Sterbehilfe-Präsidenten Atrott bekam Kutzer Schützenhilfe von den Theologen. Oberkirchrat Winkler von der Evangelischen Kirche kam ausdrücklich auf die Erfahrungen von vor 1945 zu sprechen. Er betonte die »bewußtsinsbildende Wirkung« einer Freigabe und sprach von einer möglichen »Nötigung der Sterbenskranken«. Winkler warnte vor der Neigung der Gesunden, einen Todeswunsch voreilig zu unterstellen, und zeigte sich unbehaglich angesichts der »Standardfälle«, über die die Juristen sich stritten. Auch der katholische Moraltheologe

Professor Reiter weigerte sich, dem Klischee zu entsprechen, das (links-)liberale »Sterbehilfe«-Befürworter sich gern vom Standpunkt seiner Kirche machen. Nur am Rande wies Reiter auf die katholische Auffassung hin, der Schmerz sei »Anteil am Leiden Christi«. In erster Linie ging es ihm um die Gefahr einer Bewußtseinsänderung in der Bevölkerung. Eine »weiche Stelle« in der Achtung menschlichen Lebens dürfe es nicht geben. Der Arzt dürfe nicht zum »Diener des Todes« werden.

Der Medizinhistoriker Professor Seidler stellte die berufs-ethischen Regeln und Formeln für Ärzte in verschiedenen Kulturen dar. Überall galt: »Ein Arzt, der aktiv Leben beendet, handelt nicht mehr als Arzt.« Der Kranke müsse darauf vertrauen können, daß seine Helfer nicht über den Wert oder Unwert des ihnen anvertrauten Lebens befinden. Sonst werde das grundsätzliche Vertrauen erschüttert.

Professor Opderbecke, Arzt und Generalsekretär der Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin trug als einziger Mediziner Konkretes bei. Die beschworene Entscheidungsfreiheit Schwerkranker sei meist nicht gege-

ben; Einflüsse aus der Umgebung seien stark, der Kranke könne sich nur schwer von ihnen distanzieren. »Trotz unklarer Rechtslage« sprach Opderbecke gegen jede gesetzliche Reglementierung.

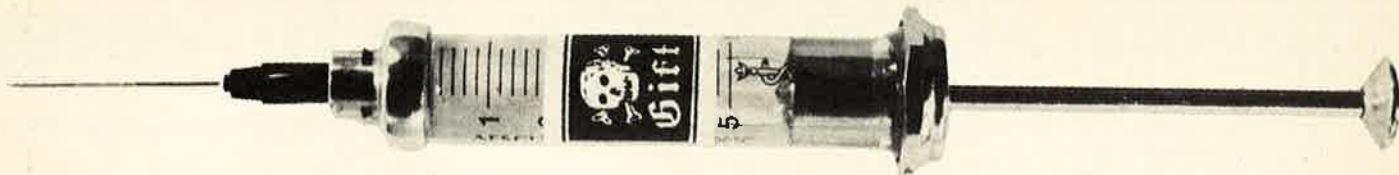
An Gesetzmänderungen mochte außer Atrott, Hackethal und der Humanistischen Union (in deren Beirat übrigens zahlreiche prominente Linke sitzen) niemand so recht heran. Nur einige Juristen diskutierten, nicht sehr konkret, Änderungen am Paragraphen 323 des Strafgesetzbuches, der die unterlassene Hilfeleistung unter Strafe stellt. Für allgemeines Verständnis sorgte Hackethal, der die meist recht differenziert debattierende Expertenrunde mit Beiträgen schockierte, die sicher in der »Bild-Zeitung« einen angemessenen Platz gefunden hätten. So verlangte der Zyankali-Professor einen Strafparagraphen für Ärzte, die ihre Patienten »unwürdig« sterben ließen: »Das wäre eine für alle Welt beispielhafte Großtat.«

Die Abgeordneten, für deren Ohren der ganze Streit ausgezogen wurde, zeigten sich eher wenig interessiert. CDU-MdB Stark wie der SPD-Rechtsxperte Emmerlich beschränkten sich auf höfliches Nachfragen, während Norbert Mann von den Grünen ein Statement über die Gefahren freier »Sterbehilfe« hielt, das in weiten Teilen wie eine Entschuldigung dafür klang, daß ausgerechnet seine Fraktion es war, die den umstrittenen Hackethal eingeladen hatte. Ansonsten mühete sich Mann vergeblich, dem Medizinprofessor Fritsche ein paar konkretere Töne zu entlocken. Fritsche hatte wortreich die mangelnde Bereitschaft von Familien kritisiert, ihre Sterbenden zu versorgen, die »Einstellung der Bevölkerung in unserer Zeit« klagt und eine »geistig-seelische Umorientierung« gefordert.

Mit einem knappen Schlußwort sprach der Ausschußvorsitzende Helmrich (CDU) den meisten Anwesenden aus dem Herzen: Von einer »Reform« der Paragraphen solle der Gesetzgeber doch wohl besser »die Finger lassen«.

Schön wäre es außerdem, wenn einige andere zusätzlich den Mund hielten.

Norbert Mappes



schrift. — Konsequenzen für das gesellschaftliche Leben.« In der Tat. Aber mit den Konsequenzen meint Wassermann »die Achtung vor dem Freitod«. Kein Wunder: Wassermann scheut sich nicht, das Nachlassen des Grauens vor den Massenmorden der Nazis als »Chance« zu feiern: »Nachdem das Tabu, das infolge der nationalsozialistischen Vernichtungsaktionen gegen ‚lebensunwertes‘ Leben der unbefangenen Erörterung der Problematik entgegenstand, weitgehend gewichen ist, sind die Chancen für eine vorurteilsfreie Diskussion gesticgen.«

Die »unbefangene Erörterung der Problematik« fand in Deutschland lange vor 1933 statt. Nach 1945 war man zeitweise etwas befangen. Aber jetzt geht es wieder.

Ganz »unbefangen« schrieb Ernst Haekel (1834–1919), ein anerkannter Naturforscher und Gründer des »Deutschen Monistenbundes«, einer einflußreichen Organisation, der auch linksliberale Naturwissenschaftler angehörten: »Welchen Nutzen hat die Menschheit davon, daß die Tausende von Krüppeln, die alljährlich geboren werden, Taubstumme, Kretinen, mit erblichen Übeln Belastete usw. künstlich am Leben gehalten werden? Und welchen Nutzen haben diese bemitleidenswerten Geschöpfe selbst von ihrem Leben?«

Hier ist freilich nicht von »Tötung auf Verlangen« die Rede, deren Freigabe die DGHS heute fordert. Aber die Grenze zwischen ihr und der Vernichtung lebensunwertes Lebens ist ohnehin nicht klar zu ziehen, wo die gesellschaftlichen Vorstellungen vom »Wert des Lebens« in das Verlangen nach dem Tode eingehen. Die DGHS tut das ihre, sie weiter zu verwischen. So zitiert sie für ihre Sympathiewerbung einen Dieter K. aus Geseke, der anprangert, wie das »rein animalische Leben« seiner Schwiegermutter »unsinnig verlängert« wurde: »diese zeitlebens gütige, tatvoller Frau war am Ende ein de facto nicht mehr menschlicher = unwürdiger, aber atmender Organismus?« Wer mag in dieser Terminologie noch alles unter die »unwürdigen Organismen« fallen?

Daß es der DGHS nicht nur um die tragischen Einzelfälle geht, deutet sie vage an, wenn sie in einem Brief an Bundeskanzler Kohl ein »demographisches Konzept« fordert, da die Zahl der Rentner bis zum Jahr 2000 »sich ungefähr verdoppeln« werde. Wie ein solches Konzept aussehen könnte, läßt sich erraten.

Niemand fordert offen die Vernichtung der »Lebensunwertes«. Was wir aber erleben, ist das schrittweise Heranführen an Verständnis für solches Handeln. Und das hat seinen grausamen Sinn. Man braucht dabei nicht nur an die Gasöfen der Nazis zu denken. Ist nicht schon viel »gewonnen«,

wenn die öffentliche Meinung bei der Diskussion über die »Maximalversorgung« Kranker nicht an die entgangenen Lebenschancen, sondern daran denkt, daß es für viele doch »besser so ist? Gäbe es einen Sturm der Entrüstung, wenn plötzlich erlassen würde, daß über 75jährige nicht mehr auf Intensivstationen behandelt werden? Hört man sich die gängigen Argumente an, mag man nicht darauf hoffen.

Eine Ursula R. über ihren leberkranken Mann: »Er wurde nur durch Infusionen und Spritzen am Leben erhalten (wenn man so etwas noch Leben nennen kann).« Natürlich denkt sie nicht an den Diabetiker, der ebenfalls »nur durch Spritzen am Leben erhalten werden kann« — ebensowenig wie die Frau auf einer Kölner Veranstaltung, die Leben als etwas verstehen wollte, das »nicht nur von Apparaten abhängig ist«, dabei an die Träger von Herzschrittmachern oder an Dialyse-Patienten gedacht haben wird. Was geht noch durch, was ist schon zu teuer? Der Schrittmacher? Die Herz-Lungen-Maschine?

Die Debatte für die »Sterbehilfe« ist die Begleitmusik zur Politik des Sozialabbaus und der Kostendämpfung — wobei das Orchester kaum ahnt, wozu es da eigentlich aufspielt. Die DGHS bestätigt es zumindest indirekt — auch wenn sie stets nur vom Interesse des Kranken selbst spricht und es anderen überläßt, das Interesse der Gesellschaft zu formulieren. Unter den so zahlreichen Briefen, die sie zur Stützung ihres Anliegens verbreitet, ist auch der eines Mannes aus Hamburg, der nach dem Tod seiner Schwester schrieb: »Die Bezahlung der beiden letzten Rechnungen des Krankenhauses, die in bekannter Überbewertung ihrer Tätigkeit unverschämterweise mir anheimgestellt werden, habe ich abgelehnt.« Es ist die Erregung eines Kunden über die hohe Reparaturrechnung an seinem altersschwachen Auto, die sich da auftut. Nach ökonomischen Gesichtspunkten hätte die Werkstatt es verschrotten müssen. Eine Frau aus München beschwerte sich — vergeblich — bei der AOK. Sollte ein anderer eines Tages dort Erfolg haben, ist der Tag nicht weit, an dem die Krankenhäuser derart unpopuläre Leistungen nicht mehr erbringen.

Mit bisher einmaliger Klarheit hat ein deutscher Medizinprofessor, H. Schaefer aus Heidelberg, sogar die Pflicht zum Tod beschworen: »Es muß sich die Einsicht durchsetzen, daß niemand das Recht hat, um des geringen Vorteils sehr kurzer Lebensverlängerung hohe Opfer der Solidargemeinschaft zu verlangen. Zur Ei-

genverantwortung gehört auch die Bescheidenheit, die sich u. a. auf das freiwillige Opfer von Lebenszeit erstreckt.« Mit diesen Worten berichtete die »Medical Tribune« vom 29. August 1983 über einen Vortrag des

Die Debatte, die seither mit allerlei fragwürdigen Argumenten in den Illustrierten geführt wird, ist die Begleitmusik zur Politik der Kostendämpfung — auch wenn die, die sie führen, hoch und heilig versichern, es gehen ihnen um »Einzelschicksale«.

Mediziners. Zwischenüberschrift: »Früher Tod ist kostendämpfend«. Es ist nicht bekannt geworden, daß sich jemand sonderlich darüber aufgeregt hätte.

Es empfiehlt sich, genau hinzuhören und auch dem Klinikgeschwätz zu widersprechen, wenn da von einem »natürlichen Tod« in dem Sinne die Rede ist, daß ein Kranke seinem Leiden überlassen bleiben soll, das selbst meist nichts weniger als »natürlich« ist, wenn davon gesprochen wird, daß diese oder jene Therapie sich »lohne«, wenn der erwünschten Lebensverlängerung polemisch die unerwünschte »Verlängerung des Sterbens« entgegengestellt wird: das Leben endet mit dem Tod, auch ein Sterbender lebt. Und auch die »Erlösung vom Leidenden« kann eine allzu griffige Formel sein.

Der populäre Herzchirurg und Euthanasie-Befürworter Christiaan Barnard aus Südafrika: »Oft ist der Tod die einzige wirksame Therapie, mit der erreicht wird, was die Medizin nicht zustande bringt — das Ende der Leiden.« Recht hat er. Der sicherste Weg, das Leiden abzuschaffen, ist noch allemal die Abschaffung der Leidenden. □

dg: Frau Wagner, Sie sind Nachrückerin für Waltraud Schoppe im Bundestag. Wie war der Einstieg in die Arbeit?

Wagner: Ich habe zwar erst zwei Sitzungswochen miterlebt, arbeite aber schon seit einiger Zeit hier. Am stärksten aufgefallen ist mir zu Beginn die Kluft zwischen unseren Zielen oder Utopien und dem, was sich im Bundestag durchsetzen läßt. Als erstes kam mir ein Entwurf über die Versicherung für Seelotsen auf den Tisch — damit konnte ich nun überhaupt nichts anfangen.

dg: Könnten Sie uns Ihre Ziele kurz beschreiben?

Wagner: Mein Ziel läßt sich am besten mit dem Begriff »Demokratisierung des Gesundheitswesens« benennen. Dieser Anspruch läßt sich natürlich nicht von heute auf morgen verwirklichen. Dazu braucht man andere Strukturen, vor allem kleinere Einheiten: Gesundheitszentren, Sozialstationen, Gesundheitsläden, also eine Dezentralisierung.

dg: Liegt da nicht ein Widerspruch? Verglichen mit dem derzeitigen System der Ein-Mann-Praxen würden Sozialstationen und Gesundheitszentren doch größere Einheiten darstellen!

Wagner: Sicher. Ambulante und stationäre Versorgung lassen sich nicht in einer Ein-Mann-Praxis verzehnen. Ich meine mit Weggehen von großen Einheiten ein Weggehen von solchen Strukturen wie Bundesärztekammer, Arztekammern, großen, zentral gesteuerten Krankenhäusern. Die Einheiten müssen überschaubar sein, nur so kann auch die Mithilfe der Betroffenen gewährleistet werden.

dg: Medizinische Großzentren werden ja nicht nur aus Größenwahn gebaut, kleine Häuser können sich bestimmte notwendige Apparate einfach nicht leisten. Eine Verschlechterung der Krankenversorgung wollen Sie doch nicht in Kauf nehmen?

Wagner: Eine Dezentralisierung muß diese Konsequenzen nicht haben, ganz im Gegenteil. Dadurch, daß man die Betroffenen zu Wort kommen läßt, wird eine überörtliche Bedarfsplanung nicht ausgeschlossen, ebensowenig wie hochspezialisierte Einrichtungen.

dg: Wenn es um Krankenhausbedarfspläne geht, plädieren Sie dann für die Schließung oder die Weiterführung etwa eines 40-Betten-Hauses?

Wagner: In der jetzigen Situation könnte ich mich für eine Weiterführung einsetzen, grundsätzlich aber würde ich kleinere Einheiten vorziehen. Für die Zukunft stelle ich mir vor, daß Gesundheitszen-

»Den Käfig nicht vergessen

dg sprach mit Grünen-MdB Marita Wagner über ihre ge...

Marita Wagner ist Bundestagsabgeordnete der Grünen und arbeitet im Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit. Ende 1979 gründete sie den Kreisver-

band der Grünen in Borken (Westfalen). Marita Wagner war Mitglied der ÖTV, bevor sie sich als Krankengymnastin für behinderte Kinder selbstständig machte.

tren eine stationäre Behandlung mit übernehmen. Sie müßten dann nicht einmal 40 Betten haben.

dg: In letzter Zeit kam der Einwand, daß der Ausbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der solche Zentren betreiben könnte, zu stärkerer staatlicher Kontrolle führt.

Wagner: Natürlich bestünde diese Gefahr, aber sie besteht unter den gegenwärtigen Voraussetzungen immer. Ich würde zwar grundsätzlich ein System von angestellten Ärzten bevorzugen, aber wie im einzelnen organisiert werden kann, daß ein Mißbrauch ausgeschlossen wird, darüber bin ich mir noch nicht vollständig im klaren. Vielleicht könnten es Betroffenenverbände leisten.

An diesem Punkt berühren sich übrigens Utopie und Alltag. In Diskussionen um Kosten dämpfung führe ich unter ande

rem an, daß die Niederlassungsfreiheit kostentreibend ist.

dg: Nun ist die Niederlassungsfreiheit von Ärzten selbst unter Beschluß genommen worden — allerdings aus Angst vor stärkerer Konkurrenz. Wie argumentieren Sie, wenn Sie mit den Krankenkassen über die »Ärzteschwemme« reden?

Wagner: Ich sage, daß nicht nur über die Kosten, sondern auch über Strukturen gesprochen werden muß. Wenn man erkannt hat, daß der freie Arztberuf zu Kostensteigerungen führt, dann muß man sich überlegen, ob man den freien Arzt noch will. Wenn ich ihn will, dann muß ich die Konsequenzen tragen und die Ärzte wie jeden anderen Selbstständigen auch behandeln.

dg: Eine absolute Niederlassungsfreiheit hätte aber nicht nur Folgen für die Einkommen der Ärzte, sondern auch für die Patientenversorgung. Und zwar nicht unbedingt positive.

Wagner: Ich argumentiere ja gerade nicht für die Niederlassungsfreiheit. Was ich bezwecke, ist, daß nicht immer nur Kostengesichtspunkte geltend gemacht werden. Zumal es den Ärzten nicht um Kostendämpfung geht, sondern um die Sicherung ihrer Praxis.

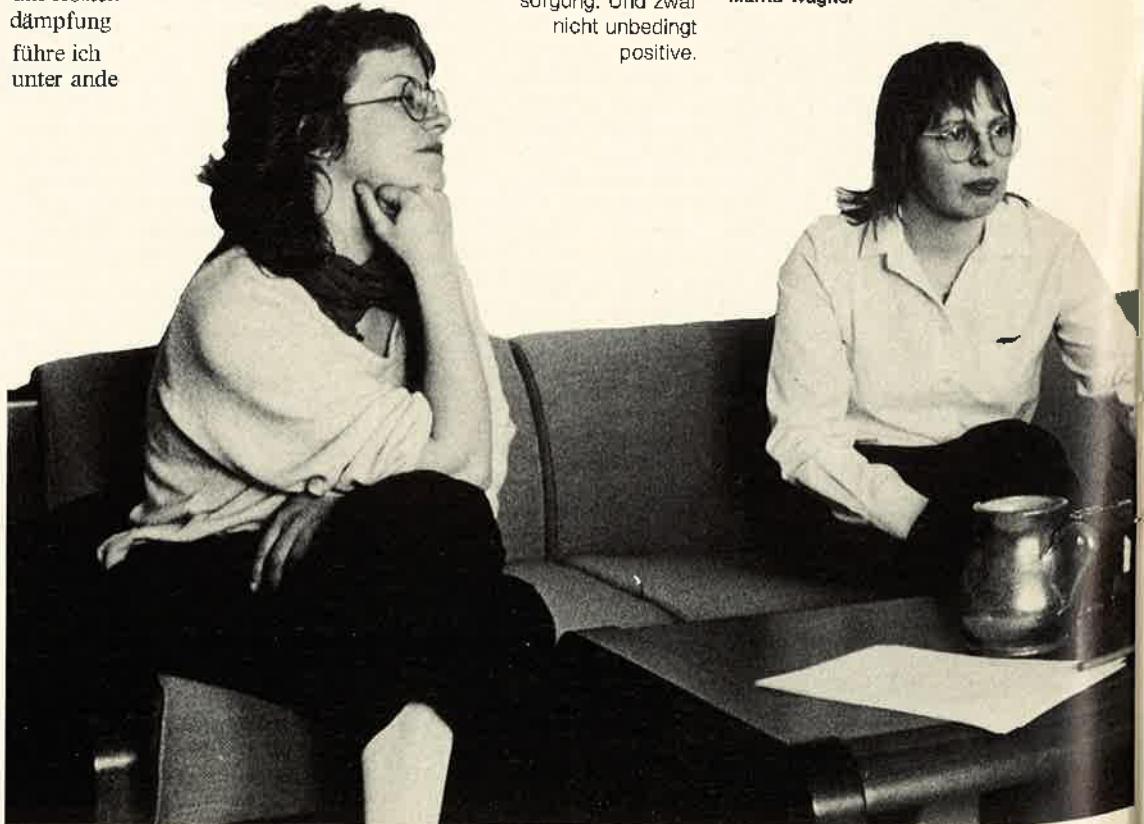
dg: Welche Forderungen erheben Sie gegenüber der Pharmaindustrie? Halten Sie Positiv- oder Negativisten für sinnvoll?

Wagner: Meine Überlegungen gehen in eine ganz andere Richtung. Die Ärzte sind nicht dazu ausgebildet, Pharmazeutika zu verschreiben. Diese Aufgabe gehört in die Hände von Apothekern. Allerdings funktioniert das nur, wenn Apotheker besser und länger ausgebildet werden. Der Arzt sollte nur die Diagnose fällen und die gewünschte Wirkung aufschreiben. Damit wären Pharmavertreter überflüssig.

dg: Kein generelles Verbot jeder Arzneimittelwerbung?

Wagner: Die Idee ist folgende: Bestandteil jedes Zulassungsverfahrens für ein neues Medika-

Marita Wagner



«golden» gesundheitspolitischen Ziele

ment ist auch die Überprüfung der Fachinformation. Nur damit dürfte dann geworben werden.

dg: Frau Wagner, die Grünen haben in ihrem Entwurf für ein neues Pflegegesetz gefordert, alle Pflegeheime aufzulösen. Sollen die Pflegefälle also ab in die Familie? Die gibt es ja oft nicht einmal mehr.

Wagner: Der Gesetzentwurf ist zunächst eine Utopie, die ohne Strukturveränderung so nicht durchsetzbar ist. Es geht uns darum, die Diskussion über die Aussonderung aller derer zu diskutieren, die in diesem Leistungssystem nicht funktionieren, nicht um eine Sofortforderung. Außerdem heißt es in unserem Entwurf: die Pflegeheime sollen bis 1995 aufgelöst werden.

dg: Zehn Jahre sind eine recht kurze Zeit für die Veränderung der sozialen Beziehungen. Wäre es nicht sinnvoller, eine Verbesserung der Pflegeheime zu fordern? Abgesehen davon werden ohnehin fast 90 Prozent der Pflegebedürftigen von den Angehörigen versorgt!

Wagner: Ich halte es nicht für eine Verbesserung, wenn man aus dem Käfig einen goldenen Käfig macht. Worum es geht: Der Pflegegesetz wird finanziert, die häusliche Pflege nicht. Das bedeutet, daß die Mutter, die ihr behindertes Kind zu Hause behält, bestraft wird. Genau das wollen wir

Foto: Menzen

umdrehen. Aber andere Strukturen außerhalb von Heimen, etwa in Wohngemeinschaften, lassen sich erst gar nicht aufbauen, wenn keine Finanzierungsmöglichkeiten da sind. Die Betroffenen müßten außerdem selbst über ihr Leben entscheiden können, deshalb sollen sie das Geld in die Hand bekommen.

dg: Sozialpolitische Forderungen der Grünen treffen zum Teil auch rechts auf ein offenes Ohr. So hat Bangemanns Vorschlag, eine generelle Grundrente einzuführen, einige Ähnlichkeit mit grünen Vorstellungen.

Wagner: Das schaut nur so. Meines Erachtens haben sich die Grünen nicht klar genug von Bangemanns Aussagen abgrenzt. Tatsächlich bestehen nämlich gravierende Unterschiede. Die Grünen fordern eine Mindestrente, die keinesfalls unter tausend Mark liegen sollte, während Bangemann die Sozialhilfe ersetzen will.

dg: Liegen die Unterschiede also in der Summe?

Wagner: Ja, aber auch in den Ideen, die hinter dem Konzept

stehen. Wir wollen ein menschenwürdiges Leben ohne Armut absichern, Bangemann geht es um die Entlastung der Sozialhilfekassen. Wir fordern darüber hinaus eine eigenständige Absicherung für die Frauen und die Einbeziehung der Unternehmer und Beschäftigten in die Finanzierung der Grundrente. Ich muß allerdings dazu sagen, daß die Organisation der Rentensicherung noch nicht abschließend diskutiert ist. Ich könnte mir auch vorstellen, die Beitragsbemessungsgrenze aufzuheben und die Versicherung beizubehalten — bei Festsetzung einer Höchstrente.

dg: Sie erzählten zu Anfang von einem Entwurf über die Seelotsenversicherung. Sie werden kaum die einzige Abgeordnete gewesen sein, die damit wenig anfangen konnte. Die CDU fragt in so einem Fall wahrscheinlich die Reeder, die SPD — bestenfalls — die »Seelotengewerkschaft«. Wen fragen die Grünen? Entwickeln sie eine Utopie?

Wagner: Ich kann nur sagen, wie ich es mache. Ich vertrete hier keine Position, ohne mich bei der Basis rückversichert zu haben. Zu den Seelotsen habe ich mich nicht geäußert, sondern Stimmabstimmung empfohlen, da wir zu dem Zeitpunkt noch keine Position dazu hatten. Natürlich wird erst einmal jede Entscheidung angrüner Programmatik gemessen, aber ich wehre mich dagegen, Stellvertreterpolitik zu machen.

dg: Ist die Einflußnahme der sogenannten Basis nicht stark von Zufälligkeiten abhängig?

Wagner: Man muß mehrere Gruppen hören, und wenn ein Problem nicht ausdiskutiert ist, sagt man im Zweifelsfalle besser nichts dazu.

Wir haben momentan noch den Vorteil, über keine Möglichkeiten der Durchsetzung zu verfügen, und das ist das Beste, was uns passieren konnte. Das heißt, wir schaden keinem, wenn wir uns enthalten.

dg: Aber Sie nützen auch keinem!

Wagner: Natürlich tun wir das. Indem wir zum Beispiel Diskussionen entfachen, indem wir Öffentlichkeit herstellen.

dg: Und wie werden Sie sich verhalten, wenn Sie hier ihre Forderungen durchsetzen können?

Wagner: Bis dahin werden wir eine Reihe von Grundsatzpositionen entwickelt haben und programmatisch weiter sein. Eine Zusammenarbeit mit anderen Parteien werden wir dann an diesen Aussagen messen.

dg: Frau Wagner, die Grünen fordern die Streichung des Modellprogramms Psychiatrie. Es wäre erfreulich, wenn die Gesellschaft die Psychiatrie nicht bräuchte. Aber kommt nicht eine Verschlechterung für die Betroffenen heraus, wenn man diese Utopie zur Tagesforderung erhebt?

Wagner: Solche Utopien müssen erst einmal da sein, damit man sich überhaupt etwas anderes vorstellen kann. Es war das erste Mal, daß die Grünen darüber diskutiert haben, und ich finde das Ergebnis gut. Es ist, wie gesagt, eine Utopic, die unter derzeitigen Bedingungen nicht verwirklichbar ist.

dg: In den Thesen steht: Wir lehnen die Verlängerung des Modellprogramms ab. Konsequenz: Die Patienten kommen wieder in die »Schlangengruben«!

Wagner: Das Modellprogramm wird auch ohne die Grünen scheitern, an den Stimmen der CDU.

dg: Das Modellprogramm vielleicht, aber es geht ja um die Weiterfinanzierung der einzelnen Projekte in den Kommunen.

Wagner: Die lehnen wir nicht unbedingt ab, es geht uns um das Modellprogramm auf Bundesebene. Wir stellen bereits Überlegungen an, welche Projekte wir weiter unterstützen wollen und welche neuen in die Finanzierung aufgenommen werden sollen.

dg: Was sind Ihre persönlichen Arbeitsschwerpunkte? Was möchten Sie hier durchsetzen in den nächsten zwei Jahren?

Wagner: Ich habe keine Pläne für einen Gesetzentwurf, aber ich möchte eine Anfrage zur Arbeitsmedizin stellen. Das zweite Gebiet wäre das Thema »Allergie«, die ich für die Umweltkrankheit Nummer eins halte. □



Foto: dpa

Vom Berge grüßt die Bettenburg

Das Großkliniken in Marburg

Vor einem halben Jahr ging die Krankheitsbekämpfungsfabrik in Betrieb. Seither hat sich einiger Frust angesammelt.

Kostendämpfend, funktional, leistungsstark und zumindest optimiert hinsichtlich Leistungserfassung — und Abrechnung, so präsentiert sich, metallisch in der Sonne glitzernd, das neue Großklinikum auf den Lahnbergen oberhalb von Marburg.

Hier wurde, nach Plänen aus den frühen siebziger Jahren, ein Maximalkrankenhaus gebaut, — ein Projekt, in das Reformvorstellungen, die damals gängig waren, mit eingingen: Es wurde als klassenloses Krankenhaus geplant, mit einer Tagesklinik für Aufstehpatienten.

1979 jedoch, als einige neu nach Marburg berufene Professoren bemerkten, daß sie in der neuen Klinik mit ihrer Privatliquidation zu kurz kommen könnten, setzten sie mitten im »roten« Hessen schwarze Gedanken in die Tat um: sie erreichten, daß die Tagesklinik in Privatstationen umgebaut wurde. Statt dort Aufstehpatienten zu rehabilitieren, kann man jetzt Privatpatienten konservieren — denn die haben längere Liegezeiten als Normalpatienten.

Anschließend forderte die ÖTV strukturelle Konsequenzen anhand folgender Kriterien:

- individuelle Versorgung zu gewährleisten,
- verstärkt psychosoziale Aspekte von Krankheiten und ihren Folgen zu beachten,
- psychosoziale Dienstleistungen in die betriebswirtschaftliche Kalkulation einzubeziehen,
- die Arbeitsbedingungen für das Krankenhauspersonal zu humanisieren.

Leider war die ÖTV weit weniger erfolgreich als die Professoren, ihre Forderungen in die aktuelle Bauplanung mit einzubringen.

In einem modernen Großkrankenhaus wie Marburg wird völlig undifferenziert jeder wie ein Akutpatient behandelt: Nach Durchlaufen der Notaufnahme hat er innerhalb einer Stunde einen Röntgen-Thorax, ein EKG und zwölf Laborwerte über sich ergehen lassen. Die Laborwerte werden sowieso am nächsten Tag wiederholt, während schon die Therapie begonnen hat, in deren Verlauf dann erst die Diagnose zu einem feindifferenzierten und endgültigen Abschluß gebracht wird. Dabei werden dann sozusagen alle diagnostischen Möglichkeiten gleichzeitig aufgeboten.

Das verkürzt zwar die Liegezeit des Patienten, aber manche Schritte wären nach den Ergebnissen anderer überflüssig gewesen, andere Diagnosen werden doppelt und dreifach gesichert und bestätigt. Trotzdem scheint dies verschwenderische Verfahren billiger, denn es entstehen dem modernen Krankenhaus privatwirtschaftliche Vorteile:

- Die teuren Geräte lassen sich wegen besserer Auslastung schneller amortisieren;
- ein hoher Patientendurchsatz garantiert hohe durchschnittliche Belegzahlen;
- es läßt sich intensivmedizinische Imagepflege betreiben und so der Einzugsbereich vergrößern;
- dazu kommt ein mit persönlichen Karriereerwägungen verbundenes Wissenschaftsinteresse.

Patientenreaktionen auf die Frage: »Wie gefällt Ihnen das neue Klinikum?«:

Der erste Patient, ein 46 jähriger: »Wie im modernen Strafvollzug . . .«

Die zweite, eine 78jährige Patientin: »Es ist wie im Himmelreich, ich fühle mich fast wie ein Klassepatient. Man wird so gut bedient und hat so ein tolles Badezimmer.«

Und aus der Sicht des Personals?

- Die Putzfrauen: Früher hatte jede Station ihre eigene Reinigungskraft. Diese Frauen, oft mit jahrelanger Betriebszugehörigkeit, halten morgens den Patienten die Frühstücksbrote schmierig, waschen dann das Geschirr ab und gingen anschließend die Räume putzen. Als Hausfrauen des hessischen Hinterlandes — befaßt mit vertrauten Tätigkeiten — waren sie für viele Patienten auch vertraute, oft sogar wichtigere Ansprechpartner als die Ärzte. Waren letztere nicht arrogant, konnten sie sich so gewonnene Informationen sogar zunutze machen.

Aus Gründen der Kostensparnis wurde die stationseigene Reinigung ersetzt durch ein privates Putzunternehmen, das geschickt unter der sozialabgabepflichtigen Wochenstundenzahl bleibend, einen hohen Ausländeranteil beschäftigt, um nicht zu sagen: ausbeutet. In dieser Richtung ist die Patientenkommunikation jetzt Null. Das alte Reinigungspersonal wurde abgezogen und umgesetzt. Sie schmieren jetzt entweder den ganzen Tag lang Brot in der Zentralküche oder sterilisieren das ganze Jahr über Betten in der zentralen Bettenersterilisation.

- Krankenschwestern und Pfleger: Sie müssen theoretisch weniger arbeiten, keine Betten mehr sterilisieren und kein Essen mehr zubereiten. Dafür sind jetzt aber die Nachtwachen vom Stationspersonal selbst zu stellen — stationsexterne Nachtwachen wurden abgeschafft und somit der Personalschlüssel gekürzt. Das Pflegepersonal muß darüber hinaus die ganzen praktischen Reibungen und Störungsfälle des neuen Systems auffangen: Ist die Rohrpostanlage defekt, klappt die Kommunikation nicht mehr. Ist der »zentrale Hol- und Bringdienst« erkrankt, muß man sich selber auf die kilometerlangen Wege machen.

Ansonsten stehen im neuen Klinikum schon wieder Betten auf den Gängen, weil das Ganze ja für eine möglichst hundertprozentige Auslastung geplant wurde. Und schließlich haben viele Räume nur Neonlicht, sämtliche Wände sind mit resopalbeschichteten Spanplatten verkleidet. Es gibt mehr Streß als früher, — die Patientenkommunikation muß darunter leiden.

- Die Ärzte: Bei den kurzen Liegezeiten hat man die Patienten kaum kennengelernt, da sind sie schon wieder fort. Also: Fließbandmedizin mit leidigen, permanent notwendigen Überstunden, weil die Arbeit in der vorgegebenen Zeit einfach nicht zu schaffen ist. Die Überstunden sind wegen Geldmangel unvergütet zu leisten. Die Folge davon ist Nörgelei, und an neue Stellen ist ja gar nicht zu denken.

Unter Androhung von Konsequenzen wurde den Ärzten schriftlich verordnet, in Zukunft die Stationsvisiten in einer Stunde zu beenden.

Da eine Normalstation 18 bis 20 Betten hat, bedeutet das bei einer Stunde Visite am Tag eine »Drei-Minuten-pro-Patient-Medizin! □

DOKUMENTE

Gesundheitspolitisches Manifest (Auszüge)

Verabschiedet vom »Gesundheitspolitischen Ratschlag« am 27. April 1985 in Hamburg

Hinter der derzeitigen Entwicklung in den Bereichen der Gesundheits-, Sozial- und Umweltpolitik wird ein Konzept deutlich, gegen das unser starker Widerstand notwendig ist. Die hemmungslose Ausbeutung der Menschen und der Natur zieht immer größere Folgen nach sich:

zunehmende Vergiftung der Umwelt, eine steigende Zahl von gefährdeten oder bereits erkrankten Menschen und letztlich auch wachsende Aggressivität zwischen den Machtblöcken und wachsende Kriegsgefahr.

In dieser Situation macht sich auf der globalen Planungsebene der Gesundheits-, Sozial- und Umweltpolitik ein zynisches Denkmodell breit, das steigende Krankheitsraten und wachsende Umweltvergiftung nicht mehr bekämpft, sondern billigend in Kauf nimmt und eine steigende Zahl von Opfern bewußt in die Planung miteinbezieht.

In der Umweltpolitik werden für die Vergiftung von Boden, Wasser, Luft sogenannte Grenzwerte festgelegt, die den Durchschnittsmenschen vielleicht ein Überleben ermöglichen. Aber was ist mit den empfindlicheren, schon mehrfach vorgeschädigten, den besonders jungen oder besonders alten Menschen? Die Giftigkeit und das Krebszeugungspotential vieler Chemikalien und Arbeitsstoffe ist bekannt.

Berechenbar und bekannt sind die Opferzahlen, die die Chemisierung der Umwelt und der immer weitergehende Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen am Arbeitsplatz kosten.

In der Gesundheits- und Sozialpolitik setzen sich unterdessen neue Verbilligungsstrategien durch. Die Kosten für die soziale und gesundheitliche Versorgung der Gefährdeten, der Erkrankten oder der im Arbeitsprozeß nicht mehr Gebrauchten werden begrenzt, um Mittel für anderweitige Staatsaufgaben wie Wirtschaftsförderung, Industrieforschung und Aufrüstung freizubekommen. Die Folgen einer Rationalisierung der Mittel sind auch hier bekannt:

Verminderung der Lebensqualität und der Lebenserwartung alter Menschen in den Heimen, chronisch Kranke und Behinderter. Durch den rapiden Sozialabbau werden längst nicht mehr nur die Rechte Einzelner auf Versorgung und Behandlung unterlaufen und gebrochen, sondern das Recht auf unversehrtes Leben ganzer Bevölkerungsgruppen in Frage gestellt.

Eine neue Bestimmung vom »Wert des Menschen« hat begonnen. Die Frage lautet: Wer ist es wert, trotz wachsender Umweltvergiftung und verknappter Mittel für die soziale und gesundheitliche Versorgung zu überleben? Wen soll es treffen, und wen darf es nicht treffen?

Um diese Frage zu lösen, wird die Verdatung und Erfassung, insbesondere die neue Krankenregistrierung, betrieben und ausgeweitet. Nicht mehr die Bedingungen und Strukturen, in denen Vergiftung, Krankheit und Tod entstehen, sollen damit erkannt und verändert werden. Es sollen die einzelnen Menschen ausfindig gemacht werden, die schwach geworden sind, die nicht mehr chemiefest sind, die schon Krankheitsträger und für die Versorgung zu teuer geworden sind. Damit ist die Möglichkeit geschaffen, vom Kampf gegen die Krankheiten zum Kampf gegen die Kranken selbst überzugehen, vom Kampf gegen die Umweltschäden zum Kampf gegen die Umweltgeschädigten.

Um dieser Entwicklung entgegenzutreten, haben wir uns als Aktionseinheit von Initiativen, Arbeitsgruppen, Selbsthilfegruppen und Beschäftigtenvertretern im Sozial-, Gesundheits- und Umweltbereich zusammenge schlossen.

Wir wollen mit dem vorliegenden Manifest eine gemeinsame Sprache für unseren Widerstand finden und unsere längerfristigen Vorstellungen und unsere kürzerfristigen Forderungen bekanntmachen.

1. Einsparungen und Verbilligungen

Unter dem verharmlosenden Wort »Sparpolitik« wird heute ein Sozialabbau in großem Maßstab betrieben.

— Die Kürzungen des Bundeszuschusses an die Rentenversicherung und die gleichzeitige Kürzung des Krankenversicherungssatzes der Rentner, den die Rentenversicherung bisher an die Krankenkassen gezahlt hat, hat zu einer gewaltigen Kostenverschiebung geführt. Zusätzlich trifft es jetzt auch noch die Rentner direkt, die den Krankenversicherungsbeitrag heute schon fast zur Hälfte direkt aus ihrer Rente bezahlen müssen.

— Die geplante Pflegeversicherung soll die staatlichen Sozialhilfebudgets entlasten und die Kosten für die Pflege allein den Versicherten aufdrücken.

— Auch das neue Krankenhausfinanzierungsgesetz ist in dieser Reihe zu sehen. Die Beteiligung der Krankenkassen an Investitionskosten, die bisher der Staat allein zu tragen hatte, und die Privatisierung von Krankenhäusern und Krankenhausteilen sind unter anderem die Ziele.

Auch in Hamburg werden diese Ziele bereits umgesetzt:

— »modellhaft« werden die Krankenkassen bei der neuen Herzchirurgie im Allgemeinen Krankenhaus St. Georg an den Investitionskosten beteiligt.

— Die Privatisierung von Wäscherei und anderen Betriebsteilen im Universitätsklinikum Eppendorf wird geplant.

— Die Privatisierung des Rettungsdienstwesens wird durch die Zulassung von Privatfirmen gerade in die Tat umgesetzt.

Die Umlagerung von Kosten ist allerdings nur der erste Schritt. Insgesamt geht es um eine radikale Mittelbegrenzung im Gesundheits- und Sozialwesen an sich. Die Durchorganisation des Krankenhauswesens, des Helmewesens, der »ambulanten Versorgungskette« unter dem Vorzeichen einer Berechnung des »Wert des Menschen« steht auf der Tagesordnung. Kosten-Nutzen-Berechnungen sollen bis in die einzelne Station, bis in die einzelne Behandlung vordringen und Fuß fassen, was in einem größtenteils privatisierten Gesundheits- und Sozialwesen natürlich erheblich erleichtert ist. Im Pflegesatzrecht sollen Gewinn- und Verlustmöglichkeiten für die Behandlung von Kranken und die Pflege von Hilfsbedürftigen verankert werden. Jeder einzelne Arzt im Krankenhaus soll zum Beispiel wissen, ab wann bei einem alten Menschen mit einer langen Liegezeit eine Behandlung im Gewinn- oder Verlustbereich liegt.

Repressive und kontrollierende Formen staatlicher Eingriffsmöglichkeiten werden ausgebaut, wie die Bereiche Sozialhilfe und Drogentherapie zeigen.

In der Neuordnung der Krankenversicherungen soll das Solidarprinzip (d.h. alle zahlen abhängig vom Einkommen und unabhängig von der Inanspruchnahme) zerschlagen werden. Der Einzelne soll sich in Zukunft für die für ihn verbrauchten Versorgungskosten schuldig fühlen. Risiko zuschläge für Raucher, Alkoholabhängige und Übergewichtige sind nur die Spitze eines ganzen Katalogs sogenannter Selbstbeteiligungen (— als ob nicht die Krankenkasse eh schon von uns selbst bezahlt würde!).

Gleichzeitig werden die Profitmöglichkeiten im Gesundheitsbereich gesichert und ausgebaut. Die Pharma- und Großgeräteindustrie hat ständig steigende Gewinnraten und überschüttet den Markt mit immer neuen Generationen von Großgeräten und neuen Medikamenten. Die Verdienstmöglichkeiten der Ärzte, insbesondere der Chefärzte in den Krankenhäusern und der niedergelassenen Ärzte sind nach wie vor enorm hoch. Die Standesärztliche Strategie gegen die »Ärzteschwemme« hat so auch nur das Motiv: Sicherung der Pfründe der schon im Geschäft stehenden Ärzteschaft.

Schritte zur Demokratisierung des Gesundheitswesens und zur Stärkung des Patientenrechts sind in dieser Situation fast nicht mehr diskutierbar.

Diese Ausrichtung staatlicher Politik im Gesundheits- und Sozialbereich wird durch die Struktur der Medizin und des herkömmlichen Gesundheitswesens selbst begünstigt:

— Die vorherrschende Naturwissenschaftlichkeit der Medizin hat zu einer Flut von diagnostischen Methoden und organorientierten hochtechnischen Apparaten geführt. Die Maschinenparks in Praxen und Krankenhäusern führen nicht nur zu vielen überflüssigen Einsätzen, sondern auch zu einer Entmündigung des Patienten.

— Die rigorose Trennung von ambulanten und stationären Bereich, die von den Standesvertretern der niedergelassenen Ärzte mit Zähnen und Klauen verteidigt wird, sowie die Bedingungen der Pharmaindustrie, verhindern jede grundsätzliche Änderung. Die Orientierung auf privaten Gewinn durch die Behandlung der Krankheit anderer wird hier täglich neu verstärkt und erzeugt.

— Die »soziale Erinnerungslosigkeit« der Medizin macht eine Gesamtschau verschiedenster krankheitsbedingter Faktoren unmöglich. Präventive Ansätze, vor allem in der Umwelt- und Arbeitsmedizin, werden systematisch vernachlässigt oder abgeblockt.

— Der ungebrochene Allmachtsglaube der Medizin und der Mediziner, sowie der Pharmaindustrie führt zur radikalen Vereinnahmung des »diagnostisch interessanten« Patienten. Die Kehrseite ist das ebenso radikale Fallenlassen des schwer oder nicht mehr therapierbaren Patienten.

— Medizin und Mediziner bieten sich darüber hinaus nur allzugehr an, nahezu alle sozialen und politischen Probleme in ihre Zuständigkeit aufzunehmen. So sind sie leicht benutzbar für die staatliche Politik, indem sie z.B. psychosoziale Probleme medikalisieren und Abweichungen psychiatrisieren.

Wir stellen fest:

— Planung und Durchführung des Gesundheitswesens darf sich nicht länger an dem »Machbaren«, an

der »einnahmenorientierten Ausgabenpolitik« oder anderen Formen der Vorab-Rationierungen der Mittel orientieren. Planung und Durchführung des Gesundheitswesens muß sich an den Bedürfnissen und Rechten der Benutzer orientieren.

— Jeder hat das Recht auf optimale Behandlung und Versorgung. Dieses Recht zu garantieren ist staatliche Aufgabe. Jeder Benutzer des Gesundheitswesens hat das Recht auf vollständige Information über seinen Zustand, seine Rechte und über alle Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Jeder hat das volle Recht auf freie Entscheidung — auch auf Ablehnung einer Behandlung.

Wir fordern:

Statt Krankenhausbedarfsplan, Heimplan usw. braucht Hamburg regionale Gesundheitspläne, die alle präventiven, kurativen und rehabilitativen ambulanten, teilstationären und stationären Maßnahmen und Einrichtungen einer Region (möglicherweise eines Bezirks) umfassen.

Patientengruppen und Bürgerinitiativen, die im Gesundheitswesen Beschäftigten, die DGB-Gewerkschaften und die Krankenkassen haben bei der Erstellung der Gesundheitspläne mitzuentcheiden.

Zur Krankenhausbedarfsplanung in Hamburg fordern wir aktuell:

- Keine Bettentrichungen, wenn nicht gleichzeitig alternative Versorgungsmöglichkeiten geschaffen werden.
- Erhalt kleinerer, stadtteilnahmer Krankenhäuser wie Allgemeines Krankenhaus Heidberg und Allgemeines Krankenhaus Bergedorf.
- Keine Dritte-Klasse-Billig-Betten für Alte und chronisch Kranke.
- Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung.
- Zügiger Ausbau der Sozialstationen in den Stadtteilen mit deutlich verbesserter Personalausstattung.

Zur aktuellen Situation in den Krankenhäusern fordern wir:

- Bessere personelle Ausstattung des Pflegebereichs; insbesondere müssen zusätzliche Stellen eingerichtet werden, um die Auszubildenden anzuleiten.
- Garantiert erhalt der Kinderstuben an allen Hamburger Krankenhäusern.
- Rücknahme aller Privatisierungspläne für einzelne Betriebsteile.

Allgemein fordern wir für das Hamburger Gesundheitswesen:

- Schritte zur Demokratisierung
 - Mindestens in einem Hamburger Krankenhaus soll durch entsprechende Personalausstattung ermöglicht werden, die Gruppenpflege einzuführen.
 - Mindestens in einem Hamburger Krankenhaus soll das Chefarztprinzip abgeschafft werden und ein Kollegialsystem eingeführt werden.
 - Schritte zur Stärkung der Patientenrechte in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung durch die Einführung regionaler Beschwerdeinstanzen (möglicherweise Ombudsleute).
 - Qualitätskontrollen im gesamten Gesundheitswesen durch öffentlich zugängliche und kontrollierte Aufstellungen über Erfolge, Komplikationen und Behandlungsfehler.
 - Schritte zur Eindämmung der Medikamentenflut — Erstellung von Positivlisten mit einer stark begrenzten Anzahl von Arzneimitteln, die verbindlichen Charakter für die einzelnen Bereiche haben sollten.
 - Staatliche finanzielle Förderung neuer Modelle wie Gruppenpraxen, Heilpraktikerambulanzen und Stationen im Krankenhaus, die auch nicht-schulmedizinische Methoden anwenden.
 - Nulltarif in gesundheitsfördernden Einrichtungen wie öffentliche Saunen, Schwimmhallen usw.

2.1. Gesundheitsverschleiß am Arbeitsplatz

Immer noch gilt für weite Bereiche der Arbeitswelt, daß das Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit faktisch außer Kraft gesetzt ist.

So müssen z.B. 5,2 Mio. Arbeitnehmer in der Bundesrepublik oft in Hitze, Kälte, Nässe und Zugluft arbeiten,

ten, 6,4 Mio. häufig unter Lärmeinwirkungen und 4,2 Mio. häufig in gebückter Körperhaltung. Hinzu kommen die Belastungen durch Schadstoffe usw. Arbeitsplätze mit Mehrfachbelastungen sind eher die Regel als die Ausnahme. Schon jetzt erreichen nur ca. 35% der Arbeitnehmer als Berufstätige das normale Rentenalter — die übrigen werden wegen Frühinvalidität vorzeitig berentet oder sterben so früh.

Ansätze zum Abbau gesundheitsgefährdender Belastungen und zu menschenwürdiger Gestaltung der Arbeitsbedingungen können sich in diesen Zeiten ökonomischer Krise und arbeitnehmerfeindlicher Politik immer weniger durchsetzen.

Im Gegenteil: Bestehende Schutzvorschriften werden abgebaut. Beispiele dafür sind die Einschränkung des Nachtarbeiterverbots im Jugendarbeitsschutzgesetz und die zur Zeit im Windschatten der Formaldehyddiskussion geplante Änderung der Arbeitsstoffverordnung, die die Aufnahme eines Stoffes in die Liste der krebsverursachenden Arbeitsstoffe erschweren soll. In diesen Zusammenhang gehört ebenfalls die geplante generelle Ermöglichung von Zeitarbeitsverträgen im Entwurf für ein Beschäftigungsförderungsgesetz, die nicht nur in Rechte aus dem Betriebsverfassungsgesetz eingreift, sondern auch das Kündigungsschutzgesetz in weiten Teilen außer Kraft setzt. Damit entfällt z.B. ein wichtiger Schutz für Kollegen mit angebragter Gesundheit. In Zukunft braucht die Firma nicht einmal mehr aus Krankheitsgründen zu kündigen — es reicht, den Arbeitsvertrag nicht zu verlängern.

Ohne daß die Arbeitsbedingungen geändert werden müssen, können dann noch besser »olympaire Mannschaften« zusammengestellt und die Folgekosten für Gesundheitsverschleiß am Arbeitsplatz abgewälzt werden.

Die schon heute in großem Umfang zu beobachtende Abdrängung kranker Arbeitnehmer in die Arbeitslosigkeit wird zunehmen — zum Risiko des Gesundheitsschadens kommt dann in verschärftem Maße das Risiko der Dauerarbeitslosigkeit.

Von der herrschenden Arbeitsmedizin ist hier nicht viel zu erwarten:

Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz werden gerade auch von arbeitsmedizinischen Experten heruntergespielt. Ihre Unbedenklichkeitserklärungen tragen dazu bei, das Risiko gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen den Betroffenen als »Schicksal« aufzubürden.

Die Arbeitsmedizin und die Instanzen des Arbeitsschutzes sind trotz aller Lippenbekenntnisse nicht in der Lage, die Einhaltung geltender, insgesamt noch sehr ungenügender Arbeitsschutzvorschriften sowie die konsequente Durchführung wenigstens der bestehenden arbeitsmedizinischen Erkenntnisse zu garantieren.

Ein wirksamer Arbeitsschutz im Betrieb ist nur denkbar, wenn er über die bestehenden Grenzwerte und Vorschriften hinausgeht und sich an den Interessen der Arbeitenden an leiblicher Unversehrtheit und Lebensgenuss orientiert, und nur durchsetzbar, wenn sich die Entscheidungstrukturen im Betrieb ändern:

Der Arbeitsschutz muß von den Betroffenen selbst in die Hand genommen werden, die Koalition aus Definitionsmacht der Experten und ökonomischen Profitinteresse gehört abgeschafft!

Solche Perspektiven sind natürlich zur Zeit nicht in Sicht, um so mehr kommt es darauf an, alles zu tun, um konkrete Verbesserungen im Arbeitsschutz zu erreichen.

Wir fordern:

- das Recht der Arbeitnehmer, die Arbeit zu verweigern, wenn sie mit Gefahr für Gesundheit und Leben einhergeht (z.B. bei Nichteinhaltung von Arbeitsschutzvorschriften);
- die Bestellung einer/s Arbeitsschutzbeauftragten mit umfassenden Kontrollbefugnissen gegenüber den für den Arbeitsschutz in Hamburg zuständigen Behörden und Institutionen. Ihre/seine erste Aufgabe besteht in der Erarbeitung eines »Berichts zur Lage des Arbeitsschutzes in Hamburg«;
- die Geltung bestehender Arbeitsschutzvorschriften auch in den nichtgewerblichen öffentlichen Betrieben Hamburgs;

● eine Öffnung des Amtes für Arbeitsschutz für die Belange der betroffenen Arbeitnehmer, um die Kontrolle der Arbeitsbedingungen durch die Betroffenen zu unterstützen. Dazu bedarf es einer *umfassenden Informationspflicht* des Amtes gegenüber Arbeitnehmern ohne Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten;

- die Erstellung einer *Liste sämtlicher arbeitsbelastigender Produkte* durch das Amt für Arbeitsschutz und eine Umfrage bei Geschäftsleistungen und Betriebsräten sämtlicher Hamburger Betriebe, um zu klären, welche dieser Produkte und Arbeitsstoffe verwendet werden;

- die Erarbeitung eines Planes zum *Ersatz* derselben;
- Verwendungsverbote für die krebsverursachenden Arbeitsstoffe, Hamburg stünde es wohl an, mit einem *Asbestverbot* die Serie zu eröffnen!
- die Weitergabe aller für den Arbeitsschutz bedeutsamen *Meßergebnisse* der Behörde für Bezirksangelegenheiten, Naturschutz und Umweltgestaltung (BBNU) an die betreffenden Betriebsräte — was aus den Schornsteinen kommt, ist auch in den Hallen;
- eine unabhängige, von Arbeitnehmern selbst verwaltete Beratungs- und Informationsstelle für Arbeitsschutz mit u.a. folgenden Aufgabenbereichen: Erarbeitung eines von Verwaltungsvorgängen unabhängigen Berichtssystems über arbeitsbedingte Erkrankungen, Beratung von Betroffenen bei Arbeitsschutzproblemen, Koordination bzw. Durchführung arbeitnehmerorientierter Forschungsvorhaben und Umsetzungsprojekte.

Unterzeichner(innen) des Gesundheitspolitischen Manifestes

Gruppen:

Ärzte warnen vor dem Atomkrieg, Hamburger Ärzteinitiative; Ärzteopposition in der Ärztekammer Hamburg; AG-Gesundheitspolitik der Fachschaft Psychologie der Universität Hamburg; Angehörigengruppe Seelisch Kranke; Asthma-Selbsthilfegruppe; Die Boje, Beratungsstelle für junge Erwachsene; Bundesverband Sozial-Selbsthilfe Körperbehinderter; Chemiegruppe Bergedorf; DKP-Gesundheitsgruppe; Fachgruppe Behinderte der GAL; Fachgruppe Gesundheit der GAL; Friedensinitiative des Allgemeinen Krankenhauses Barmbek; Gesundheitsladen Hamburg e.V.; Hamburgische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie; Hamburger Koordinierungstreffen »Jugend hilft Jugend«; Institut für angewandte Biologie; »Omnibus« Initiative natürlicher Lebensstil; Selbsthilfegruppe Morbus-Crohn; Selbsthilfegruppe Körperbewußtsein

Einzelunterzeichner(innen):

Ertel, Marianne, Krankenschwester, AK-Barmbek; Gerth, Monika, Apothekengruppe Hamburg; Hamann, Birgit, Wohnhaus Jähnstraße; Hamann, Walter, Sozialstation Langenhorn; Hagemann, Kerstin, Patienteninitiative Barmbek-Bernbeck; Kirsch, Claudia, Projekt Frau und Arbeit; Klieboldt, Monika, Vorsitzende des Personalrates des AK-Bergedorf; Knickrehm, Ralf, Sozialistischer Hochschulbund, Fachgruppe Medizin; Kols, Jürgen, Personalrat des AK-Altona; Lesser, Klaus, Friedensinitiative der Medizinstudenten; Lorenz, Dietmar, Betriebsratsvorsitzender des Altonaer Kinderkrankenhauses; Mielke, Klaus, Psychosozialer Trägerverein Eimsbüttel/Eppendorf; Mueller, Klaus, Betriebsratsvorsitzender des Krankenhauses Rissen; Niklas Bernd, Betriebsrat Lufthansa; Pohl, Eberhard, Vorsitzender des Gesamtpersonalrats der Gesundheitsbehörde; Rethemeier, Annette, Pro Familia; Sarnow, Monika, Gemeindepsychiatrisches Zentrum Elbek; Tichy, Rainer, Personalrat des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg; Weidner, Rolf, Vorsitzender des Personalrates des Hafenkrankenhauses.

Denkschrift über die Rechte und Pflichten des Arztes in der Bundesrepublik Deutschland im Rahmen der medizinischen Versorgung bei Katastrophen im Frieden und ihre Berücksichtigung in den Katastrophenschutzgesetzen (Auszüge)

Vorbemerkung:

Seit 1958 haben Deutsche Ärztetage als Hauptversammlung der Bundesärztekammer und eine Vielzahl anderer namhafter Repräsentanten der deutschen Ärzteschaft immer wieder in Form von Beschlüssen, Resolutionen und Vorträgen auf die Gefahren durch Katastrophen und Kriege, insbesondere des Atomkrieges hingewiesen. Sie haben neben dem dringenden Anliegen, Kriege zu verhindern, im Bewußtsein ihrer Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung die Forderung erhoben, sinnvolle und erfolgversprechende Pläne und Vorbereitungen für die medizinische Hilfeleistung im Rahmen des Katastrophenschutzes und des Zivilschutzes zu entwickeln.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat andererseits mit großer Sorge festgestellt, daß auf dem Gebiet des Katastrophenschutzes im Gegensatz zu den behördlichen Zuständigkeitsregelungen und dem Einsatz der Ordnungs-, Brandschutz- und Technischen Hilfsdienste nach wie vor gravierende Mängel im Bereich des Gesundheitswesens bestehen, durch die ein Versagen auf allen Ebenen der medizinischen Hilfeleistung zum Schaden der betroffenen Bürger nahezu programmiert ist.

Die in den Gesetzen festgelegte Aufgabenzuweisung an die Hilfsorganisationen stößt an die Grenze der Erfüllbarkeit. Dies betrifft nicht nur den fehlenden, im Interesse der Gesundheitssicherung notwendigen Anschluß an die Krankenhausversorgung, sondern ebenso die begrenzte Leistungsfähigkeit der Hilfsorganisationen zur Durchführung der dem Arzt vorbehaltenen Maßnahmen und die vom beruflichen Sachverständigen abhängige Leitung der medizinischen Gesamthilfe.

Nach Recht und Gesetz tragen diejenigen, die durch die Erteilung der staatlichen Approbation zur Ausübung der Heilkunde als Arzt oder Ärztin berechtigt sind, eine besondere Verantwortung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens gegenüber dem Staat und vor allem gegenüber den Menschen in diesem Staat. Kein Gericht wird sie jemals davon entlasten. (...)

Sollte der Staat die rechtliche Verantwortung des Arztes für die Ausübung der Heilkunde aus anderen Gründen nicht berücksichtigen wollen, steht der einzelne Arzt immer noch im Banne seines Gewissens.

Wenn sich der Vorstand der Bundesärztekammer dieser Probleme erneut und intensiv annimmt, so geht er von der zweifellos unbestreitbaren öffentlichen Auffassung aus, daß auch im Katastrophenfall vom Arzt Hilfe und Leistungen erwartet werden, wie sie ihm das Bürgerliche, das Straf- und das Berufsrecht vorschreiben. Es ist im Interesse der Menschen in der Bundesrepublik Deutschland unerlässlich, diese ärztlichen Aufgaben auch in den entsprechenden Gesetzen und Verfahrensregelungen festzulegen.

Dadurch würde auch erreicht werden, daß die derzeitigen Gegner der Katastrophenmedizin ihren rechtlichen Pflichten nachkommen. Mit ziemlicher Gewißheit würde dann die Mehrzahl dieser Ärzte bei der Bekämpfung einer Katastrophe mitwirken. (...)

I. Die Katastrophenschutzgesetze

Der Katastrophenschutz als Friedensaufgabe fällt in der Bundesrepublik Deutschland im Sinne der Artikel 35 und 74 GG in die Zuständigkeit der Länder, während der Zivilschutz im Verteidigungsfall gemäß Artikel 73 GG in der ausschließlichen Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes liegt. Der Zivilschutz basiert zu wesentlichen Teilen auf den von den Landesregierungen geschaffenen örtlichen und regionalen Vor-

aussetzungen des Katastrophenschutzes und nutzt diese so weit wie möglich im Verteidigungsfall im Sinne des »erweiterten Katastrophenschutzes« (2, Nr. 12), (...)

Im Deutschen Bundestag, seinen Ausschüssen und auch im »Gemeinsamen Ausschuß« wurde wiederholt und mit großem Ernst auf die mangelhafte Funktionsfähigkeit der Einrichtungen und Organisationen des Gesundheitswesens in Situationen hingewiesen, in denen es darum geht, einer sehr großen Anzahl akut lebensbedrohlicher oder dringend behandlungsbedürftiger Menschen die notwendige qualifizierte medizinische Hilfe zu gewähren. Die bisher in den diesbezüglichen Gesetzen verankerten medizinischen Hilfemaßnahmen werden diesen Überlebensfragen und auch dem Vertrauen des Bürgers in die Ernsthaftigkeit von Maßnahmen des sozialen Rechtsstaates zu seinem Schutz nicht gerecht.

Die Untersuchung der elf Landeskatastrophenschutzgesetze, des Zivilschutzgesetzes und des Gesetzes über die Erweiterung des Katastrophenschutzes zeigt folgende, für die medizinische Katastrophenhilfe wichtige Erkenntnisse:

1. Die Aufgaben des Sanitätsdienstes als Fachdienst werden den Hilfsorganisationen — in manchen Gesetzen irrtümlich als Sanitätsorganisationen bezeichnet — übertragen. Diese Organisationen sollen Erste Hilfe und erste ärztliche Hilfe leisten sowie die Hilfebedürftigen abtransportieren.

Während im Rettungsdienst, der aufgrund der Rettungsdienstgesetze der Länder in allen Regionen der Bundesrepublik Deutschland »rund um die Uhr« einsatzbereit ist, die »Rettungskette« vom Ersthelfer bis zum Krankenhaus voll ausgebildet und funktionsfähig ist, fehlen im Katastrophenschutz die entscheidenden, zur Behandlung der Patienten allein berufenen Endglieder dieser Kette, nämlich der Arzt, der die begonnene Ersthilfe fortsetzt oder beendet, und das Krankenhaus. (...)

2. In der Mehrzahl der Katastrophenschutzgesetze gilt der Begriff »Helfer« für alle Personen, die im Katastrophenschutz freiwillig mitwirken oder zur Mitwirkung verpflichtet werden. Innerhalb des rheinland-pfälzischen Katastrophenschutzgesetzes (2, Nr. 9) werden die Aufgabenbereiche im einzelnen erörtert. Im bayerischen Katastrophenschutzgesetz (2, Nr. 2) wird von »zur Katastrophenhilfe Verpflichteten« gesprochen. In keinem anderen Gesetz wird eine Unterscheidung der im Einsatz und auch aufgrund beruflicher Qualifikation verantwortlich Tätigen von der Mehrzahl der weniger qualifizierten Hilfskräfte vorgenommen. So fallen auch die Ärzte unter den Begriff des »Helfers«. (...)

Diese Regelungen sind für Ärzte, vor allem die von ihnen zu leistende Hilfe unbefriedigend, da sie gemäß § 10 Abs. 1 der Musterberufsordnung, der sich analog in den Berufsordnungen der Landesärztekammern findet, auch als unterstellte Ärzte einen Bereich unantastbarer Eigenverantwortlichkeit und aufgrund ihrer rechtlichen Pflichten eine besondere Verantwortung gegenüber dem gesundheitlich Geschädigten und gegenüber nichtärztlichen Helfern zu tragen haben.

3. In allen Katastrophenschutzgesetzen ist eine auf 3 oder 5 Tage befristete allgemeine Pflicht zur Hilfeleistung für jedermann, zum Teil ab dem 18. Lebensjahr, verankert. Diese wird aber nur wirksam, wenn die Katastrophenschutzbehörde dazu aufruft und der Aufgerufene keine Gegengründe hat. Betroffen würden davon vor allem die niedergelassenen Ärzte, da sie — von wenigen Ausnahmen abgesehen — keiner der mitwirkenden Organisationen angehören, die Auswirkungen einer Katastrophe jedoch Ihre Mitwirkung dringlich erfordern können. (...)

4. Die Gesetzgeber des Bundes und der Länder haben der Tatsache keine Beachtung geschenkt, daß es im katastrophenmedizinischen Aufgabenbereich entscheidend auf frühzeitige gelenkte Hilfeleistung durch möglichst weitgehend eingetüpfte Gruppen ankommt. (...)

Daher sind zur medizinischen Katastrophenhilfe nicht nur Laienhelfer oder Rettungssanitäter der Hilfsorganisationen und der Feuerwehr erforderlich, sondern auch Ärzte, die die notfallmedizinischen Maßnahmen schnell, sicher und mit den ihnen verfügbaren Mitteln anwenden und durch erste ordnende Regelungen die baldigst erforderlichen Organisationsmaßnahmen vorbereiten können. Treffen sich Ärzte und Helfer erstmals zu diesem späten Zeitpunkt und beginnen sie erst dann ihre Zusammenarbeit zu regeln, ist es für die Katastrophenopfer vielfach zu spät.

5. Mit Ausnahme des Landes Rheinland-Pfalz gibt es in den Katastrophenschutzgesetzen keine Bestimmungen über die Zusammenarbeit der unteren Katastrophenschutzbehörden mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die Entscheidungskompetenz des Hauptverwaltungsbeamten, ob, wann und wen er zur Mitwirkung oder Beratung heranziehen will, ist laut Gesetz umfassend. So besteht die Gefahr, daß wesentliche Planungen und Vorbereitungen sowie auch die Durchführung katastrophenmedizinischer Maßnahmen ohne kompetente ärztliche Beratung und Einflußnahme erfolgen. Im rheinland-pfälzischen Katastrophenschutzgesetz wird die Bereitstellung ausreichender Versorgung mit Sanitätsmaterial angesprochen, werden die Krankenhäuser zur Aufstellung und Fortschreibung von Alarm- und Einsatzplänen verpflichtet und werden die Angehörigen der Heil- und Heilhilfsberufe zur Fortbildung verpflichtet. Wenn auch übersehen wurde, daß es für medizinische Hilfspersonal keine den Kammern der Heilberufe entsprechende Institutionen gibt, die die Fortbildung übernehmen können, sind die Absichten dieses Gesetzgebers sehr zu begrüßen.

6. In einer Reihe von Bundesländern wurden Verordnungen, Richtlinien und Empfehlungen erlassen, die mehr als einzelne gehende Regelungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens enthalten. So wurden in wohl allen Ländern Anweisungen und Empfehlungen an alle staatlichen und kommunalen Krankenhäuser, zum Teil auch an konfessionelle Krankenhäuser zur Erarbeitung von Katastrophenschutz- und Einsatzplänen gegeben. Privatkliniken und kleinere Krankenhäuser wurden, obwohl sie häufig auf speziellem Gebiet sehr leistungsfähig sind, soweit bekannt, nicht einbezogen. Es handelt sich bei den Anweisungen um Rahmensestellungen; ob und inwieweit die Durchführung erfolgt ist und wie die Behörden die Maßnahmen überwachen, ist unbekannt. Es ist jedoch davon auszugehen, daß insbesondere staatliche und kommunale Schwerpunktkrankenhäuser über einen Alarmplan verfügen und daß sie diesen auch forschreiben. (...)

8. In keinem Katastrophenschutzgesetz und in keiner damit zusammenhängenden Verfügung werden die niedergelassenen und daher besonders ortskundigen Ärzte angesprochen. Es wird auch nicht erwähnt, daß sich die ärztlichen Praxisräume im oder am Katastrophengebiet zur Einrichtung von Erstbehandlungsplätzen eignen und — wie in der Schweiz — entsprechend vorzusehen und auszustatten sind. (...)

11. Mit Ausnahme des rheinland-pfälzischen Katastrophenschutzgesetzes wird die Fortbildung der Angehörigen der Heilberufe auf katastrophenmedizinischem Gebiet nicht erwähnt. Offensichtlich haben die Gesetzgeber der anderen Länder nicht erkannt, daß Katastrophen weitaus andere Anforderungen an die bei der medizinischen Hilfeleistung Mitwirkenden stellen,

als dies im Alltag oder im Rettungsdienst der Fall ist, und daß die zuverlässige Regelung der notwendigen Fortbildung nicht auf der Grundlage des ärztlichen Berufsrechtes getroffen werden kann.

Die gemäß § 7 Abs. 1 und § 20 Abs. 4 der Musterberufsuordnung — analog in den Berufsordnungen der Landesärztekammern — dem Arzt auferlegte Pflicht zur Fortbildung verlangt von ihm den wahlweisen Gebrauch der angebotenen Fortbildungsmöglichkeiten in dem Umfang, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Ausübung seines Berufes erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.

Dabei muß sich der Arzt nach gefestigter Rechtsprechung über die Grundlagen und Fortschritte der Heilkunde nach bestem Können unterrichten, wobei er sich den neuen Lehren nicht aus Bequemlichkeit, Eigensinn oder Hochmut verschließen darf. Nicht geklärt ist die Frage, ob jeder Arzt zu allgemeiner ärztlich-praktischer Fortbildung verpflichtet ist, solange er im Besitz seiner Approbation ist. Dies erscheint erforderlich, wenn z.B. ein Mediziner eines theoretischen Gebietes um Rat oder Hilfe gebeten wird, weil der Hilfebedürftige um dessen Arztberuf weiß oder weil auch er zur Hilfe bei einem zufällig erlebten Notfall verpflichtet ist. Würde dies gesetzlich klar geregelt, so wäre damit jedoch noch keineswegs die Pflicht zur Fortbildung in Katastrophenmedizin erfaßt.

Die Gesetzgeber, mit Ausnahme von Rheinland-Pfalz, haben demnach auf einem wesentlichen Sektor des Katastrophenschutzes eine Lücke gelassen.

12. Wenn auch nach den Katastrophenschutzgesetzen in Bayern und Rheinland-Pfalz die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften, in Hamburg die Gesundheitsbehörde in den Landesbeiräten für den Katastrophenschutz und in Berlin Ärzte der Gesundheitsverwaltung als Sachverständige im Katastrophenereinsatzstab mitwirken, so fehlt in den anderen 7 Bundesländern jegliche Erwähnung einer, wenn auch noch so bescheidenen ärztlichen Mitwirkung im Katastrophenschutz, um die Planung, Vorbereitung und Durchführung katastrophenmedizinischer Maßnahmen im Interesse des Überlebens und der Wiederherstellung der Gesundheit betroffener Bürger sinnvoll und erfolgversprechend zu gestalten.

Wirken aufgrund von Verordnungen in einigen Bundesländern die Gesundheitsämter an der Beratung des Hauptverwaltungsbeamten der jeweiligen Katastrophenschutzbehörde mit, so sind doch Rahmen und Inhalt derartiger Beratungsaufgaben nirgends bindend beschrieben oder zumindest den von der Sache her Beteiligten und Interessierten unbekannt. In den im Katastrophenfall zu bildenden Katastrophen-schutzstäben sind zwar die Vertreter der Hilfsorganisationen dem Stab fest zugeteilt, es kommt aber dem Gesundheitsamt als »mitwirkende Behörde« nur eine beratende Aufgabe ohne konkret formulierte Einflußmöglichkeit auf den Ablauf und die Gestaltung der katastrophenmedizinischen Hilfe sowie auf die dabei Mitwirkenden zu.

In den Technischen Einsatzleitungen finden sich lediglich Vertreter der mitwirkenden Hilfsorganisationen als »Fachberater Sanität/Betreuung«, obwohl gerade hier eine intensive Mitwirkung besonders erfahrener Ärzte erforderlich ist. Die Verkennung der medizinischen Hilfeleistung und ihrer Bedeutung für die Betroffenen kann nicht deutlicher zum Ausdruck kommen.

13. Unter den 8 Landesgesetzen, Richtlinien oder Vereinbarungen für den Rettungsdienst — ohne Berlin, Bremen oder Hamburg — finden sich nur für Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein Hinweise auf eine Verbindung zwischen Rettungsdienst und Katastrophenschutz, die sich aber lediglich auf die Aufgabe der Rettungsleitstellen beziehen. Eine konkrete Bestimmung über die ärztliche Tätigkeit aus dem Rettungsdienst (Notarzt Dienst) heraus für den Katastrophenschutz existiert nur in den Berliner Richtlinien und in der jüngsten bayerischen Bekanntmachung. (...)

15. Aus der »Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Organisation des Katastrophenschutzes« ist weiterhin ersichtlich, daß z.B. der Arzt in einem Sanitätszug einem Zugführer unterstellt ist, der, mag er eine noch so vorzügliche Ausbildung in Erster Hilfe und als Führer in seiner Hilfsorganisation haben, dennoch in ärztlicher Hinsicht ein Laie ist. Er kann und darf kein

Weisungsrecht gegenüber ärztlichem Handeln und Entscheidungen haben. Ernsthafe Konflikte zum Nachteil der Hilfebedürftigen sind zu befürchten, wenn nicht verstanden wird, daß zu der ärztlichen Verantwortung nicht nur die Befunderhebung und die Behandlung des Patienten gehören, sondern alles, was Voraussetzung für die Tätigkeit des Arztes ist. Dies erstreckt sich letztlich bis hin zur Energieversorgung, zur Einrichtung und Ausstattung, zur Küchenleitung sowie zur personellen und materiellen Regeneration der Sanitätsseinheit, denn ohne die von nicht-ärztlichen Mitarbeitern gewährleistete Funktionsfähigkeit unterstützender Teileinheiten ist keine nachhaltige medizinische Hilfeleistung möglich. Den Arzt jedoch auf die Aufgaben einzuzwingen, für die er den weißen Kittel tragen muß, heißt, den Sinn katastrophenmedizinischer Hilfe gründlich zu mißachten und die Erfolgsmöglichkeiten von vornherein zu minimieren.

16. Die Ablauforganisation der katastrophenmedizinischen Hilfe zwischen den Orten der Rettung bzw. der Ersten Hilfe und den Krankenhäusern, insbesondere die Bildung zusätzlicher Sichtungs- und Behandlungs-ebenen, ist in den Katastrophengesetzen und den Folgevorschriften — ausgenommen die Berliner Richtlinien und die bayerische Bekanntmachung — nicht als Rahmen vorgegeben. Ebensowenig besteht Klarheit über den Abtransport der krankenhauspflichtigen Patienten, deren Zuweisung zu den geeigneten Krankenhäusern und über den Sanitätsmaterialnachschub. Dies alles kann ohne ärztliche Entscheidungskompetenz und Verantwortung nicht vollgültig und mit Aussicht auf erfolgreiche Hilfeleistung ablaufen.

17. Ein schwerwiegender Mangel auf dem Gebiet der Katastrophenmedizin ist das absolute Informationsdefizit sowohl der Bevölkerung über die Gefahren, die Schutzmöglichkeiten und die allgemeinen Grundsätze katastrophenmedizinischer Hilfeleistung als auch der Angehörigen der Heil- und Heilhilfsberufe, insbesondere der Ärzte, über ihre Pflichten und Aufgaben im Katastrophenfall, ihre Verantwortung und über die für die wirksame Hilfe notwendigen Kenntnisse.

18. Die Zurückhaltung der deutschen Behörden und Politiker — im Gegensatz zur Schweiz und anderen Ländern — in der Information sowohl der Bürger und der Ärzte als auch der im Katastrophenschutz zur Mitwirkung verpflichteten Institutionen usw. trägt in erheblichem Maße zur Verunsicherung aller Beteiligten und möglicherweise betroffenen Menschen bei und hat gleichzeitig gezielter Destruktion durch bestimmte Kreise den Boden bereitet.

II. Rechtsfragen zur Ausübung der Heilkunde im Katastrophenfall

(...)

1. Strafrechtliche Aspekte der Katastrophenmedizin

Alle Bundesbürger haben gemäß § 323 c StGB die Pflicht, jederzeit bei der Beseitigung unmittelbarer Gefahr, d.h. bei Unglücksfällen, bei gemeiner Gefahr oder Not mitzuwirken, soweit dies erforderlich oder den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Vernachlässigung anderer wichtiger Pflichten möglich ist. Dies gilt verständlicherweise besonders in Notlagen, wie sie durch Katastrophen hervorgerufen werden, auch wenn keine förmliche Verpflichtung zur Hilfeleistung durch die zuständigen Behörden ausgesprochen wurde. Entzieht sich der Bürger dieser Pflicht, so ist er gemäß § 323 c StGB mit Strafe bedroht. An dieser Hilfeleistungspflicht endet auch die Freiheit des Arztes, die Behandlung eines Hilfebedürftigen abzulehnen.

Der § 323 c StGB hat für den Arzt größere Bedeutung als für andere Bürger, auch wenn er für diesen keine Sonderverpflichtungen schafft. Vom Arzt wird aufgrund seiner Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie seiner freiwillig übernommenen Berufspflichten gerade bei der Erkennung und Behandlung von Gesundheitsschäden ein weit höheres Maß an Bereitschaft und Befähigung zur Hilfeleistung erwartet als von anderen Menschen. Je näher der Arzt dem Ort des Geschehens ist, desto strenger sind die an ihn zu stellenden Anforderungen im Rahmen der Zumutbarkeit. Bei der

strafrechtlichen Beurteilung kommt es entscheidend auf die Verletzung von Handlungs- und Sorgfaltspflichten an. Allein der Eintritt eines Schadens aufgrund der Handlung oder Unterlassung begründet keine Haftung.

Der Vorwurf, die Hilfeleistungspflicht nach § 323 c StGB verletzt zu haben, trifft den Arzt nicht, der im Rahmen der spontanen Hilfeleistung eine objektiv gebotene Maßnahme, z.B. die künstliche Beatmung mit Intubation nicht beherrscht oder dem die dazu erforderlichen Hilfsmittel am Ort nicht zur Verfügung stehen. Freilich kann ihn der Vorwurf treffen, z.B. seiner Fortbildungsplflicht nicht nachgekommen zu sein oder entgegen seiner Pflicht, die sich aus der Beteiligung am ärztlichen Notfalldienst ergibt, das notwendige Material nicht zur Verfügung zu haben.

Die Verpflichtung des Arztes, Leben zu erhalten, gewinnt angesichts schwer betroffener Menschen, wie sie in solcher Vielzahl nur bei außerordentlich schweren Schadensereignissen zu finden sind, ganz besondere Bedeutung. In einer solchen Notsituation ist es niemandem, auch dem Arzt nicht erlaubt, einen Menschen durch aktives Eingreifen auf ausdrückliches und ernstliches Verlangen hin zu töten (§ 216 StGB).

Ärztliche Eingriffe fallen auch im Katastrophenfall unter den Tatbestand der Körperverletzung (§ 223 StGB). Sie setzen die Einwilligung des Patienten voraus, die nach vorheriger Aufklärung und Information vom Arzt erlangt werden muß. Sind Aufklärung und Einwilligung nicht möglich, weil z.B. der Patient bewußtlos ist, und ist ein Eingriff zum Schutz des Lebens notwendig, kann im Einzelfall nach den Grundsätzen der mutmaßlichen Einwilligung bzw. aufgrund des rechtffertigenden Notstands (§ 34 StGB) ein ärztlicher Eingriff auch ohne Einwilligung vorgenommen werden. (...)

Bei Katastrophen sind sicher für den bei einer Rettungsmaßnahme auf sich gestellten Helfer die Merkmale des § 34 StGB zugrunde zu legen; er muß aber wissen, daß er zur Rettung akut bedrohten Lebens nur die Maßnahmen ergreifen kann und soll, die er beherrscht. Dabei wird der Rettungssanitäter zweifellos höhere Leistungen erbringen können als der Ersthelfer und der Laie.

Werden Helfer, gleichgültig welcher Qualifikation, jedoch in unmittelbarer Nähe des Arztes tätig, so sind sie an seine Anweisungen gebunden, und der Arzt trägt für ihr Handeln die volle Verantwortung.

Gemäß § 203 StGB haben der Arzt und die innerhalb seines beruflichen Wirkungskreises tätigen Gehilfen das ärztliche Berufsgesheimnis, d.h. die Schweigepflicht, zu wahren. Bei Katastrophen und im Verlauf der Maßnahmen zur Abwendung und Behebung der durch sie verursachten Gefahren kommt jedoch ebenfalls die Anwendung des § 34 StGB in Frage, der es dem Arzt erlaubt, auf die Einhaltung seiner Schweigepflicht in dem unbedingt erforderlichen Maß zu verzichten. Dies gilt für den Fall, daß er im dringenden Interesse des Patienten handelnd seiner Informations- und Dokumentationspflicht dadurch genügen muß, daß er ein vereinfachtes Verfahren zur Weitergabe aller wichtigen Personal- und Schadensstellen benutzt, z.B. in Form einer am Patienten anzubringenden Anhängekarte. Diese Eintragungen sind jedoch auf die mit dem erlittenen Schaden zusammenhängenden Feststellungen und Handlungen zu beschränken.

2. Zivilrechtliche Aspekte und Katastrophenmedizin
Übernimmt ein Arzt die Behandlung eines hilfsbedürftigen Patienten, so kommt es zu einem Dienstvertrag gemäß § 611 BGB bzw. § 368 d Abs. 4 RVO. Möglich ist auch das Zustandekommen eines Behandlungsverhältnisses nach den Vorschriften über die Geschäftsführung ohne Auftrag (§ 677 BGB), wenn z.B. der Patient bewußtlos ist, die Behandlung aber in seinem Interesse erfolgt und seinem mutmaßlichen Willen entspricht. Mit der Behandlungsaufnahme verpflichtet sich der Arzt zu ordnungsgemäßer sorgfältiger Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst. Dies schließt die Einhaltung der Schweigepflicht, die Aufklärungspflicht und die Vermeldung jeglicher Schädigung bei der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit ein. Die Verletzung der Sorgfaltspflicht macht zivilrechtlich haftbar. Dies gilt zweifelsfrei auch in der außergewöhnlichen Situation eines Katastrophenfallen. (...)

bm — 42 Prozent fielen beim Physikum durch. Tests als Damm gegen die Ärzteschwemme?

Am 30. März hat die Gesundheitsministerkonferenz, lange bevor die Ergebnisse verschickt wurden, folgendes festgestellt: »5675 Kandidaten aller 28 medizinischen Fakultäten haben teilgenommen ... 3287 Kandidaten bestanden (57,92%). 2388 Teilnehmer (42,08%) haben ohne Erfolg teilgenommen.«

Etwas 190 Studenten haben die Prüfung zum dritten Mal nicht bestanden, d. h. sie müssen das Medizinstudium abbrechen. Im Beschuß der Gesundheitsminister bleibt unerwähnt, daß ungefähr 15 Prozent derjenigen Studenten, die sich ursprünglich für die Prüfung angemeldet hatten, vor oder nach dem ersten Tag aufgegeben haben. Diese Quote liegt weitaus höher als bei früheren Physika. Sie wird in den offiziellen Statistiken nicht geführt.

Im Vergleich zum Physikum im August vergangenen Jahres hat sich die Durchfallquote verdoppelt. Damals betrug sie 20 Prozent.

Das »Skandalphysikum« von März 1981 haben viele Medizinstudenten noch in Erinnerung. Damals fielen 56 Prozent der Kandidaten durch die Prüfung. Im Schnitt hatten sie 59 Prozent der Fragen richtig beantwortet. Dieses Mal waren es nur noch 53,6 Prozent. Sind die Studenten um fünf Prozent dümmer geworden?

Gesundheitsminister Heiner Geißler (CDU) antwortete am 21. April am Rande der CDU-Wahlkampfveranstaltung in Bochum einer Gruppe von Medizinstudenten: »Das muß an den Fragen liegen!« Diese Äußerung trug Geißler ungewohnten Beifall bei den anwesenden Medizinstudenten ein.

Es scheint aber auch niemand in Sicht, der ernsthaft etwas anderes behauptet. Geißler selber forderte 1983 auf dem Ärztetag in Kassel, »daß der Medizinstudent möglichst früh, am besten schon bei der Vorprüfung, einem echten Test unterworfen wird, der das Wort Prüfung verdient«. Irmgard Adam-Schwäzler, gesundheitspolitische Sprecherin der FDP, ließ am zweiten Tag dieses Physikums verlauten, daß auch sie für schwerere Examina plädiere. Tips kamen wie so oft vom Hartmannbund: »Die Erhöhung der Durchfallquoten bei den einzelnen Ab-



Schwer geprüft Skandal beim Frühjahrs-Physikum

schnitten der ärztlichen Prüfung würde zu einer u.U. rapiden Verminderung der Zahl der Neuapprobationen führen.« (Der Deutsche Arzt, Mai 1983). Der Vorteil an dieser Maßnahme: »Änderungen gesetzlicher Art wären hierzu nicht erforderlich« (s.o.). Angesichts solcher Empfehlungen und des tagtäglichen Geredes von der Ärzteschwemme wird es den Studenten nicht gerade leicht gemacht, dieses Physikum nicht als eine geplante Katastrophe und eine Maßnahme, die Zahl der Ärzte »durch gnadenlose Selektion drastisch zu senken«, anzusehen (Jochen Brack, VDS-Fachsekretariat Medizin).

Die Empörung der Medizinstudenten über das Ergebnis ist so groß, daß zwei Wochen, nachdem die Ergebnisse bekannt waren, ungefähr 8000 von ihnen in Bonn demonstrierten. Sie protestierten gegen das Physikum aber auch gegen die geplante fünfte Novelle der Approbationsordnung.

Verschärfung der staatlichen Prüfungen, zusätzliche mündliche Prüfungen, Einschränkung der Wiederholbarkeit der Prüfungen und auch der sogenannte »Arzt im Praktikum« werden zusammen als ein Paket von Maßnahmen gesehen, um die Zahl der zukünftigen Ärzte zu senken. Das würde bedeuten, daß mit einer Ausbildungsordnung Arbeitsmarktpolitik gemacht wird.

Das aber weist Minister Geißler in einem Brief an Bochumer Medizinstudenten als »unbegündete Unterstellung« zurück. Gleichzeitig fordert Arbeitsminister Blüm nach Information des Hartmannbundes Hessen (No. I/1985) auf, »die Zahl der Approbationen durch eine Verschärfung der Prüfungsordnungen zu steuern«.

Die Hauptforderung der Studenten: Geißler soll dem Bundesrat einen Wegfall des sogenannten »Fünfzig-Prozent-Ankers« empfehlen. Das würde dazu führen, daß entsprechend der durchschnittlichen Ergebnisse die Bestehensgrenze angepaßt wird. In den USA, wo das sog. Multiple Choice-System entwickelt wurde, gibt es schon seit 1923 keinen »Anker« mehr. Mit denselben Argumenten, mit denen sich Geißlers Vorgängerin Antje Huber gegen die Wiedereinführung der Achtzehn-Prozent-Gleitklausel nach dem Medizinerstreik '81 wehrte, wehrt sich jetzt auch Bundesminister Geißler: ein Absinken der Qualitätsanforderungen müsse verhindert werden. Die Entwicklung der zentralen Prüfungen sprechen für sich.

Geißler und andere möchten den Hauptschuldigen an der Physikumsmisere gerne im IMPP, dem für die Fragen zuständigen Institut, sehen. Sehr großzügig kritisiert Minister Geißler das »Ankreuzsystem«.

Unter Medizinstudenten kommt deswegen der Verdacht auf, daß Geißler die jetzt wieder aktuelle Kritik am Multiple-Choice-System nutzen möchte, um Rückenwind für seine zusätzlichen mündlichen Prüfungen zu bekommen. An den Hochschulen sind bei weitem nicht alle Hochschullehrer davon begeistert. Nicht zuletzt, weil durch immer härtere Mittelkürzungen ganz einfach die Kapazitäten fehlen.

Offen ist derzeit noch das Verhalten der Bundesländer. Die sozialdemokratisch regierten Länder wollen offenbar einlenken. Definitiv plädiert Hamburgs Gesundheitssenatorin Malling für eine Abschaffung des Fünfzig-Prozent-Ankers. Gleichermaßen ließ NRW-Gesundheitsminister Barthmann im Gespräch mit Studenten verlauten. Die Frage ist, ob auch einige CDU/CSU-regierte Bundesländer einlenken angesichts der Katastrophe, die im nächsten Physikum, bei doppelter Kandidatenzahl und gleichbleibenden Klinikstudienplätzen, droht. □

Klausel und Anker

Medizinstudenten müssen auf 60 Prozent der Fragen in ihren Multiple-Choice-Bögen richtig antworten, um die Prüfung zu bestehen. Liefert der Durchschnitt der richtigen Antworten aller Studenten unter 60 Prozent, tritt die sogenannte **18-Prozent-Gleitklausel** in Kraft. Dabei werden von der Zahl, die in Prozent den Durchschnitt der richtigen Antworten angibt, 18 Prozent abgezogen, um die neue Bestehensgrenze festzulegen.

Ein Beispiel: Im Märzphysikum 1981 erreichten die Studenten durchschnittlich 53 Prozent rich-

tige Antworten. Von der Zahl 53 wurden nun 18 Prozent abgezogen. Der erreichte Wert, nämlich 44 Prozent richtige Antworten, hätte nun nach dieser Klausel die neue Bestehensgrenze angegeben.

Nicht 60, sondern nur 44 Prozent richtige Antworten hätten ausgereicht, die Prüfung zu bestehen.

Der sogenannte **50-Prozent-Anker** hat das verhindert. Er besagt: Die mit Hilfe der Gleitklausel neu errechnete Bestehensgrenze darf nicht unter 50 Prozent richtiger Antworten liegen.



Foto: S. Jansen

Meine Gene gehören mir!

Kongreß »Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnik«

kj — Männlicher Herrschaftswille oder Chance für weiblichen Kinderwunsch? 1700 Frauen diskutierten drei Tage lang.

Es war weltweit der erste Kongreß, der zu dem Thema »Frauen gegen Gentechnik und Reproduktionstechnik« stattfand. Drei Tage lang, vom 19. bis 21. April 1985, bot sich in der Integrierten Gesamtschule Bonn-Beuel Frauen die Möglichkeit, aus vorwiegend feministischer Sicht dieses schlagzeilenmachende Themas zu beleuchten. Mit den ca. 1700 Teilnehmerinnen aus dem In- und Ausland hatten die Veranstalterinnen, Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen e.V., Köln, und AK Frauenpolitik, Die Grünen im Bundestag, nicht gerechnet. »So viele Frauen«, begeisterte sich Renate Duelli Klein, Mitherausgeberin des Buches 'Retortenmütter', »das hat keiner erwartet.«

In der Schule bog sich tatsächlich der Boden durch. Die Eröffnungsveranstaltung, eine Podiumsrunde mit acht Refe-

rentinnen, mußte mit Lautsprechern in das Foyer übertragen werden. Sarah Jansen von der grünen Bundestagsfraktion begann. Dies sei ein Kongreß von Frauen für Frauen. Hier solle Frauen die Gelegenheit gegeben werden, unter Ausschluß der Männer sich zu äußern und politische Meinungen zu bilden. Gemeint war, daß ansonsten Männer den »Heimvorteil« (S. Jansen), nämlich von Männern gemachte politische Strukturen, zuungunsten der in Politik noch ungeübten Frauen ausnutzen.

Und dann ging es richtig los: Gentechnik und Reproduktionstechnik sind zwar unterschiedliche Technologien, aber sie ergänzen sich, da die eine das Material für die andere liefert. Die Reproduktionstechnik beschäftigt sich mit der Menschmachung im neuen Stil.

Mensch-machung in neuem Stil

Was bis vor wenigen Jahren nur durch den mittlerweile wohl »technisch überholten Vorgang«, den Geschlechtsverkehr, mög-

lich war, geht heute auch anders. Durch eine medikamentös ausgelöste Superovulation werden Eizellen gewonnen, die in einer Petrischale befruchtet werden. Nach einer Brutzeit von ca. fünfzig Stunden transferiert man eine befruchtete Eizelle in die Gebärmutter, in der der Embryo nun ungestört die nächsten neun Monate verbringen darf. Verzögern kann man den Prozeß, indem Spermien, Eizellen und Embryos eingefroren und erst im Bedarfsfall aufgetaut werden.

Durch dieses Splitting des Reproduktionsvorganges kann es unfruchtbaren Frauen gelingen, ein Kind auszutragen oder durch eine Leihmutter gebären zu lassen. Eine amerikanische Publizistin, Gena Corea, berichtete, daß in den USA mit Schlagzeilen wie »Retortenbabies sind klüger und kräftiger« oder »Die aus dem Glas sind besser« für die in-vitro Fertilisation geworben wird. Visionen von genetisch maßgeschneiderten Kindern auf Bestellung, ausgesucht im Samen- und Eizellenkatalog, die dann einer Leihmutter in Auftrag gegeben werden, tauchen auf.

Eine ganz andere Seite sprach Prof. Dr. Maria Mies, Vorsitzende des Vereins für Sozialwis-

senschaftliche Forschung und Praxis für Frauen, an. »Die neuen Reproduktionstechniken sind der verzweifelte Versuch des Patriarchats, in seinem Machbarkeitswahn die ganze Welt sich untertan zu machen.« Frauen-

Frauenkörper als Puzzle

Körper werden als »Investitionsterritorium« betrachtet. Und die Frauen ihres Produktionsmittels, des Körpers, enteignet. Es erfüllt sich der alte patriarchalische Traum, den Frauen ihr Monopol über das Leben zu entreißen.

In einer von Männern beherrschten Wissenschaft läßt sich leicht von einer neutralen Technik ohne politische Inhalte reden. Angeblich um den sehnlichsten Wunsch von Millionen Frauen, den Kinderwunsch, zu erfüllen, verwirklichen die Männer ihre eigenen Wünsche, vermischt mit Gier nach Prestige und Geld. »Männer lassen sich als Retter und Evolutionshelden feiern«, so die Biologin Renate Duelli Klein, und »die Frau wird Materie, mit der man experimentieren kann.«

Zu der frauenverachtenden Handhabung, den weiblichen Körper als Rohmaterial für die industrielle Menschenproduktion in seine Teile zu zerlegen und davon zu profitieren, gesellt sich noch der menschen- und naturverachtende Charakter dieser Technik. Menschliche und nichtmenschliche Lebewesen werden auf einige ausbeutbare Eigenschaften und Funktionen reduziert. Das Erbgut kann auf wertvolle und minderwertige Gene hin untersucht und unerwünschte Eigenschaften können wegprogrammiert werden. Diese Möglichkeiten erinnern stark an faschistische Auslese- und Ausmerzpolitik.

Dieser Punkt wurde andernfalls von einer Arbeitsgruppe, in der sich auch behinderte Frauen befanden, aufgegriffen. Die erhitze Diskussion drehte sich um die verlockende Aussicht, in Zukunft vielleicht ohne Leiden leben zu können. Der schmerzhaf-

Tiefgekühlter Embryo in flüssigem Stickstoff

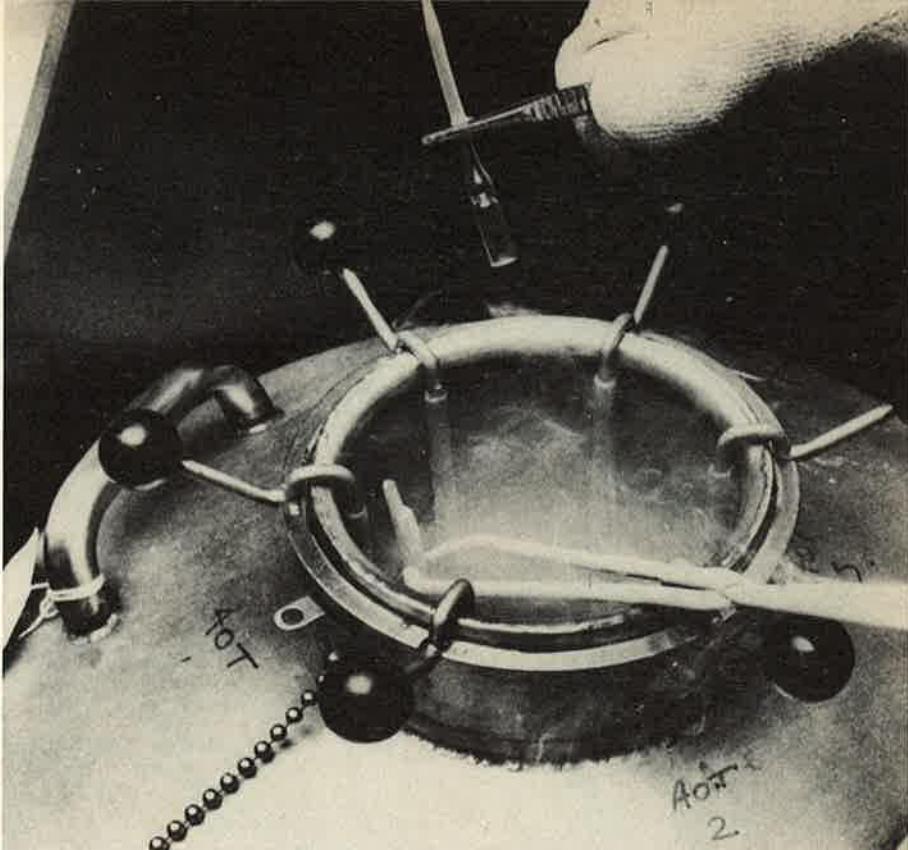


Foto: dpa

stabilen Beziehung leben, kommen in Frage. Auch die Intensität des Kinderwunsches wird unter die Lupe genommen.

Zum Thema wurde der Kinderwunsch auch in einer Arbeitsgruppe. Gewarnt wurde vor der Propagierung des Rechts auf biologische Mutterschaft. Kinderwunsch bzw. Kinderlosigkeit und weibliche Identität sind eng miteinander verflochten. In einem Kind sah die Frau den Sinn ihres Lebens, und auf diese Form der Produktivität wurde sie nicht nur in vergangenen Zeiten getrimmt. Der Status einer kinderlosen, noch dazu vielleicht unverheirateten Frau war nicht gerade rosig zu nennen — hatte sie doch ihr Lebensziel verfehlt.

Kinder als Ersatz für eigenes unerfülltes Leben und als Bestätigung der Weiblichkeit, das heißt, die Lösung gesellschaftlicher Probleme auf die nächste Generation zu vertagen. Es bedeutet natürlich nicht, daß Frauen keinen Kinderwunsch mehr verspüren dürfen. Nur sollten sie nicht mit allen Mitteln, mit allen Reproduktionsmitteln, darum kämpfen. Der Wunsch nach Kindern kann auch in Form einer sozialen Mutterhaft befriedigt werden.

Reproduktionstechniken nur für Auserwählte! Auch nur für ausgewählte weiße Frauen. Die Spekulationen lesbischer Frauen, auf diesem Wege ohne Beteiligung von Männern am Zeugungsakt zu einem Kind zu kommen, lösten sich in Schall und Rauch auf. Die Kliniken, die eine In-vitro-Fertilisation durchführen, stellen Bedingungen: lediglich heterosexuelle Paare, die in einer nachweislich

dafür Experten, die häufig von ihrem Einsatz profitieren, die Entscheidung über die Art der zu entwickelnden Technologien und ihre Verwendung überlassen werden sollte.

Die Gentechnik kann dazu benutzt werden, in einer durch den Menschen verseuchten Umwelt zu überleben, indem durch Genmanipulation eine Anpassung von Mensch und Umwelt erzwungen wird. Genmanipulierte Bakterien z.B. sollen Ölteppiche abbauen, anstatt daß Unfälle von Tankern verhindert werden.

Am sichtbarsten sind die Fortschritte bei den mit Hilfe der Gentechnologie hergestellten Pharmaka, beispielsweise bei der Entwicklung des Humanin-

wachsendes Arsenal von Mitteln der Symptombekämpfung. Das Prinzip der »selbstverschuldeten« Krankheit wird auf die Spitze getrieben. Erbanlagen werden dafür verantwortlich gemacht, daß die Menschen mit Krankheit auf fortschreitende Umweltzerstörung und Umweltverschmutzung reagieren.«

Es lag sicherlich nicht im Sinne der Teilnehmerinnen, neue Therapiemöglichkeiten brachliegen zu lassen. Selbstverständlich bietet die Medizin mit ihren Kompensationsversuchen keinen Freifahrtschein für eine weitere Umweltzerstörung. Das eine wie das andere gilt es, nicht aus den Augen zu verlieren.

Auf dem Kongreß konnte man allerdings einiges aus den Augen verlieren. Das riesige Themenangebot der dreißig Arbeitsgruppen ließ einem die Qual der Wahl. Eines hat der Kongreß sicherlich bewirkt: Daß nämlich die Teilnehmerinnen ihr immer wieder bemängeltes Informationsdefizit aufholen möchten.

Eine radikale Feministin schwärzte davon, mit den neuen Technologien endlich eine Möglichkeit zur männerlosen Gesellschaft, pikantweise von Männern selbst entwickelt, erschlossen bekommen zu haben. Dieser Kongreß war durchweg feministisch, wenn auch nicht radikal-feministisch, aufgezogen worden. Und wahrscheinlich steht man ihm so gegenüber, wie man zum Feminismus steht.

Das Ergebnis des Kongresses war bereits im Titel formuliert. Frauen gegen Gentechnik und Reproduktionstechnik.

Kirsten Jung

Was ist dran am Kinderwunsch?

te Prozeß, Krankheiten akzeptieren und sich arrangieren zu müssen, bräuchte nicht mehr durchlebt zu werden. Die behinderten Frauen hätten nicht ihr Schicksal angenommen, wenn sie nicht die Auffassung vertreten hätten, auch ein Leben mit Behinderungen sei lebenswert, nur die Welt müsse behinderten-gerecht gestaltet werden.

Während in den Industrieländern alles versucht wird, unfruchtbaren Frauen zu einem Kind zu »verhelfen«, geschieht in den Entwicklungsländern die Ungeheuerlichkeit, Frauen gegen ihren Willen zu sterilisieren. Die Fruchtwasseruntersuchung (Amnionzente) wird zur Geschlechtsbestimmung benutzt, mit der Folge, daß der weibliche(!) Fötus abgetrieben wird. Der Widerspruch macht hellhörig: Weiße, reiche Frauen sollen und farbige, arme Frauen dürfen keine Kinder kriegen.

Reproduktionstechniken nur für Auserwählte! Auch nur für ausgewählte weiße Frauen. Die Spekulationen lesbischer Frauen, auf diesem Wege ohne Beteiligung von Männern am Zeugungsakt zu einem Kind zu kommen, lösten sich in Schall und Rauch auf. Die Kliniken, die eine In-vitro-Fertilisation durchführen, stellen Bedingungen: lediglich heterosexuelle Paare, die in einer nachweislich

Möglichkeiten für die Medizin

sulins. Große Hoffnungen setzt man in die weitere Forschung, die eine Therapie bisher nicht behandelungsfähiger Erkrankungen wie viralen Infektionen ermöglichen könnte. Durch die Gentechnik ist man in der Lage, Medikamente in höherer Ausbeute, billiger und reiner zu produzieren. Natürlich winkt auch dort Big Business. Aber eine Sache ist nicht deshalb schlecht, bloß weil andere daran verdienten können.

In der von den Kongreßteilnehmerinnen verabschiedeten Resolution kann man nachlesen: »Für die Medizin bietet die Gen- und Fortpflanzungstechnik ein



Katastrophe in der Kammer?

Denkschrift zur Katastrophenmedizin

wp — Die harte Fraktion in der Ärztekammer will die Fortbildung in Katastrophenmedizin zur Pflicht machen.

»Da die Aus- und Fortbildung nicht berufsrechtlich begründet werden kann, muß sie vom Gesetzgeber im allgemeinen Interesse angeordnet werden«. Dieses Zitat, welches in den letzten Jahrzehnten den Sturm der Bundesärztekammer hervorgerufen hätte, stammt nicht etwa von irgendwelchen Sozis oder »Systemveränderern«, es kommt von der Bundesärztekammer selbst!

Es steht in der Denkschrift »Über die Rechte und Pflichten des Arztes in der Bundesrepublik Deutschland im Rahmen der medizinischen Versorgung bei Katastrophen im Frieden und ihre Berücksichtigung in

Katastrophenschutzgesetzen«. Diese Denkschrift ist ein Elaborat des Wissenschaftlichen Beirats der Ärztekammer, inzwischen auch verabschiedet vom Ausschuß und der Ständigen Konferenz »Sanitätswesen im Katastrophen-, Zivilschutz und in der Bundeswehr«. Zur Zeit soll sich der Vorstand der Bundesärztekammer darüber eine Meinung bilden, d. h. nach Ansicht des Verfasser auch verabschieden. Ohne Zweifel schon jetzt eine schallende Ohrfeige für den Präsidenten der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar.

Hintergrund der Diskussion ist eine Kontroverse in der Ärzteschaft: die nämlich um die sogenannte »Katastrophenmedizin«, wie die Bundesärztekammer sie propagiert, die aber auch von vielen konservativen Ärzten als »Kriegsmedizin« beargwöhnt wird.

Vor allem die Gründung der IPPNW (Internationale Ärzte zur Verhütung eines Atomkrieges), der inzwischen trotz recht

happiger Monatsbeiträge über 3000 bundesdeutsche Ärzte angehören, hat bei den alten Standesfürsten der Ärztekammern die Angst vor einer Spaltung der Ärzteschaft — schrecklichster Gedanke angesichts der zunehmenden Verteilungskämpfe im Gesundheitswesen — aufkommen lassen. So durfte denn Anfang 1984 der Präsident der Bundesärztekammer, Vilmar, von der Verdammung der Friedensbewegung übergehen zum »Dialog«: Im März 1984 kam erstmals in Tübingen der Präsident der Bundesärztekammer zu einem »Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges«, wobei gleich er freilich in der Sache nichts Neues sagte. Und was Vilmar bereits 1983 auf der Zweiten Tagung der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin gesagt hatte, war auch nichts Neues: In der Katastrophenmedizin müsse wie in allen anderen Bereichen die Fortbildung »auf freiwilliger Basis durchgeführt« und dürfe »niemals reglementiert« werden.

Ganz in diesem Sinne nahm die Bundesärztekammer im August vergangenen Jahres zum Entwurf eines Zivilschutzgesetzes Stellung. »Die Bundesärztekammer begrüßt, daß nunmehr von einer gesetzlichen Regelung einer speziellen ärztlichen Pflichtfortbildung Abstand genommen wurde. Die Regelung der ärztlichen Fortbildung ist Aufgabe der Ärztekammern, und zwar auch für Notfall- und Katastrophenmedizin«, hieß es in der Stellungnahme.

Und um sich dem CSU-Innenminister gleich noch als richtiger Sachwalter seiner Interessen anzudienen, wurde eine Fortbildungspflicht konstruiert, die angeblich ohnehin nach dem ärztlichen Standesrecht bestche: »Eine Verpflichtung zur Fortbildung in Notfallmedizin ergibt sich aus § 20 (4) der Musterberufsordnung (MBO) für die deutschen Ärzte. Darüber hinaus hat sich jeder Arzt basierend auf der Generalpflichtenklausel (§ 7) MBO in Katastrophenmedizin fortzubilden, da er im Ausnahmestand einer Katastrophe zur Hilfeleistung in der Lage sein muß.«

Damit hatte man freilich ein Selbstdor geschossen. Notfallmedizin ist eben nicht Katastrophenmedizin — das hatte man ja selbst immer gepredigt — und die »Generalpflichtenklausel« des Paragraphen 7 der Musterberufsordnung beinhaltet auch aus juristischer Sicht keineswegs eine Fortbildungspflicht für einen »Ausnahmestand«.

So legt das im hauseigenen »Deutschen Ärzteverlag« herausgebrachte Standardwerk »Ärztliches Berufsrecht« den Paragraphen 7 folgendermaßen aus: »Was not tut (bei der Fortbildung) ist die Information über neue und gesicherte Erkenntnisse im eigenen Gebiet.«

Die eingangs zitierte Denkschrift der harten Fraktion in der Ärztekammer faßte treffend zusammen: »Die Pflicht des Arztes ist, sich gemäß § 7 Abs. 3 Musterberufsordnung ... fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Ausübung seines Berufes erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Außerdem hat er sich gemäß § 20 Abs. 4 Musterberufsordnung ... auch für den Notdienst fortzubilden ... Beide Pflichten genügen den Eigenarten der Katastrophenmedizin nicht.« Daraus folgert man dann, daß erstmals eine Fortbildungspflicht, nämlich die in Katastrophenmedizin, gesetzlich vorgeschrieben werden müsse. »Ein wahrer Dolchstoß der ärztlichen Selbstverwaltung!«, bemerkt die IPPNW.

Hinter dieser Pirouette der Bundesärztekammer stehen offensichtlich schwere interne Auseinandersetzungen, hat doch die Politik des verbalen »Dialogs« ohne substantielle Zugeständnisse von Vilmart zu keinem Abschwung der Friedensbewegung in der Ärzteschaft geführt. Die Geduld der alten Standesfürsten und der in den Ärztekammern recht zahlreich repräsentierten Militärärzte dürfte erschöpft sein. Kein Zufall ist es so, daß die Denkschrift aus jenem Aus-

schuß kommt, der bereits 1983 einmal von sich reden machte. Damals hatte man ein »realistisches« Kriegsszenario entwickelt, wobei in Westeuropa 450 Atomwaffen eingesetzt werden sollten.

Ein weiteres Argument für ein schnelles Vorgehen der Katastrophemediziner sind Entwicklungen, daß in ärztlichen Gremien Mehrheiten für Kritiker der Katastrophenmedizin möglich sind. So beschloß eine Mitgliederversammlung des Ärztl-

chen Kreis- und Bezirksverbandes München Ende Januar die Ablehnung des Zivilschutzgesetzentwurfes. Dieser Beschuß wurde zwar inzwischen vom bayerischen Innenministerium wegen angeblicher Wahrnehmung des allgemeinpolitischen Mandats suspendiert, doch bestätigte eine zweite Mitgliederversammlung noch einmal den Beschuß und klagt jetzt vor dem Verwaltungsgericht. Die Argumente sind dabei überzeugend: Warum sollte der Münchner Ärztekammer verboten sein,

was die Bundesärztekammer genauso macht, freilich mit anderer politischer Aussage? Und der hessische Sozialminister Clauss gar hat der hessischen Landesärztekammer ausdrücklich bestätigt, sich über das Zivilschutzgesetz eine Meinung bilden zu dürfen.

Kein Wunder also, wenn so mancher Standesvertreter das eigene Haus brennen sieht und angesichts der Katastrophe in Panik gerät. □

Alles ganz normal

Berufsverbote in Recklinghausen

Und — Vier Angestellte des Knappschaftskrankenhauses in Recklinghausen wurden wegen ihrer Parteiliegenschaft entlassen oder beurlaubt.

»Ihre Aktivitäten... sind als eine massive Störung des Betriebsfriedens anzusehen.« So steht es in der fristlosen Kündigung, die Krankenschwester Ingrid Kumpernaß und Annegret Peters erhielten. Die Diplom-Psychologin Petra Voss wurde zunächst einmal nur beurlaubt, da sie Mitglied des Personalrats ist. Von dem Arzt Hermann Dieckmann befürchtet die Krankenhausverwaltung eine »unvertragbare Beeinträchtigung im Ansehen bei der Bevölkerung«.

Den drei weiblichen Angestellten wurde vorgeworfen, in einer nicht näher qualifizierten Weise für die DKP-Betriebszeitung »Rote Spritze« verantwortlich zu sein. Keine der drei Frauen zeichnet für die Zeitung presserechtlich verantwortlich, keine wurde beim Verteilen »dingfest« gemacht. Diese »Rote Spritze« verleumde die Bundesknappenschaft und werte sie ab, meint die Betriebsleitung, und da sie außerdem noch weiß, daß Annegret Peters, Ingrid Kumpernaß und Petra Voss Mitglieder der DKP sind, zieht sie ihre Schlusfolgerung: »Wir sehen uns daher veranlaßt, Ihr Arbeitsverhältnis mit sofortiger Wirkung außerordentlich zu kündigen.«

Angegriffen hatte die DKP-Betriebszeitung das Knappskrankenhaus nach dem Umzug in ein neues Gebäude im



Ingrid Kumpernaß



Annegret Peters



Petra Voss

März 1984. Man vermutete, daß der Umzug eine großangelegte Evakuierungsübung für den Katastrophen- und Kriegsfall sein sollte. »Kriegsübung im KK II«, so die Überschrift der »Roten Spritze« vom 8. Februar 1985. Einige Merkwürdigkeiten hatten die Betriebsgruppe zu ihrer Unterstellung veranlaßt:

- der Umzug fand an einem Tag statt, an dem im gesamten Bundesgebiet Alarmsirenen erprobt wurden;
- zivile Hilfsorganisationen, das DRK, der Malteser-Hilfsdienst, die Polizei, die Feuerwehr und das Zivilschutzzamt halfen tatkräftig;
- Peter Hennecke, Leiter des Zivilschutzamtes, erklärte gegenüber der Recklinghäuser Zeitung, man habe den Umzug in zweieinhalb statt der geplanten drei Stunden durchführen können. Ein Erfolg, der auf die gelungene Zusammenarbeit der beteiligten Organisationen zurückzuführen sei. Alle diese Organisationen entsenden Vertreter in den Zivilschutzausschuß der Stadt.

Verwaltungsleiter Heimann hält alles für »ganz normal«, aber auch in der Regionalpresse setzte man den Umzug in Anführungszeichen.

Als die DKP zu Beginn des Jahres den Fall aufgriff, schritt

die Betriebsleitung zur Tat. Kurzerhand nahm man die Sachen zum Anlaß, einen weiteren mißliebigen Kollegen vor die Tür zu setzen: den Arzt Dr. Dieckmann, dem angekreidet wird, für eine »Marxistisch-Leninistische Partei Deutschlands« (MLPD) Flugblätter vor einer Recklinghausener Zeche verteilt zu haben.

Anscheinend sind die vier Betroffenen aber noch aus anderen Gründen Störfaktor im Krankenhaus: Hermann Dieckmann, Ingrid Kumpernaß und Annegret Peters gehören zu den gewählten Vertrauensleuten, Petra Voss ist deren Sprecherin. Jetzt, Ende Mai, stehen Personalratswahlen an. Das Ergebnis der internen Urwahl für die Reihenfolge auf der ÖTV-Liste sah so aus: 2. Platz: Petra Voss; 3. Platz: Hermann Dieckmann; 4. Platz: Annegret Peters; 6. Platz: Ingrid Kumpernaß.

Der Abteilungsvorstand »Krankenhäuser« in der ÖTV-Kreisverwaltung hält die anstehenden Personalratswahlen, bei denen die Betroffenen gute Chancen hätten, gewählt zu werden, für den eigentlichen Grund der Repressalien. In einer Solidaritätserklärung schrieb die Gewerkschaft: »Den Kolleginnen und dem Kollegen soll offensichtlich die Chance zur Kandidatur zu den Personalratswah-

len Ende Mai genommen werden.«

Den fristlosen Entlassungen wurden mittlerweile fristgerechte Nachgereichte, die beiden Krankenschwestern und der Arzt sind zur Zeit ohne Arbeit. Petra Voss konnte zwar ihre Beurlaubung rückgängig machen, darf aber nicht in Kontakt mit Patienten kommen. Das sei den Patienten nicht zuzumuten, gab man ihr gegenüber als Begründung an.

Ahnlich denkt offensichtlich der Rechtsverteiler der Knappskraft: Er gesteht zwar zu, daß sich von Angestellten im öffentlichen Dienst nicht generell die gleiche politische Treuepflicht wie von Beamten verlangen lasse. Beschäftigte im Gesundheitswesen aber sind angeblich in der Lage, Patienten in unkontrollierbarer Weise zu beeinflussen, deshalb müßten an sie die gleichen Anforderungen gestellt werden wie an Beamte. Ob zu einem guten Arzt, einer guten Krankenschwester demnächst das Bekenntnis zum Grundgesetz gehört und daß man es ihnen abnimmt, klärt sich jetzt vor dem Oberlandesgericht Hamm.

Unterschriftenlisten können bei der dg-redaktion bezogen werden. Solidaritätserklärungen an: Annette Jansen, Zaunkönigweg 6, 4270 Dorsten. □



Johannes
Grützke,
Wer wird
denn
krank
sein?
1971

Krankheit und Kranksein

in der Gegenwartskunst

Hamburg, Ingelheim, Mainz und Ingolstadt sind die nächsten Stationen einer Ausstellung »Krankheit und Kranksein in der Gegenwartskunst«, die zur Zeit noch in Berlin zu sehen ist.

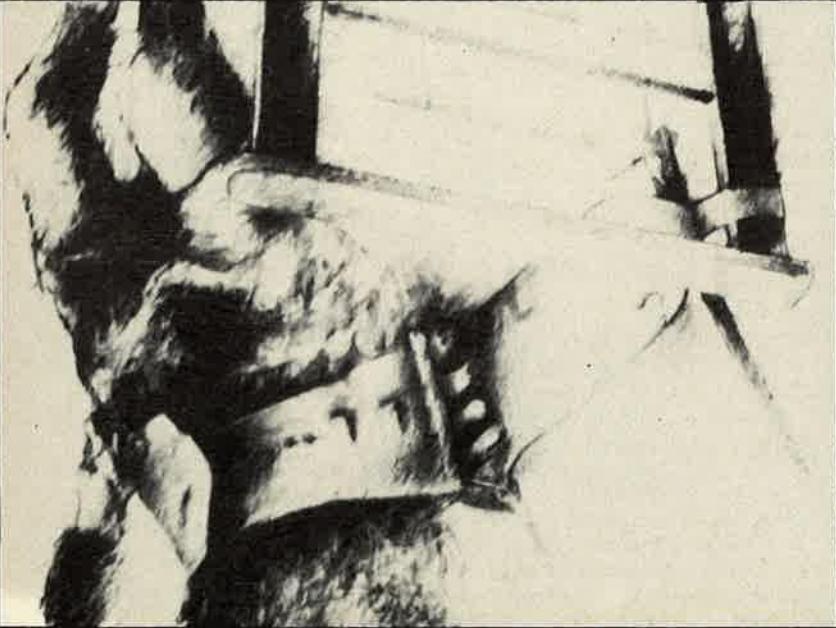
Ein sehr informativer Katalog zur Ausstellung ist beim Ver-

lag Basiliken-Presse, Postfach 1503 in 3550 Marburg 1 zum Preis von 28 Mark zu beziehen.

Termine und Standorte:
Bis 9. Juni: Institut für Arzneimittel des Bundesgesundheitsamts, Seestraße 10, Berlin 65.

19. Juni bis 17. Juli: Hamburg, Katholische Akademie, Herrengraben 4.
3. bis 25. August: Firma Boehringer in Ingelheim.
1. September bis 13. Oktober: Mainz, Chirurgische Universitätsklinik.
17. Oktober bis 15. Dezember: Ingolstadt, Deutsches Medizinhistorisches Museum, Anatomiestraße.

Werner
Knaupp,
Schlacht-
tisch



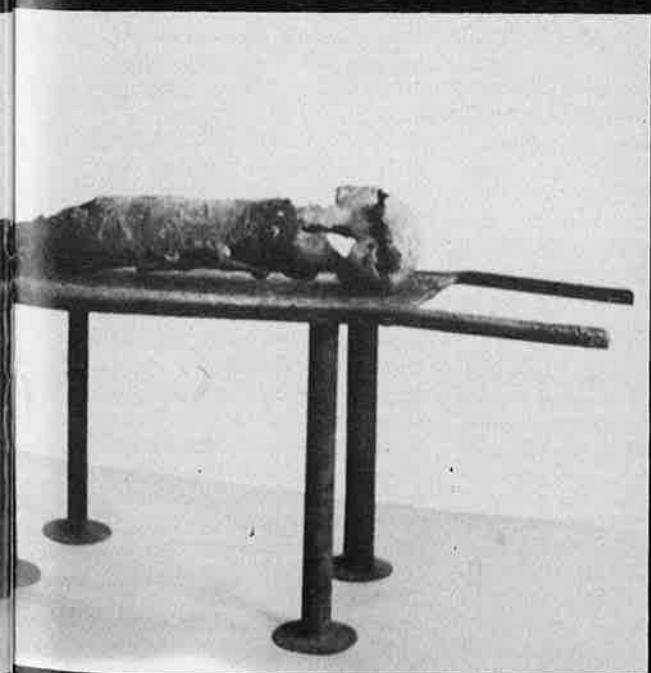
Harald
Hermann,
Patientin
W.



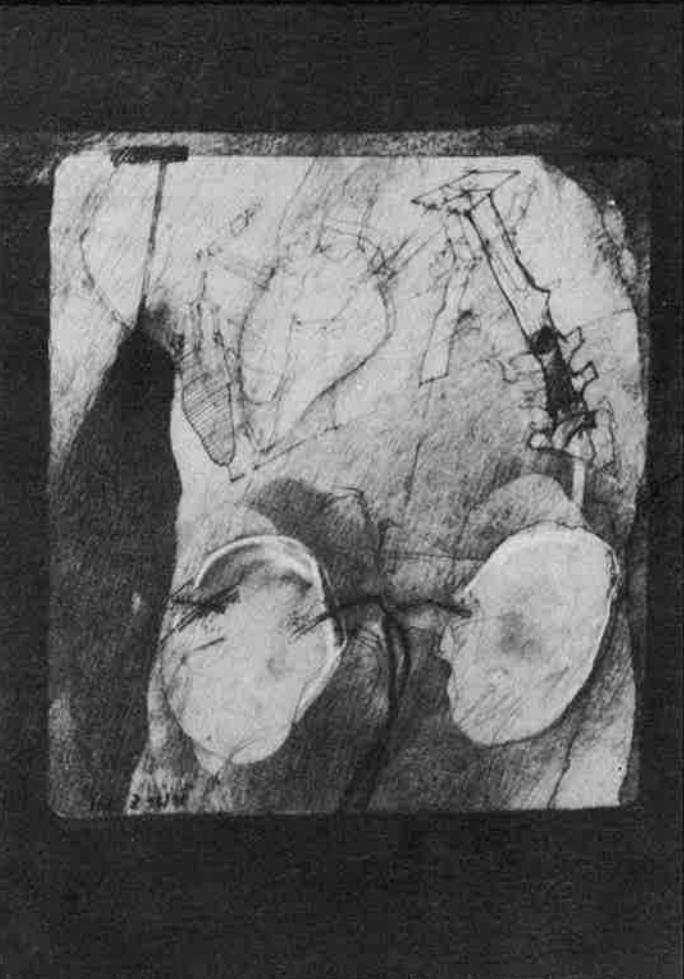
Karl-Heinz Meyer,
Bethel



Klaus Böttger,
ohne Titel



Voré,
Z 53/78



Der »Herz-Jesu- Sozialist« baut Opferstöcke

Strategien der Bonner Gesundheitspolitik

Geht es von Ehrenberg über Blüm zurück ins 19. Jahrhundert? Beschuldene Versicherte sollen die Kassen nur noch als »Feuerwehrfonds« brauchen.

Auf der Suche nach wirksamen Einsparmöglichkeiten verfiel der damalige Arbeitsminister Ehrenberg (SPD) auf die Idee, die Daumenschrauben seines Sparprogramms einseitig bei den Mitgliedern der GKV anzusetzen. Er erfand das »Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz« (KVKG), das bei den Arzneimitteln die Einführung einer Rezeptgebühr von einer Mark pro verordneter Arznei und die Einbeziehung aller Rentner in diese Gebührenpflicht vorsah sowie die hundertprozentige Kostenbeteiligung der Versicherten an solchen Arzneimittelgruppen, die der Beseitigung »geringfügiger Gesundheitsstörungen« dienen.

Die Erarbeitung einer Liste mit den dafür in Frage kommenden Medikamenten dauerte knapp sechs Jahre. Im April 1983 wurden die sogenannten Negativlisten dann aus der Tasse gehoben.

Inzwischen hieß der Arbeitsminister Blüm (CDU). Ab sofort hatten nun die Mitglieder der GKV Arzneien gegen Obstipation, Reiseübelkeit, Halsbeschwerden und leichte Formen von Erkältung allein zu bezahlen. Durch diese staatlich verordnete Selbstmedikation erlitten sie nicht nur neue finanzielle

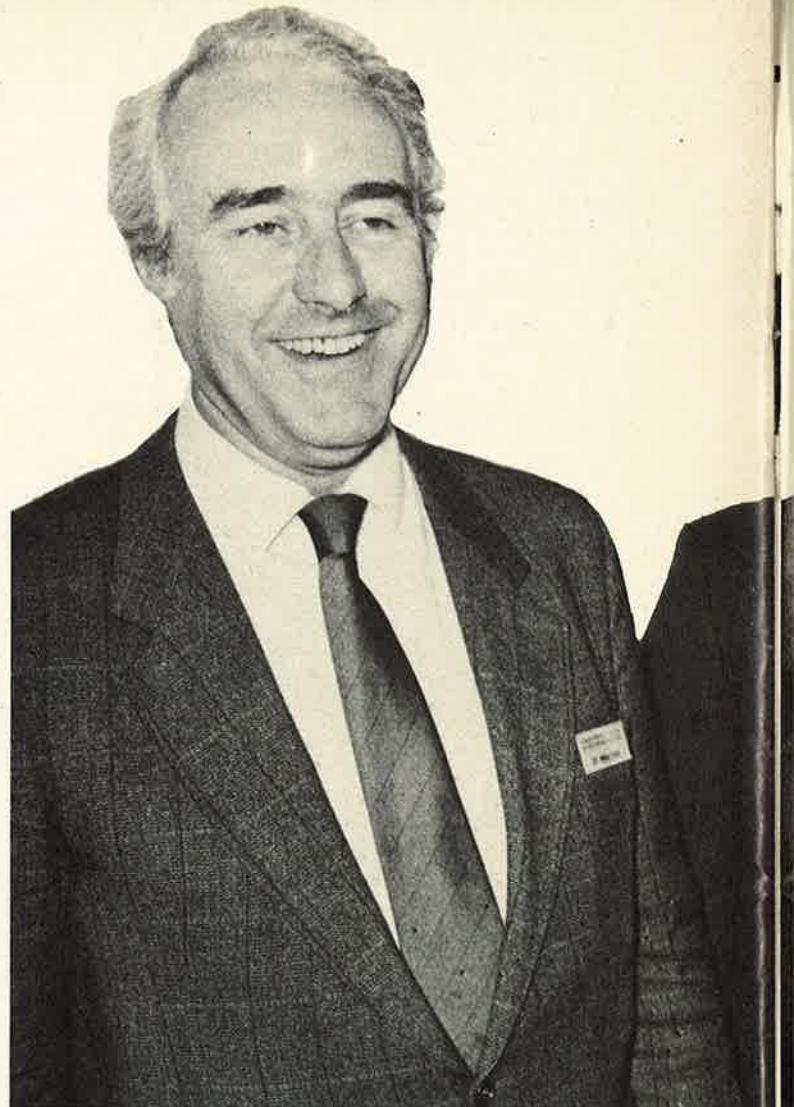
Belaustungen, sie sahen sich plötzlich auch vor medizinische und pharmazeutische Entscheidungen gestellt, die sie ohne vorhandene Sachkenntnis treffen mußten. Unnötig zu erwähnen, daß sich hier ein lohnendes Betätigungsfeld für die Laienwerbung der Industrie eröffnete.

Schon vor Einführung der Negativlisten begannen rechte Gesundheitspolitiker und Hochschullehrer, oft in Koalition mit CDU-nahen Stiftungen und Wirtschaftsinstituten, eine Kampagne. Sie versuchten, den Mitgliedern der GKV klarzumachen, daß es vor allem ihre Privatangelegenheit sei, wieder gesund zu werden. Sie empfehlten, die Solidargemeinschaft GKV nur im Ernstfall — als »Feuerwehrfonds« — in Anspruch zu nehmen.

Hilf dir selbst und schone die Kasse!

In schöner Deutlichkeit wird diese neue Orientierung Bonner Gesundheitspolitik in einer von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordwürttemberg veröffentlichten Stellungnahme ausgesprochen: »Selbstbeteiligung soll die Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit grundsätzlich verändern, indem sie ihm verdeutlicht, daß es sich bei seiner Krankheit um ein persönliches, nicht an die Krankenkassen delegierbares Problem handelt. Professor Engels stellt im April 1984 auf einem Forum des Instituts der deutschen Wirtschaft fest, das System der sozialen Sicherung sei »gemeinwohlschädlich« angelegt, da ein Handeln gegen die Gemeinschaft belohnt, ein Verhalten im Sinne des Gemeinwohls aber be-

Foto: AP



straft werde: »Wir machen in unserem System den Schadensfall zum Glücksfall.« Im Kiellwasser solcher Diskriminierungen des Solidarprinzips entstehen dann Forderungen nach mehr Verantwortungsbewußtsein des einzelnen für seine Gesundheit, nach freiwilligem Verzicht auf bisher gewährte Leistungen. Es wird das Wunschkbild des mündigen Bürgers entworfen, der sich selbst hilft und den Gemeinschaftsfonds schon. Opferbereitschaft und Bescheidenheit — das sind die Tugenden eines ordentlichen GKV-Mitgliedes.

Die Kampagne wirkt. Nach verschiedenen Umfragen unter Bundesbürgern ist ihre Bereitschaft groß, über den Krankenkassenbeitrag hinaus zusätzlich ins eigene Portemonnaie zu greifen. Aus Opfern werden Täter gemacht. Und schon ist man in Bonn dabei, neue Opferstöcke aufzustellen!

Für den Arzneimittelsektor zeichnen sich folgende Entwicklungen ab:

- In Blüms Ministerium wird an der Erweiterung der Negativlisten gearbeitet, obgleich sie sich inzwischen als untaugliche

Instrumente der Kostendämpfung erwiesen,

- Blüm will die bisher fixe Rezeptgebühr (zur Zeit zwei Mark pro verordneter Arznei) durch eine zwanzigprozentige Selbstbeteiligung an den Verordnungskosten ersetzen (die Zahlungsgrenze soll bei 20 Mark liegen). Amerikanische Studien lehrten Blüm, daß die Inanspruchnahme von Leistungen mit steigenden Selbstbeteiligungskosten nachläßt.

- Die CDU will die Selbstbedienung mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken nicht einschränken.

- Professor Oberender, als Gutachter für Arbeitsministerium und Arbeitgeberverbände tätig, fordert die Aufhebung der Rezeptpflicht (Ausnahmen: Betäubungsmittel und Krebstherapeutika). Begründung: Mopeds können auch gefährlich werden, dennoch sind sie nicht bezugsberechtigt.

- Vorschläge zur Aufhebung der Rezeptpflicht für bestimmte Cortisonzubereitungen, Antibiotika wie Tetracyclin und Co-trimoxazol, für nichtsteroidale Antirheumatika wie Ibuprofen und den H₂-Antagonisten Cmetidin.



Die Aushöhlung der Rezeptpflicht begünstigt die Ausdehnung der Selbstmedikation bei Laien.

• Die pharmazeutischen Standesvertreter fordern die Freigabe kleiner Mengen rezeptpflichtiger Arzneimittel (»Freidosen«) für den Handverkauf (das Arzneimittelgesetz erlaubt so etwas).

• Professor Münnich aus München fordert die hundertprozentige Kostenübernahme durch die Versicherten bei »Selbstbeschädigung« (durch Rauchen, Trinken, zuviel Essen, Skifahren usw.).

Rentner gegen Arbeitende, Kranke gegen Gesunde . . .

Auch Blauäugigen muß bei dieser unvollständigen Aufzählung klarwerden, wohin die Reise nach der Bonner Wende im Gesundheitswesen gehen soll. Hier steht die ganze Sozialversicherung und insbesondere die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten zur Disposition. Neben dem drohenden weiteren

Leistungsabbau bei steigenden Beiträgen fehlt es auch nicht an Versuchen, unterschiedliche Mitgliedergruppen der GKV gegeneinander auszuspielen: Rentner gegen Lohn- und Gehaltsempfänger (ohne die Rentner wären die Kassen reich), Kranke gegen Gesunde (die Kranken mißbrauchen die Beiträge der Gesunden), Frauen gegen Männer (Frauen gehen häufiger zum Arzt und verbrauchen mehr Arzneimittel), Familien gegen Alleinstehende (der Junggeselle zahlt für die Kinder der anderen), Sozialhilfeabhängige gegen Verdienende (Mißbrauch der GKV als soziale Hängematte durch Arbeitsunwillige und Faulen).

Die von der CDU/FDP-Regierung deutlich gemachten Zielsetzungen der (Re-)Privatisierung gesundheitlicher Leistungen, der unverhohlene Versuch der sozialen Demontage alter Errungenschaften der Arbeiterbewegung haben die Einzelgewerkschaften und den DGB — wenn auch spät — herausgefordert. In scharfen Stellungnahmen verurteilte beispielsweise die ÖTV die geplante Ausweitung der Negativlisten sowie die

prozentual gestaffelte Rezeptgebühr. Sie sieht in diesen Plänen »neokonservative Steuerungsinstrumente zur Absicherung der Profite der pharmazeutischen Industrie«.

Im Dezember 1984 forderte der DGB die sofortige Rücknahme aller Selbstbeteiligungsregeln. Diese Maßnahmen zu Lasten der Versicherten hätten keine Kostendämpfung gebracht.

»Damit habe sich eindeutig erwiesen, daß mit diesen Maßnahmen lediglich das Signal zum umfassenden Sozialabbau auch in der Krankenversicherung gesetzt werden sollte.«

Die IG Metall, die ÖTV und der DGB sind sich einig in der Einschätzung, daß sie keine weiteren Belastungen ihrer Mitglieder in den gesetzlichen Krankenkassen hinnehmen dürfen. Sie fordern stattdessen von der Regierung Maßnahmen gegen die (Zahn-)Ärzte und die pharmazeutische Industrie. So wird inzwischen die erstmals von gewerkschaftlicher Seite erhobene Forderung nach der Einführung von »Positivlisten«, die den Ärzten eine Verordnung wirksamer, medizinisch notwendiger

und preiswerter Arzneimittel ermöglichen würden, als dringend und notwendig anerkannt. Sie werden jetzt von Einzelgewerkschaften, allen gesetzlichen Krankenkassen (nur der AOK-Bundesverband hat sie noch nicht eindeutig akzeptiert), selbst von den der CDU nahestehenden christlichen Arbeitnehmergruppen als wirksames Sparinstrument gefordert.

Eine Gruppe von Gutachtern — beauftragt durch Blüm — errechnete Einsparmöglichkeiten zugunsten der GKV in Höhe von mehreren Milliarden Mark, wenn die Ärzte auf die Verschreibung unwirksamer, überflüssiger, bedenklicher und überteueter Mittel verzichten würden. Blüm kennt natürlich diese Möglichkeiten zur finanziellen Entlastung des Krankenkassenhaushalts (und gleichzeitiger Erhöhung der Arzneimittelsicherheit für den Patienten). Aber als Statthalter der Monopole und der ihnen nahestehenden ärztlichen Standesorganisation kann und will er nicht darauf eingehen, da mit der Realisierung von »Positivlisten« ein Einbruch in die Machtposition der pharmazeutischen Industrie verbunden ist. Seine Funktion aber ist es, die Krankenkassen als Selbstbedienungsläden der Monopole zahlungsfähig zu erhalten und über die erweiterte Kostenselbstbeteiligung der Versicherten im Bereich Selbstmedikation neue Freunde zu schaffen. Und das ist ihm — wie die erfolgreichen Bilanzen der großen Konzerne von Hoechst über BASF bis Schering zeigen — auch gut gelungen. Aber nur in der Zurückdrängung des Einflusses der Pharma-Industrie liegt die Chance, die Solidargemeinschaft zu erhalten und zu entwickeln.

Dazu bedarf es aber der politischen Mobilmachung, eines breiten Bündnisses aller Kräfte, die sich für den Erhalt der Solidargemeinschaft GKV einsetzen. Ansätze zur Zusammenarbeit gibt es inzwischen auf GKV- und Gewerkschaftsebene. Nach den Sozialwahlen 1986 müssen Kollegen in den Organen der Selbstverwaltung vertreten sein, die auch hier den lange vernachlässigten politischen Kampf wieder aufnehmen. An kämpferischen gewerkschaftlichen Forderungen — die ÖTV fordert die Vergesellschaftung der Pharma-Industrie, das DGB-Grundsatzprogramm die Befreiung der Selbstverwaltungsorgane von Unternehmervertretern — ist wahrlich kein Mangel. Nur kennen und wollen muß man sie!

Ingeborg Simon

Gruß vom Grafen Lambsdorff

dg sprach mit Reinhard Bispinck über das »Entlassungsförderungsgesetz«.

Bispinck ist wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Institut des DGB. Er arbeitet dort in der Projektgruppe Humanisierung der Arbeit.

dg: Herr Bispinck, vor einigen Tagen, am 1. Mai, trat das Beschäftigungsförderungsgesetz in Kraft. Können Sie uns die Hauptpunkte dieses Gesetzes erläutern?

Bispinck: Das Beschäftigungsförderungsgesetz — das man besser »Entlassungsförderungsgesetz« nennen sollte, zielt in seinem Kern darauf ab, Schutzbestimmungen für Arbeitnehmer auszuhöhlen, sie billiger und williger zu machen. Im Mittelpunkt stehen die befristeten Arbeitsverträge, die in Zukunft leichter und vor allem ohne sachlichen Grund abgeschlossen werden können. Arbeitgeber können danach Arbeitnehmer in Zukunft bis zu 18 Monaten befristet einstellen, ohne daß sie dafür einen sachlichen Grund vorlegen müssen, wie es nach der bisherigen Rechtssprechung üblich war. Arbeitgeber werden dazu angeregt, statt Arbeitslose auf Dauer einzustellen, befristete Beschäftigungsverhältnisse abzuschließen. Von solchen auf Zeit Beschäftigten können sie sich schließlich ohne großen arbeitsrechtlichen oder finanziellen Aufwand trennen. Bei den Unternehmensneugründungen können befristete Arbeitsverträge auch für zwei Jahre abgeschlossen werden. Das Beschäftigungsförderungsgesetz macht Teilzeitarbeit, kapazitätsorientierte variable Arbeitszeit (Kapovaz) und das sogenannte »Jobsharing« zum ersten Mal in einem Sozialgesetz salonfähig. Es gibt zwar einige windelweiche Schutzbestimmungen, aber unter dem Stichwort »Jobsharing« ist zum Beispiel in Zu-

kunft gesetzlich zulässig, daß zwei Arbeitnehmer, die sich einen Arbeitsplatz teilen, sich bei Urlaub, Krankheit oder Weiterbildung gegenseitig vertreten müssen. Das Beschäftigungsrisiko wird vom Unternehmer auf den Beschäftigten abgewälzt. Das Blüm-Gesetz erleichtert außerdem die Leih-Arbeit: bislang durften Arbeitnehmer lediglich für einen Zeitraum von drei Monaten verliehen werden, in Zukunft gilt eine doppelt so lange

dg: Welche arbeitsrechtlichen Schutzvorschriften werden konkret außer Kraft gesetzt?

Bispinck: Der Kündigungsschutz für Arbeitnehmer wird vom Tisch gewischt. Während ein Arbeitgeber bei der Kündigung eines Dauerarbeitsverhältnisses konkret, z.B. betriebsbedingte Gründe vorlegen muß, erlischt beim befristeten Vertrag zum Ende des Beschäftigungszeitraumes das Arbeitsverhältnis automatisch. Das ist sicherlich der wichtigste Punkt. Darüber hinaus werden auch eine Reihe von weiteren Schutzbestimmungen ausgeschöpft: so die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers im Krankheitsfall und die Mutterschutzgesetzgebung.

dg: In den Gesundheitsberufen sind besonders viele Frauen beschäftigt. Wie steht es um den Mutterschutz einer Frau mit befristetem Vertrag?



Frist und verschlechtert den Kündigungsschutz in Klein- und Mittelbetrieben. Schließlich werden durch das Gesetz Sozialpläne bei wesentlichen Betriebsänderungen z.B. mit Massenentlassungen in Zukunft durch verschiedene Bestimmungen eingeschränkt. Insbesondere wird es für die betrieblichen Interessenvertretungen viel schwieriger, solche Sozialpläne auch gegen den Willen des Unternehmens durchzusetzen, z.B. kann bei Unternehmensneugründungen in den ersten vier Jahren vom Betriebsrat überhaupt kein Sozialplan erzwungen werden.

dg: Worauf bezieht sich der 18-Monats-Zeitraum? Auf einen Arbeitsvertrag oder mehrere?

Bispinck: Im Prinzip darf laut Gesetz mit einem Arbeitnehmer nur ein befristeter Arbeitsvertrag abgeschlossen werden, und das bis zu 18 Monaten. Allerdings kann man sich vorstellen, daß Arbeitgeber einen befristeten Vertrag mit einem Arbeitnehmer zu Ende gehen lassen, einen anderen wiederum befristet einstellen.

stenbelastung der Betriebe deutlich zurückgegangen ist und mittlerweile eine massive Umlaufverteilung von den Lohnneinkommen zu den Gewinneinkommen eingetreten ist. Trotzdem haben wir in diesen Monaten die höchste Arbeitslosigkeit der Nachkriegszeit. Der Haussmann-Vorschlag ist die konsequente Fortsetzung der Sozialdemontage. Man hat in der ersten Phase des Sozialabbau-Programms die Arbeitslosen dadurch unter Druck gesetzt, daß ihre materielle Absicherung nachhaltig verschlechtert wurde. Mit der zweiten Phase, die auf den Abbau von Arbeitnehmerschutzrechten zielt, will man darüber hinaus auch diejenigen noch stärker unter Druck setzen, die (noch) Arbeit haben. Man sollte deshalb über den Haussmann-Vorschlag nicht allzu leichtfertig zur Tagesordnung übergehen, in dem Glauben, so etwas lasse sich in der Bundesrepublik nicht durchsetzen. Das haben viele von uns sicher auch gedacht, als Graf Lambsdorff im Sommer 1982, noch vor der Wende in Bonn, sein berüchtigtes Papier zum Sozialabbau vorlegte. Es ist erschreckend, wieviel von diesen Vorschlägen heute schon Realität ist. Der Haussmann-Vorschlag ist eine gezielte Provokation, die eine politische Diskussion in Gang setzen und die Pläne durchsetzbar machen soll, die heute noch auf breite Ablehnung stoßen. Schon gibt es ja Ideen, den Haussmann-Vorschlag etwas zu modifizieren: z.B. in dem Sinne, daß in Branchen und Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit besonders niedrige Lohnabschlüsse gefährt werden. Das politische Ziel, das hinter all diesen Überlegungen steckt, ist die Aushöhlung der Tarifautonomie und die Schwächung der Gewerkschaften als kollektive Interessenvertretungsorganisationen.

dg: Gibt es derzeit überhaupt eine politische Gegenstrategie gegen das sozialpolitische »Roll-Back«?

Bispinck: Die Koalition aus Kabinett und Kapital will die augenblickliche Schwächeposition der Gewerkschaften, die ganz wesentlich mit der anhaltenden Massenarbeitslosigkeit zu tun hat, dazu ausnutzen, einen völligen Umbau der Arbeits- und Sozialverfassung durchzusetzen. Im Zentrum einer politischen Gegenstrategie muß daher die Schaffung neuer Arbeitsplätze und die Verringerung der Arbeitslosigkeit stehen. Dazu sind weitere kräftige Arbeitszeitverkürzungen bei vollem Lohnausgleich, insbesondere die Durchsetzung der 35-Stunden-Woche, erforderlich, dazu gehören aber auch staatliche Investitions- und

Beschäftigungsprogramme in Mangelbereichen gesellschaftlicher Versorgung, z.B. bei Umweltschutz, Energieversorgung und Verkehr. Auf sozialpolitischem Gebiet muß es vor allem darum gehen, die Verschlechterungen beim Arbeitnehmer-

schutz und bei den Sozialleistungen rückgängig zu machen und wirkungsvolle Maßnahmen gegen die sich immer weiter ausbreitende neue Armut zu ergreifen. Dazu gehört in erster Linie eine Verbesserung der materiellen Situation der Arbeitslosen.

Der DGB fordert in diesem Zusammenhang seit langem die Einführung einer Mindestsicherung für alle Arbeitslosen. Die Arbeitsgruppe »Alternative Wirtschaftspolitik« hat in ihrem Memorandum '85, das sie zum 1. Mai vorgelegt hat, einen ganz

konkreten Vorschlag dazu unterbreitet. Diese und andere Forderungen können aber nur durchgesetzt werden, wenn sie zum Gegenstand aktiver politischer Auseinandersetzung mit der Bonner Wenderegierung gemacht werden. □

Nichts gelernt?

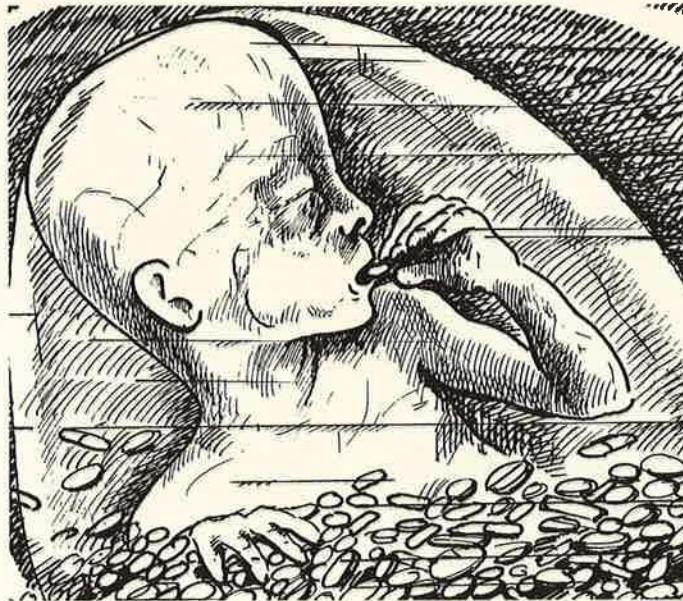
Arzneiverordnung in der Schwangerschaft

urp — Vor 24 Jahren lenkte die Contergan-Katastrophe den Blick auf Medikamente in der Schwangerschaft. Seit 22 Jahren steigt der Verbrauch wieder — bis zur nächsten Katastrophe?

Medikamentensucht ist gesellschaftsfähig, ist sie doch meist verordnet. Untersuchungen über Arzneimittelverbrauch, Folgen und Nebenwirkungen sind dünn gesät, große Studien besonders selten. Selbst günstige Gelegenheiten werden vertan. So wird in den großen Erhebungen in Bayern und Niedersachsen zur Erforschung der relativ hohen Säuglingssterblichkeit zwar der Zigarettenkonsum, Alkohol und Drogenverbrauch abgefragt, eine Frage zum Thema Medikamenten- oder -missbrauch fehlt allerdings.

Umso erfreulicher, daß sich Mechthild von Henke und Wilhelm Schräder von der Berliner Arbeitsgruppe Strukturforschung im Gesundheitswesen (BASIC) der Technischen Universität Berlin mit dem Verordnungsverhalten niedergelassener Ärzte bei Schwangeren beschäftigt haben.

Anhand der Rezepturen aus den Unterlagen der Allgemeinen Ortskrankenkasse untersuchten sie 724 Frauen, deren Schwangerschaft zwischen dem 1. Januar 1975 und dem 30. Oktober 1976 in einem Krankenhaus endete. So alarmierend die Ergebnisse sind, so wenig wurden sie bisher einer breiten Öffentlichkeit präsentiert. Durchschnittlich wurde jeder Schwangeren pro Schwangerschaftsmonat ein Rezept ausgestellt, 11,5 Prozent der Schwangeren bekamen keine, 6 Prozent allerdings mehr als 27 Verordnungen. 812 verschiedene Spezialitäten wurden verordnet.



Die Studie unterscheidet hier sechs Risikogruppen: Die meisten Medikamente (34,7 Prozent) kommen aus der Klasse der »pharmakologisch nicht untersuchten Stoffe«, dies sind Präparate, die allgemein als unschädlich gelten. Bedenklicher schon, daß 27,6 Prozent aller Arzneien aus der Klasse »keine Aussage« kommen, d.h. es liegen keine oder unzureichende Untersuchungen über mögliche Risiken vor. Trotzdem werden jeder Schwangeren durchschnittlich zwei Rezepte hiervon ausgestellt. Im Schnitt ein Rezept je Schwangerschaft wird aus der Gruppe verordnet, bei der ein Risikoverdacht zwar nicht hinreichend begründet, aber auch nicht ausgeräumt werden kann. Der Anteil der Vitamin-, Eisen- und Kalkpräparate ist fast gleich hoch (12,9 Prozent). Sie gelten als grundsätzlich unschädlich. Dieses Urteil trifft jedoch nicht in jedem Fall zu. Das Eisen-Präparat Kobalt-Ferrlecit® beispielsweise (12 Verordnungen) enthält das Zellgift Kobalt, das laut WHO nicht mehr in Arzneien vorkommen sollte. Erschreckend hoch ist die Zahl der Medikamente (6,9 Pro-

zent), bei denen der Verdacht auf ein Risiko begründet ist und deren Verordnung in der Schwangerschaft daher grundsätzlich unterbleiben sollte. Aber: Ein solches Präparat wurde in fast jeder fünften Schwangerschaft einmal verordnet! Aus der Gruppe »kein Verdacht« kommen die wenigsten Arzneien (4,7 Prozent). Verwunderlich, daß sie so wenig verordnet wurden, nämlich nur an jede dritte Schwangere.

Wesentlich bedenklicher noch erscheint die Statistik, weil die verordneten und in der Apotheke eingelösten Rezepturen die absolute Untergrenze dessen markieren, was wirklich an Medizin konsumiert wird. Häufig genug werden rezeptfreie Mittel eingenommen, die — wie viele »Stärkungsmittel« mit hohem Alkoholgehalt oder Abführmittel mit abortfördernder Wirkung — durchaus schädigende Wirkungen haben können. Nicht eingerichtet sind auch die Mittel, die bei einem Krankenhausaufenthalt verabreicht werden, und immerhin liegt nach neueren Zahlen jede fünfte Schwangere durchschnittlich mindestens drei Tage stationär.

Auch die vielen Probepackungen, die in den Praxen verteilt werden, finden keinen Niederschlag. Angesichts der Tatsache, daß in jeder zweiten Schwangerschaft Mittel gegen Erbrechen, Übelkeit und Schwindel, in jeder dritten ein Schmerz- oder Fiebermittel und ein Psychopharmakon verabreicht wurden, kommen die Autoren zu dem Schluß, daß die Indikationen gegenüber den möglichen Schäden wohl nicht streng genug überprüft wurden.

Interessantes förderten Henke und Schräder auch über das Verordnungsverhalten zu Tage: Selbstversicherte Frauen — in der Regel also Berufstätige — bekommen deutlich mehr Medikamente als Familienangehörige. Zur Berufsbelastung addiert sich noch die Medikamentenbelastung.

Türkische Frauen, die größte Gruppe der Ausländerinnen, nehmen die Schwangerschaftsvorsorge deutlich weniger in Anspruch, bekommen auch weniger Vitamin- und Eisenpräparate, aber überdurchschnittlich häufig Medikamente der zweithöchsten Risikoklasse. Städtinnen mit gutem Zugang zum Facharzt sind im Vorteil: Gynäkologen verschreiben zwar insgesamt mehr, jedoch erheblich weniger potentiell schädigende Medikamente als Praktiker, von denen oft die Schwangeren auf dem Lande betreut werden.

Die Studie der Berliner Arbeitsgruppe hätte eine ausführliche Presse, besonders auch in den Standesblättern verdient. Mehr noch: eine solche Studie müßte regelmäßig durchgeführt und zügig veröffentlicht werden. Die Daten stammen von 1975/76, das erste Ergebnispapier der Arbeitsgruppe datiert von 1980, das Bundesgesundheitsamt hat die Studie gerade der Fachpresse vorgestellt. □

Das Verordnungsverhalten niedergelassener Ärzte bei Schwangeren
Mechthild v. Henke,
Wilhelm F. Schräder
AM-Heft 2/85, ISSN 0175-4270,
Bundesgesundheitsamt, Thielallee 88,
1000 Berlin 33

siehe auch: Bitner, Jäckle, Scholz:
Unter Umständen. Über den Umgang mit Medikamenten in der Schwangerschaft, Kiepenheuer + Witsch, Köln
1984, S. 85ff.

(K)ein Wunderdoktor in Atbara

Am »Tag für Afrika« kamen über 100 Millionen Mark zusammen — für ein Faß ohne Boden? Eine Entwicklungshelferin bittet um konkrete Hilfe für ein Projekt.

Das staatliche Kinderkrankenhaus in Atbara ist die einzige Spezialklinik für Kinder in der nördlichen Region des Sudans, die sich über 850 Kilometer von Shendi bis Wadi Halfa erstreckt. Es ist mit 80 Betten ausgestattet. Das lässt aber keineswegs auf die Patientenzahl schließen: In Notzeiten wie jetzt liegen schon mal bis zu vier Kinder in einem Bett. Dabei kommen die Kinder niemals allein, sondern immer in Begleitung ihrer Mütter und Geschwister, die dann auch noch mit dem kranken Kind im Bett schlafen: eine zusätzliche Ansteckungsgefahr.

Gebaut wurde das Krankenhaus durch die Privatiniziativ eines reichen Bürgers aus Atbara, dessen einziger Sohn wegen mangelnder medizinischer Versorgung gestorben war. Der Staat hat das Gebäude jetzt übernommen und trägt auch die Kosten für die beiden Ärzte und die Krankenschwestern.

Ausgebildeter Kinderarzt, der einzige in der gesamten Nordregion, ist nur Dr. Osman, der in Leipzig studiert und viele Jahre in der Düsseldorfer Kinderklinik gearbeitet hat. Von seiner Arbeit ist er oft deprimiert, weil er wegen fehlender Medikamente vielen Kindern nicht helfen kann. Die dreimonatliche Medikamentenlieferung vom Gesundheitsministerium reicht gerade für 15 Tage. Deshalb ist es ihm nicht mehr möglich, seine kleinen Patienten kostenlos zu behandeln und mit den nötigen Medikamenten zu versorgen. Viele Eltern können das jedoch nicht bezahlen. Eine Lungenentzündung kostet zum Beispiel 50 Pfund,

der Durchschnittsverdienst eines Arbeiters liegt aber bei nur 80 bis 100 Pfund.

Bei manchen Erkrankungen hilft selbst Geld nicht, weil die benötigten Medikamente im Sudan überhaupt nicht erhältlich sind. So steht Dr. Osman gerade den Leiden, die er am häufigsten zu behandeln hat, nämlich den Durchfallerkrankungen, hilflos gegenüber. Sie sind bedingt durch völlige Fehlernährung, Hunger, unhygienisches Kochen und schlechtes Wasser. Säuglinge wird aus Mangel an Milch oft nur noch Wasser gegeben. Da in den letzten Jahren die Bevölkerung immer mehr verarmte, dazu noch mit der Dürre zu kämpfen hat, mehren sich diese Erkrankungen. Sie sind die häufigste Todesursache für Kinder.

Daneben behandelt Dr. Osman vor allem Folgeerscheinungen der Fehlernährung wie schwere Infektionen, Tuberkulose und Lungenentzündungen. Sehr gefährlich sind die Masern. Die Landbevölkerung versucht nämlich immer noch, Ausschlägerkrankungen durch Aushungern und Austrocknen der Kinder zu behandeln. Wenn die Kinder dann endlich doch ins Krankenhaus gebracht werden, sind sie völlig ausgehungert und haben meist schon Zusatzkrankheiten bekommen. Viele

sterben bereits auf den langen Transportwegen.

Die Unaufgeklärtheit der Bevölkerung ist eine der Hauptschwierigkeiten, gegen die Dr. Osman anzukämpfen versucht.

Viele Familien warten wochenlang, bis sie ihr krankes Kind zu ihm bringen, versuchen es erstmal selbst mit Aushungern, Amuletten und Muschelketten oder bringen es zu einem Medizinmann, der die Krankheit



Foto: AP

Durchfälle infolge von Unter- und Fehlernährung sind die häufigste Todesursache der Kinder im Sudan.

Aus Mangel an Milch wird oft nur noch Wasser gegeben.
Foto: dpa



durch Beschwörung heilen will oder sie gar auszubrennen versucht. Manche Kinder werden mit Brandwunden an Stirn, Hals oder Bauch eingeliefert — Indizien ländlicher Heilungsversuche. Auch mit dem Küchenmesser versucht man Krankheiten auszutreiben: zwei Schnitte neben jedem Auge sollen Augenkrankheiten heilen.

Trotzdem ist Dr. Osman zuversichtlich und denkt, er könne

zur Aufklärung der Bevölkerung beitragen, wenn er noch mehr Kindern hilft. Jedes geheilte Kind bringt ihm nämlich zahlreiche neue Patienten. Es spricht sich schnell herum, daß da in Atbara ein »Wunderdoktor« ist, der besser heilt als jeder Medizinmann. Zudem kuriert Dr. Osman nicht nur die kleinen Patienten, sondern ist den Müttern, die ja oft Monate mit in der Klinik verbringen, auch Lehrer in Ernährungs- und Gesund-

heitsfragen. Damit erzielt er eine beträchtliche Wirkung: das vermittelte Wissen wird in die Heimatdörfer weitergetragen.

Interessierten Kollegen bietet Dr. Osman an, für einige Wochen im Atbara Civil Hospital zu hospitieren.

Darüber hinaus hat er eine Liste dringend benötigter Medikamente zusammengestellt. Hierzu gehören Antidiarrhoika, Antibiotika, vor allem Oxacillin, Eisen- und Vitaminpräparate, Kardiaka in Tropfenform (Digoxin), Diuretika, Antiepileptika, Pankreasenzyme, Mukolytica und Mittel gegen Psoriasis.

Dringend gebraucht werden ferner Magen-Darm-Sonden, Lumbalpunktskanülen und Butterfly-Kanülen. Die Medikamente und Materialien möchte ich gerne persönlich in den Sudan mitnehmen. Sie zu schicken ist wegen der hohen Zölle und der Gefahr der Beschlagnahme durch das Gesundheitsministerium zwecklos. Auch Geldspenden zum Kauf vom Milchpulver sind willkommen.

Ursula Lederer

Ursula Lederer arbeitet als Entwicklungsheiterin im Sudan. Adresse für Spenden beim dg-Redaktionsbüro erhältlich.



Foto:
U. Lederer
In der
Kinder-
klinik von
Atbara

Manche
Kinder
kommen
mit Wun-
den, die
ihnen Na-
turheiler
zugefügt
haben.
Foto: AP



Was haben Dächer und Schiffe gemeinsam?

Sie müssen dicht sein!

Wir sanieren Problemdächer mit 5 Jahren Garantie.

Quadratmeter DM 48,—

Dachsanierungs OHG
Tel. (040) 6 90 19 45



Sagan, Carl:
Atomkrieg und Klimakatastrophe,
München 1984,
Knaur-Sachbuch
7,80 Mark

»Das vorliegende Referat ist in erster Linie für den nichtwissenschaftlichen Leser bestimmt.« Diesem Vorsatz entspricht das Buch weitgehend, verfaßt von Carl Sagan, einem jener Forscher, die sich mit dem »nuklearen Winter« beschäftigt haben.

Auch für den Laien recht verständlich stellt Sagan die »Klimakatastrophe« nach einem Atomkrieg im Megatonnenbereich dar. Darauf anschließend referiert er die »biologischen Auswirkungen« des nuklearen Winters: »Für diesen Fall läßt sich die Möglichkeit, daß der Homo sapiens von Antlitz der Erde verschwindet, nicht ausschließen.«

In einem eigenen Kapitel, »Implikationen für Strategie und Politik«, beschäftigt er sich mit aktuellen Überlegungen, wie sie zur Zeit vor allem in den USA angestellt werden. Sowohl bei einem Erstschiß als auch bei weitraumgestützten Raketenabwehrsystemen werden nach seiner Ansicht immer noch bis zu zehn Prozent der Waffen des Gegners intakt bleiben und damit ausreichen, eine weltweite Klimakatastrophe und letztlich die Zerstörung der Erde auszulösen. Seine Forderung: In Verhandlungen die Zahl unter die Schwelle für die Auslösung einer Klimakatastrophe zu senken. Das wären nach seiner Ansicht 500 bis 2000 Sprengköpfe. Insgesamt ein Buch, dem man weite Verbreitung wünscht. Die Bedeutung des nuklearen Winters ist bisher nirgends so allgemeinverständlich abgehandelt.

wp

Aly, Ebbinghaus, Hamann, Pfäfflin, Preissler:
Aussonderung und Tod. Die klinische Hinrichtung der Unbrauchbaren. Beiträge zur national-sozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 1.
Rotbuch Verlag, Berlin 1985
Die Gesundheitspolitik im »Dritten Reich« forderte die »Pflicht zur Gesundheit« und teilte die Menschen, erb- und rassenhygienisch begründet, in »lebenswerte« Herrenmen-

schen und »lebensunwerte« Untermenschen. Diese Politik war zentraler Bestandteil des nationalsozialistischen Herrschaftskonzeptes, dessen Ziel letztlich die »Endlösung« der sozialen Frage war. Insasse von Fürsorgeheimen, »Asoziale«, Arme, Alte gerieten nach den psychisch Kranken in den tödlichen Zugriff von Ärzten und Sozialbehörden. Mit diesem bisher kaum untersuchten Aspekt setzt sich die neue, sehr empfehlenswerte Rotbuch-Reihe »Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik« auseinander, deren erster Band »Aussonderung und Tod. Die klinische Hinrichtung der Unbrauchbaren« jetzt erschienen ist.

Die Autoren der Rotbuch-Reihe zeigen, daß NS-Medizin spätestens ab 1940 die systematische Vernichtung aller derer beinhaltete, die aus den unterschiedlichsten Gründen »unbrauchbar« geworden waren.



Ärzte, Gesundheitsbehörden, Arbeitsärzte und Oberbürgermeister arbeiteten eng zusammen, wenn es darum ging, die sozialen »Lästigen mit den Mitteln der Verwaltungsmorde zu verringern. Im Krieg wurden Kranken- und Anstaltsbetten »geräumt« für die »Katastrophenmedizin« — als Rechtsgrundlage diente das Reichsluft-

schutzgesetz von 1935. Die Einsatzgruppen, deren Kommandos sich aus Sicherheitspolizei, SD, der Waffen-SS und Kriminalpolizei rekrutierten, folgten barbarisch mordend der Wehrmacht auf ihrem Weg nach Osten. Sie ermordeten Millionen Juden in den osteuropäischen Ghettos, sie töteten in der Sowjetunion unterschiedslos alle Insassen psychiatrischer Krankenhäuser. Die Rotbuch-Reihe räumt deutlich mit dem Märchen auf, die Wehrmacht habe von alledem nichts gewußt (und »nur« gegen die Rote Armee gekämpft, die schließlich auch heute noch der Hauptfeind ist — wie es ja spätestens seit dem Bitburg-Spektakel zur offiziellen bundesrepublikanischen Geschichtsschreibung geworden ist). Arbeitsämter organisierten die Vernichtung »unbrauchbar« gewordener kranker, halbverhungerner ausländischer Zwangsarbeiter, die vor allem aus Polen und der Sowjetunion zu Millionen in das Nazi-Deutschland verschleppt worden waren.

»Aus aktuellem Anlaß treten die 25 Historiker, Mediziner und Sozialwissenschaftler der Rotbuch-Reihe 1985 an die Öffentlichkeit. Für sie weisen die Strukturen einer Sozialpolitik, die die Menschen in »Leistungsfähige« und »Unbrauchbare« einteilt, über den 8. Mai 1945 hinaus, und sie sehen eine ihrer Aufgaben darin zu untersuchen, inwieweit die Denktraditionen und Methoden das Jahr 1945 überstanden haben. Eine Frage, die ange-sichts der immer offener geführten Diskussionen um die angeblich nicht mehr tragbaren »Sozialstufen und angesichts des geplanten Zivilschutzgesetzes zeigt, daß die Auseinandersetzung mit der Medizin im Nationalsozialismus 1985 nicht am 8. Mai 1945 stehenbleiben kann. Renate Jäckle



Knut Krusewitz: **Umweltkrieg**. Königstein 1985 (Athenäum)

Es klingt ja wieder schrecklich, aber es gibt tatsächlich ein neues Buch, das man als friedenspolitisch interessanter gelesen haben muß: »Umweltkrieg« von Knut Krusewitz. Der Autor ist Privatdozent am Fachbereich Landschaftsentwicklung der FU Berlin und bringt eine langjährige Erfahrung im militär-ökologischen Bereich, die er sich als wissenschaftlicher Begleiter des Öko-Instituts Freiburg und der Grünen Bundestagsfraktion erworben hat, in dieses Buch ein. Was in diesem Buch an neuen Fakten und vor allem an Zusammenhängen dargestellt wird, ist immer aufs Neue beeindruckend; dabei ist ständig der Bezug da zu den aktuellsten politischen Entwicklungen wie den Änderungen der NATO-Strategie in Air-Land-Battle usw.

Umweltkrieg heißt für Krusewitz dabei nicht nur ein stattgehabter Krieg wie der in Vietnam, sondern auch die tägliche Zerstörung der Umwelt durch Militärs im eigenen Land. Umweltkrieg ist aber auch die Zerstörung der Natur und der Menschen, wie sie in NATO-Strategien, die schon gelten, geplant ist.

Krusewitz nennt Beispiele: »Grenzenloser Umweltkrieg« am Beispiel des Westwalls, am Beispiel Vietnams, am Beispiel eines nuklearen Winters. Er nennt Beispiele in der Bundesrepublik, etwa Übungen im Fulda-Gap, wo Umweltkrieg längst geübt wird. Er nennt aber auch Widerstand und zeigt Erfolge der betroffenen Gemeinden auf.

Mit das größte Verdienst des Buches: der ausführliche Hinweis auf bestehende internationale Vereinbarungen zum Schutz der Umwelt im Krieg. Der Vertrag über das Verbot des Umweltkrieges ist gelendes Recht in der Bundesrepublik! Dem widersprechen sowohl »flexible response« als ohnehin Air-Land-Battle — die Friedensbewegung hat noch gar nicht erkannt, wie gut mit vertraglichen Erfolgen der Entspannungspolitik zu argumentieren ist!

-wp

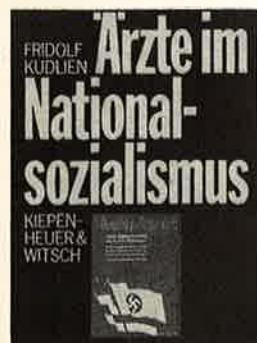
Hadamar: In den früheren Gaskammern ist heute eine Gedenkstätte für die Opfer der »Euthanasie« eingerichtet.



Biographien enden abrupt

Fridolf Kudlien: Ärzte im Nationalsozialismus. Unter Mitarbeit von G. Baader, M. Gaspar, A. Haug, M. H. Kater, W.F. Kümmel, G. Lilienthal, K.H. Roth, R. Winau. Kiepenheuer und Witsch, Köln 1985, 309 Seiten, 48 Mark

»8. Mai 1945« überschreibt das »Deutsche Ärzteblatt« vom 10. Mai 1985 (Nr. 19) ein Kommentar zum Ende der Nazizeit. Wieder einmal wird darin die Medizin im Nationalsozialismus als Verbrechen von »nur« 350 Medizinern hingestellt, während die restlichen 90 000 Ärzte in ihrer »namenlosen Mehrheit« »Humanität geübt« und ihre Patienten »nach allen Regeln der ärztlichen Kunst betreut haben, ohne Fehl und Tadel«. Daß dem nicht so war, daß die Medizin im Nationalsozialismus — über die entsetzlichen Verbrechen in den Krankenbaracken der Konzentrationslager hinaus — eng mit dem alltäglichen Terror im »Dritten Reich« verbunden war, hat die Forschung in den letzten Jahren ansatzweise aufgedeckt.



Ärzte dienten dem nationalsozialistischen Staat als Theoriebildner für die sozialdarwinistischen und rassistischen Grundlagen der Nazi-Diktatur. Ärzte waren als Gutachter tätig und entschieden darüber, ob Menschen heiraten durften oder wer sterilisiert werden sollte, und sie führten die Sterilisationen hunderttausendfach aus. Sie verschickten und beantworteten Fragebögen, sie schickten mit der Diagnose »alt«, »jüdisch«, »Kommunist«, »Zigeunermischling« Menschen in den Tod. Sie standen wie Mengele an der Rampe in Auschwitz, oder sie profitierten von dem Morden in den Konzentrationslagern, ohne sich selbst die Finger schmutzig

bzw. blutig zu machen: Sie wetteten eben das »Material« aus — wie Menges Lehrer O. von Verschuer, der Direktor des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Anthropologie in Berlin.

Ein anderer, R. Ritter, spürte mit seinen Mitarbeitern systematisch die im Deutschen Reich lebenden »Zigeuner« auf, registrierte sie und beurteilte sie »gutachterlich«, bevor die meisten nach Auschwitz deportiert wurden. Ein nach Kriegsende gegen Ritter angestrebtes Verfahren wurde 1950 eingestellt, da Ritter fälschlich behauptete, er habe 1941 seine Forschungen beendet und könne für das, was später in Auschwitz geschehen sei, nicht belangt werden. Dabei hatte Ritter noch 1944 an die Deutsche Forschungsgemeinschaft geschrieben: »Aus dem Zigeunerarchiv der Forschungsstelle werden in angespanntester Arbeit nach wie vor zahllose amtliche Anfragen unter erbpflegerischen Gesichtspunkten beantwortet.«

Der Medizinhistoriker Fridolf Kudlien hat jetzt »erstmals eine Gesamtdarstellung« der Rolle, die Ärzte im »Dritten Reich« gespielt haben, vorgelegt: »Ärzte im Nationalsozialismus« — erschienen bei Kiepenheuer und Witsch. Kudlien und seine Mitautoren (die sich in weiten Strecken an der ersten Tagung über Medizin im Nationalsozialismus in Bad Boll 1982 orientierten) beginnen vor 1933 und zeigen, daß Mediziner aus unterschiedlichsten Gründen bereits sehr früh mit den Nazis sympathisierten. Typisch für viele deutsche Ärzte war seit dem späten 19. Jahrhundert die Auffassung, Medizin sei ihrem Wesen nach »unpolitisch«. Unpolitisch war aber oft gleichbedeutend mit »gegen links«, gegen Sozialversicherung und Kassenpatienten. In der strikten Ablehnung all dessen, was als »links« verdächtig war, konnten sich viele Ärzte mit den Nazis treffen, auch wenn manchen konservativen Mediziner die rüpelhafte und brutale Art der Nazis zunächst abstieß.

Nach 1933 begann die schrittweise Verdrängung der jüdischen und »kommunistischen« Ärzte, wobei kassenärztliche Vereinigungen vor allem gegen politisch angefeindete Kollegen weit rücksichtsloser vorgingen,

Reichsärztführer Conti



als es die stufenweise arbeitende, bürokratisch mahlende Praxis der NS-Ministerien vorsah. Auch die medizinischen Fakultäten, die ihren internationalen Ruf, den sie vor 1933 gehabt hatten, nicht zuletzt jüdischen Kollegen verdankten, wurden »gesäubert«. Es schlug die Stunde für Karrieristen und Opportunisten. Mancher Assistenzarzt bekam nun aufgrund seiner Parteimitgliedschaft eine Dozentur oder einen Lehrstuhl, die er in normalen Zeiten nicht erhalten hätte.

Eine erbarmungslose Medizin, die die Menschen in »lebenswerte« Starke und »lebensunwerte« Schwache einteilt und die »Pflicht zur Gesundheit« forderte, griff um sich. Mitgefühl mit dem Schwachen und Fürsorgedenken wurden als »jüdisch-marxistisches« Machwerk abgetan. Der Weg ging nun geradlinig weiter zu der hunderttausendfachen Ermordung psychisch Kranke und an die Rampe nach Auschwitz.

Das Kudlien-Buch bietet zwar eine Fülle von Informationen, Zahlen und Namen zu der Rolle der Ärzte im »Dritten Reich«; ärgerlich ist aber, wenn in einer »Gesamtdarstellung« (so der Klappentext), Namen wie Ritter oder Verschuer fehlen. Damit fehlen auch Informationen über das, was Verschuer nach 1945 tat: immerhin gründete er in Münster das erste Institut für Humangenetik in der Bundesrepublik. Ärgerlich vor allem ist, daß 1985 die Frage nach der »ungebrochenen Tradition« sorgfältig ausgeklammert wird:

»Dies wäre ein eigenes, gründlichster, kritischster und vorsichtigster Analyse bedürftiges Thema«, heißt es in der Einleitung. Dementsprechend enden Biographien wie etwa die des Ärztfunktionärs Karl Haeden-

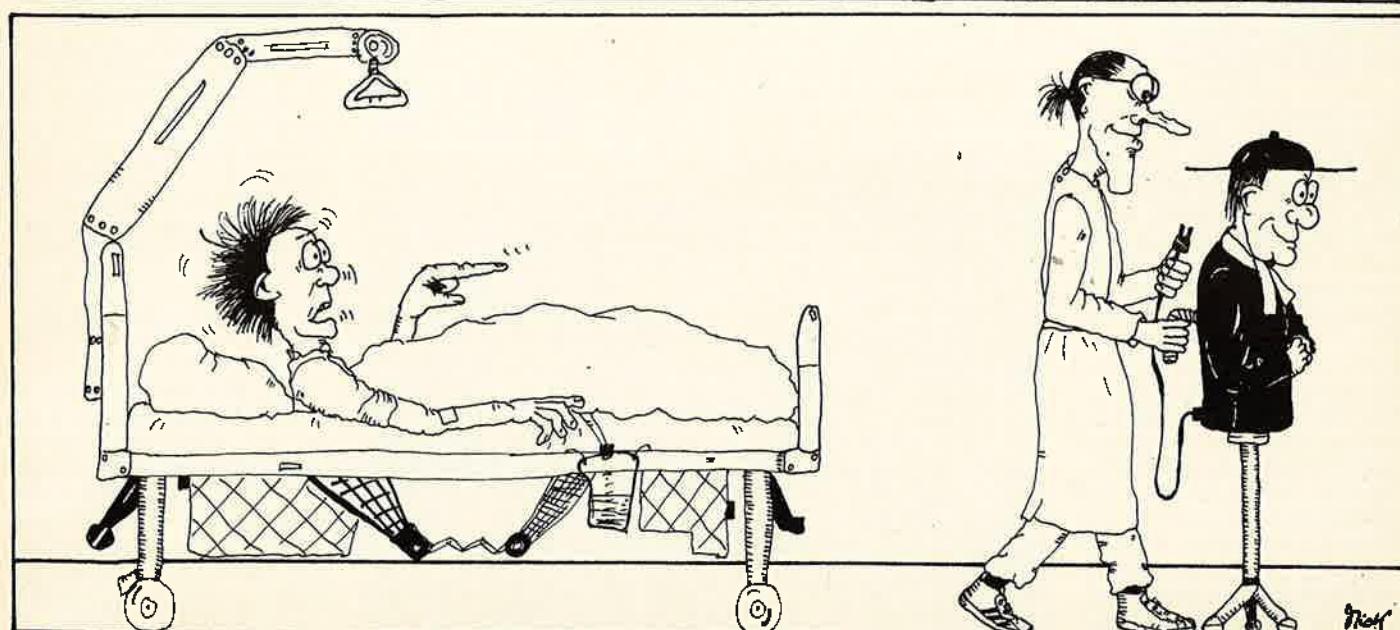
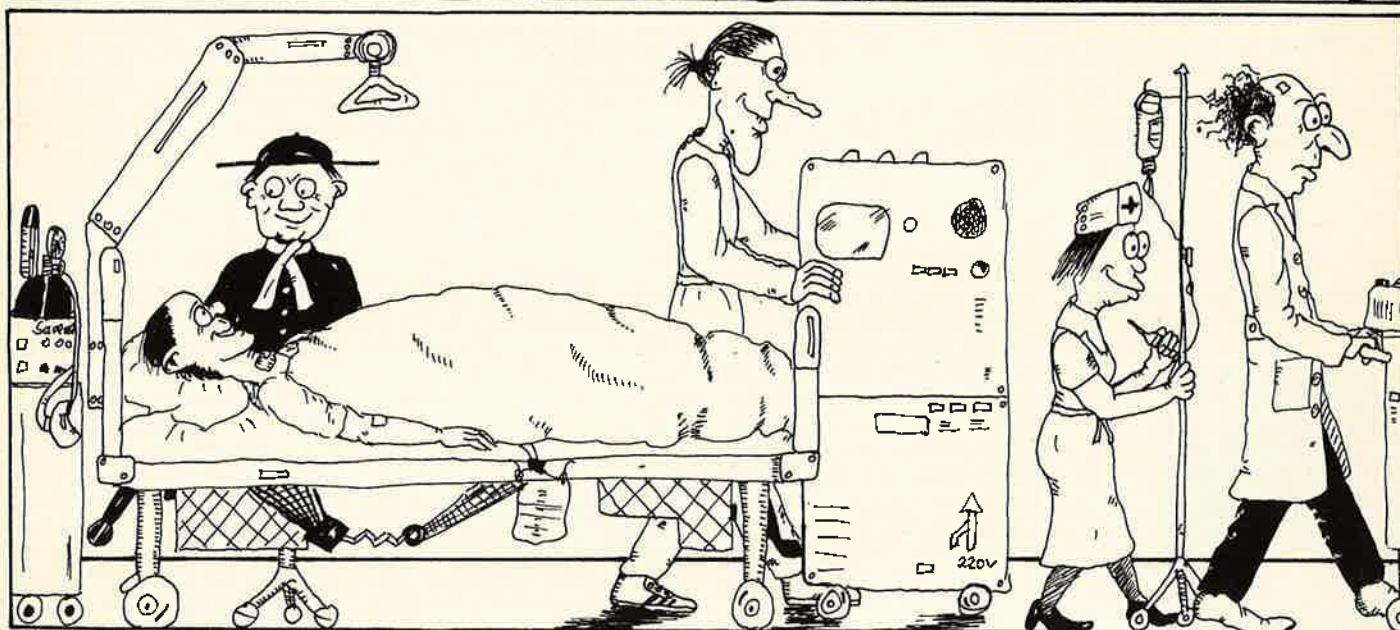
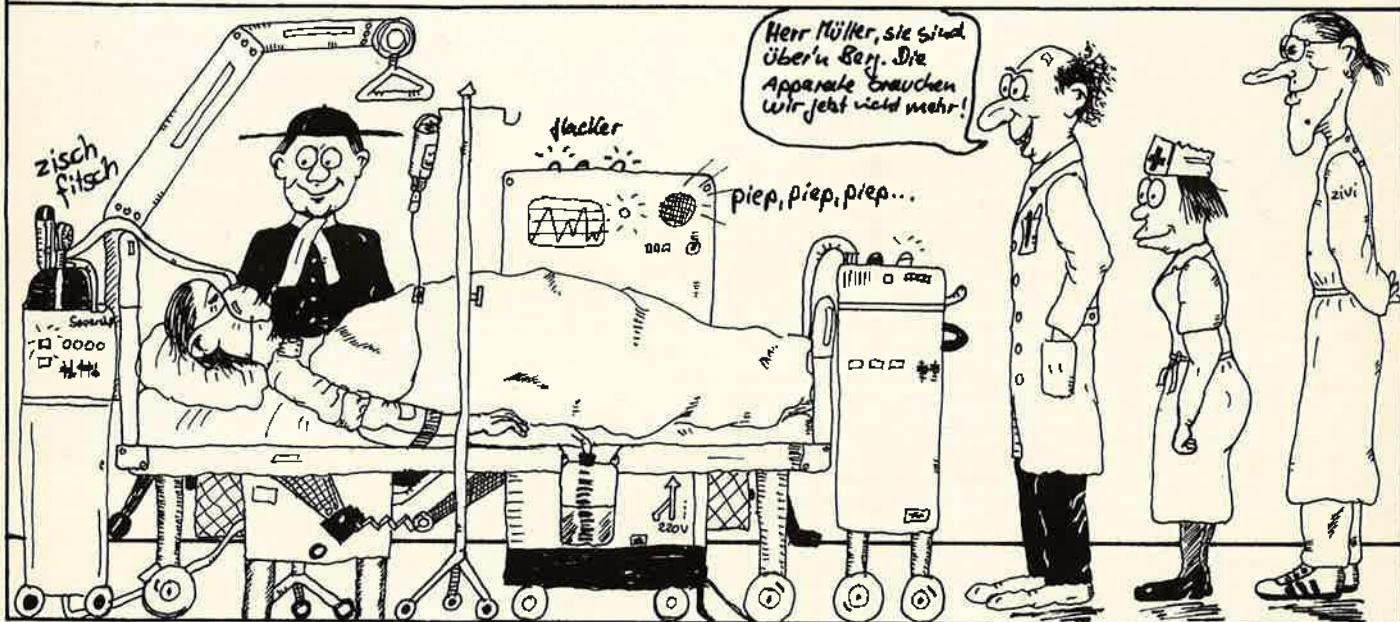
kamp sehr abrupt 1945 — obwohl Haedenkamp, der nach der »Machtübernahme« der Nazis vom »Reichsärztführer« in den »Führerrat der Deutschen Ärzteschaft« berufen worden und bis 1939 Schriftleiter des »Deutschen Ärzteblattes« war, nach Kriegsende maßgeblich am Aufbau der westdeutschen Standesorganisationen mitwirkte und das Bundesverdienstkreuz erhielt, wegen seiner Bemühungen »um die innere Erneuerung des Ärztestandes nach dem Zusammenbruch«.

Wie wichtig es ist, daß 1985 die Diskussion über ungebrochene Traditionen offensiv geführt werden muß, zeigt nicht zuletzt die Sterbehilfe-Diskussion um Hackethal, bei der in all den illustrierten Artikeln und Talkshows der letzten Zeit jede Erinnerung an die Euthanasie der Nazis geradezu peinlich vermieden worden ist. Die massiven Angriffe auf sozialstaatliche Errungenschaften, die lauten Rechnungen über die »zu teuren« und »nicht mehr bezahlbaren« Rentner lassen es ebenfalls erforderlich erscheinen, daß die Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik intensiver geführt wird. Hier setzt die neue Rotbuch-Reihe (siehe S. 32) an, die zeigt, daß Gesundheitspolitik im Nationalsozialismus in letzter Konsequenz die Vernichtung aller bedeutete, die »unbrauchbar« geworden waren.

Und noch etwas: In einem Buch, das sich wissenschaftlich mit dem Nationalsozialismus auseinandersetzt, sollte ein nationalsozialistischer Begriff wie »Drittes Reich« in Anführungszeichen gesetzt werden — was hier durchweg nicht geschehen ist.

Renate Jäckle

Neulich auf der Intensivstation



IMPRESSUM

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 46 82 08 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

Anzeigenleitung: Walter Beilken, Steinstr. 73, 6300 Gießen, Tel. (06 41) 3 60 02.

Redaktion

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

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

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GE-SUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich:
Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/36 40 51, Konten: Postgiroamt Köln 8514-503, Stadtsparkasse Köln 106 522 38 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Doppelheft Juli/August: 5. Juni 1985.

Graphik: Christian Paulsen
Telefon: Linie 4/M, Bauer
Layout: Edi Erken, Kirsten Jung, Ursula Daalmann, Norbert Mappes

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

JSSN: Nr. 0172-7091

dg-Kontakte

Aachen: Erhard Knauer, Marla-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (02 41) 7 54 59; **Ansbach:** Birgitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (09 81) 1 44 44; **Berlin:** Hermann Dittrich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8 22 63 28; **Bonn:** Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hanglar), Tel. (022 41) 2 91 78; Stefan Schözel, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 23 35 26; Kurt Straß, Reuterstr. 121, 5311, Tel. 21 26 96; Gregor Weinrich, Schumannstr. 30, 5311, Tel. 21 97 78; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 23 13 71; **Bremerhaven:** Gunar Stempel, Vorchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Geestemünde, Tel. (041) 2 75 72; **Darmstadt:** Jürgen Frohnert, Neutscher Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kuhlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 75 38 80; Detlev Uhlenbrock, Droste-Hülshoff-Str. 1, 4811, Tel. 42 17 68; **Düsseldorf:** Joachim Gill, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 34 92 04; **Duisburg:** Thomas Wetzig, Prinz-Albert-Str. 42, 4700 Duisburg 1, Tel. (0203) 34 21 88; **Essen:** Christian Paulsen, Overbeckstr. 18, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 74 37 31; Walter Popp, Sundernholz 32, 4311, Tel. 44 16 30; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Göttermann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (06 41) 75 22 45; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0511) 3 37 10; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstestr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6 56 48 45; **Hanau/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (061 81) 4 72 31; **Hannover:** Martin Walz, Tieststr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (051 32) 90 65 57 10; (0511) 81 86 68; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (023 24) 6 74 10; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (062 21) 47 41 01; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (07 21) 84 99 48; **Kassel:** Matthias Dippel, Walzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (05 61) 5 49 25; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrückener Str. 176B, 2300 Kiel 1, Tel. (0431) 68 63 97; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (028 25) 84 24; **Köln:** Peter Liebermann, Garthestr. 16, 5000 Köln 50, Tel. (0221) 76 38 44; Eckard Müller, Säckinger Str. 4, 5411, Tel. 43 29 19; Helmut Schaaf, Rhöndorfer Str. 16, 5411, Tel. 42 87 26; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederringel 3, 4540 Lengerich; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 50 33 55; **Mannheim:** Werner Wehndorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (06 21) 85 54 05; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Minden:** Volker Happmann, Bäckerstr. 41, 4950 Minden; **Mülheim/Ruhr:** Norbert Andersch, Muhlenkamp 36, 4330 Mülheim/Ruhr, Tel. (0208) 3 38 46; **München:** Margret Lambart, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 78 15 04; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08261) 97 33; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (0251) 79 46 88; Barbara Halbeisen-Lehnhart, Hoyastr. 11, Tel. 28 74 31; Ulli Menges, Seppenradeweg 44, Tel. 78 83 99; Ulli Raupp, Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7, Tel. 78 01 43 7; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (041) 83 85 50; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohör 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (023 61) 154 53; **Remscheid:** Michael Sünder, Lockfickerstr. 50, 5530 Remscheid 11, Tel. (021 91) 5 52 79; **Reutlingen:** Helmut Jäger, Ganghoferstr. 12, 7410 Reutlingen, Tel. (07 21) 24 02 36; **Riedstadt:** Harald Skrobles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (061 58) 61 61; **Siegburg:** Richard Beitzon, Haggobütteweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (022 41) 38 35 90; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 7 68 60; **Sollingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5650 Sollingen 1, Tel. (021 22) 4 78 85; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobsgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07 11) 21 27 98; **Ulm:** Wolf Schleinzer, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (07 31) 6 65 44; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmtal 1, Tel. (021 63) 41 91.

wir über uns

Der Aufschwung ist da!

Wie? Sie haben ihn noch nicht bemerkt? Nun: während allüberall Zeitschriften und andere Projekte zerkrümeln, schickt ausgerechnet dg sich an, die Aufschwung-Prognosen der regierenden Berufsoptimisten wahrzumachen.

Wir expandieren!

Seit dem 1. Mai ist das kleine Büro der dg-Redaktion zwar nicht größer, aber voller geworden. Zwei Jahre nach Einstellung des ersten festen Redakteurs haben

wir beim Verlag eine zweite Stelle locker gemacht. Seit einem Monat arbeitet Ursula Daalmann bei uns. Sie ist 29 Jahre alt, hat Germanistik studiert und bisher als freie Journalistin in Brüssel gearbeitet — auch über gesundheitspolitische Themen. Aber wozu große Worte verlieren? Die dg-Leser werden Ursula Daalmann in den nächsten Heften mit zahlreichen Beiträgen kennenlernen.

Die Gefahr, daß die Kollegen im dg-Büro von nun an unruhig auf den Zeiger der Küchenuhr stieren und grübeln, wie sie die Zeit bis zum Feierabend totschlagen, ist eher gering. In den ersten 14 Tagen ist es der neuen Redakteurin gelungen, 27 Überstunden einzufahren ...



Ursula Daalmann

**dg-Report im nächsten Heft:
Internationale Hilfsorganisationen**

Zivilschutz für Euroshima?

13 Plakate zur Aufklärung

Hiroshima: Kein Friede für die Überlebenden ■ Atomkrieg aus Versehen: Computer-techniken und Unfälle ■ Flucht: Zivilschutz unmöglich ■ Was sagen Angehörige des Gesundheitswesens? ■ Hauen und Stechen: Die eigentliche Realität? ■ Wissen und doch Handeln: Möglichkeiten des Widerstandes.

Wir sind Studenten der Hochschule für bildende Künste in Hamburg und haben auf Anregung der Initiative »Ärzte gegen den Atomkrieg« an Plakaten zu dem Thema Friedensbedrohung gearbeitet. In Zusammenarbeit mit dem »APPELL Gesundheitswesen für den Frieden« machen wir diese Plakatmappe einer breiten Öffentlichkeit zugänglich.

Während das Engagement in der Friedensbewegung doch geringer geworden ist, finden zu gleicher Zeit von Regierungsseite aktive Kriegsvorbereitungen

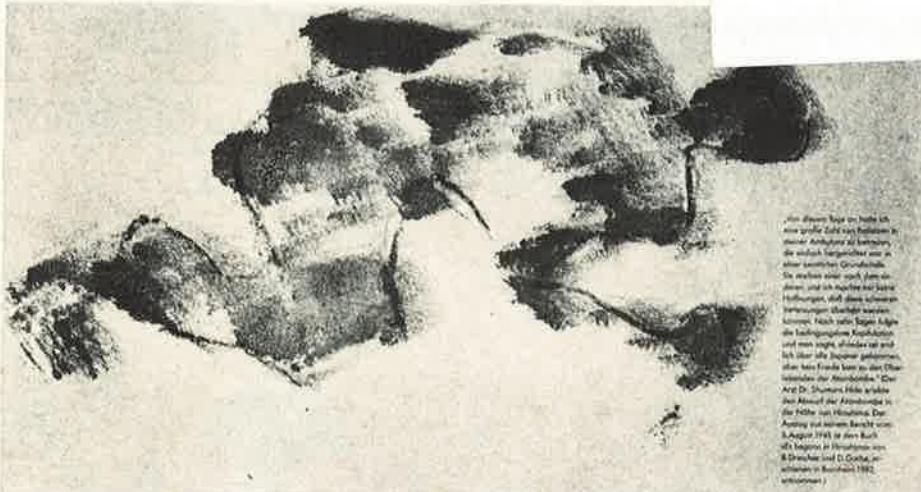
statt. Spätestens seit Vorlage des Referentenentwurfs zum Zivilschutzgesetz, Juli 84, werden diese im einzelnen in Erwägung gezogen und diskutiert. Die Erfassung, Ausbildung und zur Verfügung-Stellung von Personen und Gütern für den Kriegsfall werden PAHL-RL
dürfen nicht nachlassen, G 2961
daß der einzige »Ziv.
Verhinderung des Kriegs-
suchen wir geeignete
arbeiten Fakten auf,
historischen Realitäten

Nagasaki. Wir wollen nicht beschönigen, sondern informieren, über Parolen hinausgehen.

Diese Plakate sollen in öffentlichen
Räumen hängen, in Wartezimmern von
GOTTESW. 54 5000KOELN
394711 358 igen

KARL BOEKER
CARL VON OSSIETZKY STR. 23 A

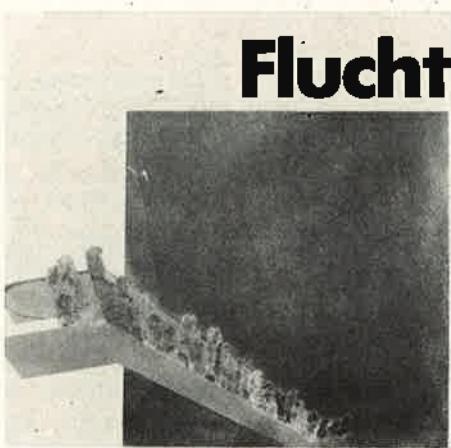
4800 BIELEFELD 1



Hiermit bestelle ich
... Mappe(n) „Ärzte, Schwestern, Pfleger
warnen vor dem Atomkrieg“

- per Nachnahme (35,- DM).

V.-Scheck liegt bei (31,- DM).
Absender:



„Die Menschen in Deutschland haben Erfahrungen mit Unterdrückung. Zuerst waren sie die Todesengel bei einem Angriff. Aber sie wussten, daß sie ... als sie nicht mehr unterdrückt werden durften, der Herrschaften durften in einem kurzen Luft, daß sie dort den Durst stillten und die Hungernden stillten. Und sie wußten, sie würden, sie Albenburg hörte dieses Wissen weg. Das Andern wird künftig hören sein, unverstehen, entzweien, entzweien.“ (Kreuzer, 1988, S. 11) „Ich habe eine Einsicht, daß die Zivilisation politische militärische Konsens-Kampagnen und sonst Reinen bewegen Säulen einer Macht, die wir nicht verstehen, die uns vorschreiben, wie können einen Abmarschzug mitgegangen haben. Beurteilen,“ (Kreuzer, 1988, S. 11)

**kann es
im Ernstfall
nicht geben.**

Ärzte, Schwestern, Pfleger warnen vor dem Atomkrieg.

**Laßt uns das tausendmal Gesagte
immer wieder sagen, damit es nicht
einmal zu wenig gesagt wurde! Laßt
uns die Warnungen erneuern, und
wenn sie schon wie Asche in unserem
Mund sind! Denn der Menschheit dro-
hen Kriege, gegen welche die vergan-
genen armseligen Versuche sind. Und
sie werden kommen ohne jeden Zwei-
fel, wenn denen, die sie in aller
Öffentlichkeit vorbereiten, nicht die
Hände zerschlagen werden.**

Bert Brecht, zum Völkerkongreß für den Frieden, Wien 1952

Unsere Kontaktadresse: APPELL Gesundheitswesen für den Frieden
c/o Dr. Middelhauve, Postfach 202 317,
2 Hamburg 20

Die Mappe enthält dreizehn 1-, 2- und 4-farbige Plakate DIN A1 und DIN A2.

Jutta Dalladas, Wilfried Gandras,
Claus Heimann