

dg

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE



Weiterbildung
in der Krankenpflege

»Humangenetik«

Kunstfehlerprozeß

der kommentar

dg-Umwelt-
redakteur Peter
Walger ist Arzt
am Klinikum in
Münster



Für ein neues Marburg!

Die Zeit der bunten Märkte ist vorbei; die Möglichkeiten alternativer Gesundheitspolitik sind nun auf 3 (in Worten: drei) Gesundheitstagen ausgelotet, angeboten, konsumiert werden. Ich habe viele Aufkleber mit nach Hause genommen, aus Berlin noch ein Hochgefühl, wie viele »wir« doch sind, aus Hamburg dann schon Ahnungen von Unübersichtlichkeit und die Sorge, daß die Ausklammerung der Pflegeberufe ein politischer Irrtum sein wird, und dann Bremen, wo daran Nennenswertes nicht geändert wurde.

Ermüdungserscheinungen in Sachen Umweltschutz, weil es an Vorstellungen über Strategien *im* Gesundheitswesen mangelt, erscheinen mir beispielhaft für eine Situation, in der ein großer Teil der »Gesundheitsbewegung« außerhalb des eigentlichen Gesundheitswesens arbeitet und weitgehend auf politische Zielvorstellungen verzichtet. Der Konflikt aber, abends und an Wochenenden »fortschrittlich« zu sein, kann auf Dauer nicht ausgehalten werden. Er muß über den Weg der Individualisierung von Konflikten absehbar in Frust und Resignation enden.

Was wir brauchen, ist einmal ein Treffen, auf dem wieder über Strategien debattiert wird. Ich meine ein »neues Marburg«. Wir brauchen eine Fortsetzung des Kongresses »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt« vom 20./21. Januar 1973.

Dieser Kongreß war in mehrfacher Hinsicht ein erstmaliges Ereignis; die etwa 1800 Teilnehmer kamen aus allen Berufsgruppen des Gesundheitswesens. Vertreten waren die Gewerkschaften, demokratische Wissenschaftler, die Studentenschaft, Reformwillige aus den politischen Parteien und Standesorganisationen. Alle Teilnehmer waren sich darin einig, daß die Gesundheitsinteressen der Sozialversicherten — und das ist die Mehrzahl der Betroffenen — konsequent im Mittelpunkt aller Erörterungen, Pläne und Forderungen stehen müssen und daß nur so gleichzeitig auch eine Verbesserung oder Arbeitsbedingungen aller im Gesundheitswesen Tätigen erreicht werden kann. Vorbereitet wurde der Kongreß von einem Initiativ-ausschuß, der als Vorlage ein Thesenpapier mit Forderungskatalog ausarbeitete. Die beiden Hauptreferate wurden von Michael Regus, Mitherausgeber von dg, und von Alfred Schmidt, Mitglied des DGB-Bundesvorstandes, gehalten. Die eigentliche Arbeit fand in Diskussionsgruppen statt, die Ergebnisse sind in Buchform veröffentlicht.

Ich meine, es ist an der Zeit, sich der Ergebnisse zu erinnern, sie zu aktualisieren, sie mit den wesentlichen Kräften der heutigen Gesundheitsbewegung zu diskutieren. Die Vorbereitung könnte wieder ein Initiativ-ausschuß übernehmen, in dem alle interessierten Gruppen vertreten sind.

Der Kongreß sollte ein gesundheitspolitisches Programm erarbeiten, das alle wesentlichen Störnungen tragen können — die Gewerkschaften sollten, anknüpfend an die gesundheitspolitischen Zielvorstellungen des DGB und der ÖTV und die zahlreichen Aktivitäten der IG Metall — ausdrücklich einbezogen werden. Wichtig wäre auch, daß Vertreter der neuen, alternativen Strömungen teilnehmen: aus Ihrer Richtung kommt das jüngst veröffentlichte Ergebnis der Projektgruppe »Nationale Strategie Gesundheit 2000«, das Aktuellste, das es derzeit an gesundheitspolitischer Strategie gibt.

Als Zeitpunkt wäre das Frühjahr 1986 realistisch. Als Ort Marburg? Ich will nicht nostalgisch sein. Laßt uns erst einmal an die Arbeit gehen.



Weiterbildung in der Krankenpflege ist »in«.
Bis zu 15 000 Mark werden für Lehrgangsgel-
bühren bezahlt. Perspektive oder Sackgasse?
Unser Report beginnt auf Seite 10



Foto: Ali Paczensky

Vor einem Jahr wurde mit großem Tamtam
in Berlin SEKIS gegründet: die vom CDU-Se-
nat geförderte Kontaktstelle für Selbsthilfe-
gruppen. Was wurde daraus? Seite 26



Sie pflegte unermüdlich Verwundete: Florence
Nightingale, die »Dame mit der Lampe«. Ge-
gen den Krieg selbst hatte sie nichts. Seite 32

dg-Report

»Ick bün al dor«
Weiterbildung in der Krankenpflege
Von Peter Liebermann 10

Ein Sieg der Bequemlichkeit
Weiterbildungsgesetz in NRW 11

Warum die ÖTV Fortbildung anbietet
dg-Gespräch mit Gerd Dielmann 12

Wie man den Frauen die Krankenpflege
aufschwatzte
Claudia Bischoff:
Frauen in der Krankenpflege 14

Gesundheitsversorgung

»Vetter ist Dauerstudent«
Buch einer »Humangenetikerin« aus Hamburg 16

Weitgehend machtlos
AIDS-Gesetz 18

Sicher nichts Ernstes
Prozeß um Fehldiagnose 20

»Solange wir Fleisch essen ...«
dg-Gespräch mit dem Kinderkardiologen
Peter Brode über Herzverpflanzungen 19

Frauen

Erst wenn's einen selbst trifft
Paragraph 218 und Indikation 22

Internationales

Volle Kassen, leere Betten
Eckhard Westphal zum Gesundheitswesen
in den USA 24

Frieden

Richtig sauer
Krankenschwestern für den Frieden 25

(Un-)Konventionelle Waffen
Was »Konventionalisierung« bedeutet 28

Selbsthilfe

Politiker helfen sich selbst
Ein Jahr SEKIS in Berlin 26

Historisches

Hexenausstellung in Bremen 30

Brav, aber kriegerisch
Florence Nightingale (1820-1910) 32

Dokumente

Entwurf der Grünen für ein
Bundespflegegesetz I

Stellungnahme des DGB zum Entwurf
des Zivilschutzgesetzes III

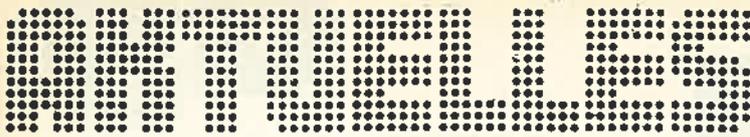
Rubriken

Leserbriefe/Aktuelles 4

Termine/Kleinanzeigen 9

Buchkritik 34

Wir über uns/Impressum 35



Berlin: Versuche mit Acarbose

Gegen »fragwürdige Arzneimittelversuche« an Berliner Kliniken hat die Fraktion Gesundheit in der Ärztekammer Berlin protestiert. Nach Angaben ihres Sprechers, des AL-Gesundheitsstadtrats Ellis Huber, wurde am Universitätsklinikum Charlottenburg über mehrere Jahre an 73 Patienten das Antidiabeticum »Acarbose« getestet, das in Tierversuchen zur Tumorbildung und in der klinischen Erprobung zu nachweislichen Nebenwirkungen

geführt habe. »Acarbose« wurde bislang vom Bundesgesundheitsamt nicht für den Handel freigegeben. Nach Mitteilung Hubers habe der verantwortliche Arzt für die Versuche 200.000 Mark von der Herstellerfirma erhalten.

Auf einer Pressekonferenz warf der AL-Stadtrat dem CDU/FDP-Senat vor, die Öffentlichkeit nicht ausreichend über die Testreihen zu informieren und damit »das Geschäftsinteresse der pharmazeutischen Industrie höher zu bewerten als das Schutzinteresse von Patienten«.

Leser-Brief

1987 müßte dem Verfasser des oben angegebenen Leserbriefs (welcher immerhin selbst höher-rangiger ÖTV-Funktionär ist) nachträglich die Schamesröte ins Gesicht treiben und dessen Abstimmungshand abfallen lassen.

Ich habe jedenfalls meine Konsequenz aus der diesjährigen Tarifrundenniederlage (der Verhandlungsführer der Gegenseite konnte im Fernsehen nach Abschluß der Verhandlungen unverhohlen seine Siegesfreude äußern!) gezogen: Ich habe meine ÖTV-Mitgliedschaft gekündigt!

Herr Schaus sollte nach seiner totalen Fehleinschätzung des eigenen Lagers meinem Schritt zügig folgen.

RICHARD BEITZEN
Siegburg

Doch verkehrt

dg 11/84: Leserbrief von Herrmann Schaus zur Tarifforderung der ÖTV

Der inzwischen erfolgte Tarifabschluß für den öffentlichen Dienst mit dem »sensationalen« Einstieg in die 39,75-Stunden-Woche für

MAK-Werte aktualisiert

Auf den neuesten Stand hat die zuständige Kommission bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft die Liste der Maximalen Arbeitsplatzkonzentrationen gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe (MAK-Werte) gebracht. Neu in die Liste aufgenommen wurden vier Stoffe,

unter ihnen polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe, die im Tierversuch eindeutig Krebs erzeugen. Drei neue Stoffe wurden als »begründet krebserregend« eingestuft.

Die Liste mit den MAK-Werten ist unter der Bestellnummer ZH 1/401 beim Carl Heymanns Verlag, Gereonstraße 18-32, 5000 Köln 1, zu beziehen.



Schadstoffe am Arbeitsplatz: neue Liste

Psychiatrische Patienten dürfen Akten einsehen

Wie alle anderen dürfen auch psychiatrische Patienten Einsicht in ihre Krankenakten verlangen. Dies entschied der sechste Zivilsenat des Bundesgerichtshofs.

Nach der Entscheidung des Bundesgerichtshofs braucht der Pa-

tient kein besonderes rechtliches Interesse für sein Verlangen nach Akteneinsicht geltend zu machen. Einsicht sei ihm immer dann zu gewähren, wenn »keine schützenswerten Interessen des Patienten selbst, des Arztes oder Dritter entgegenstehen«.

In seiner Entscheidung für das Einsichtsrecht berief sich der Bundesgerichtshof ausdrücklich auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten.

AIDS-Gesetz:

Entsetzen bei Amtsärzten

Mit »Kopfschütteln und Entsetzen« haben der Leiter des Hauptgesundheitsamts Bremen, Zenker, und der Leiter der amtsärztlichen Abteilung, Schmacke, auf Pläne aus dem Gesundheitsministerium in Bonn reagiert, »möglicherweise infizierte« AIDS-Träger einer Untersuchungspflicht zu unterziehen und Intimkontakte von Infizierten unter Strafe zu stellen.



Gesundheitsminister Geißler bereitet Zwangsmaßnahmen gegen AIDS-Infizierte vor

Der Sprecher von Gesundheitsminister Geißler (CDU), Hartwig Möbes, hatte im November vor Journalisten von Plänen in seinem Ministerium berichtet, ein »Gesetz zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten durch Intimkontakte« zu schaffen. Ein solches Gesetz müsse eine »Untersuchungspflicht für möglicherweise Infizierte«, »Verhal-

tensmaßnahmen der sicher Infizierten und Aufklärung darüber, daß Weiterverbreitung durch Intimkontakte strafbar ist« sowie ein Verbot des Blutspendens umfassen. Als Maßnahmen für die Ärzte seien in den Plänen »Fahndung nach der Infektionsquelle«, »Beobachtung« und Aufklärung des Infizierten und eine anonyme Meldepflicht an das

Gesundheitsamt sowie namentliche Meldepflicht bei Verweigerung oder Abbruch »der Behandlung« vorgesehen.

In einem Offenen Brief an das Bonner Gesundheitsministerium kritisierten die Bremer Amtsärzte, bei der Ankündigung habe offensichtlich »der Zwang zum Handeln zu Überlegungen geführt, deren Veröffentlichung allein jetzt bereits unabsehbare psychologische Folgen« habe. Konkret wollen die Ärzte vom Gesundheitsminister wissen, wie der Kreis der »möglicherweise Infizierten« zu definieren sei, wer auf welchem Wege zu Daten dieser Personen komme und wer in die Lage versetzt werden solle, die Intimkontakte von Infizierten zu kontrollieren.

Wörtlich heißt es in dem Brief: »Wer nur versucht, ansatzweise diese Fragen zu beantworten, wird feststellen müssen, daß dieses Gesetzesvorhaben sich in der Praxis nur in Form eines gigantischen gesundheitspolizeilichen Apparats umsetzen ließe, den wir mit unserem Verständnis eines freiheitlichen Rechtsstaats und mit unserem medizinischen Ethos nicht vereinbaren können!«

Statt der »Fortschreibung und Aktualisierung von Zwangsmaßnahmen in der Tradition einschlägiger Bestimmungen des Bundesgesundheitsgesetzes« fordern die Ärzte eine Intensivierung der Forschung und den Aufbau von Beratungsstellen in Großstädten.

12 000 Studenten demonstrierten gegen »Arzt im Praktikum«

Etwa 12 000 Medizinstudenten haben am 20. November in Bonn gegen die in der geplanten Novelle zur Bundesärzteordnung vorgesehene Einführung eines »Arztes im Praktikum« protestiert. Stattdessen forderten die Demonstranten eine Verbesserung der praktischen Ausbildung während des Studiums. Auf einer anschließenden Kundgebung unterstützten Waltraud Schoppe von den Grünen, der Vertreter der ÖTV, Schagen, und der der Liste demokratischer Ärzte, Weinrich, die Forderungen der Studenten. In ungewohnt scharfer Form setzte sich auch die SPD-Bundestagsabgeordnete und ehemalige Gesundheitsministerin Anke Fuchs mit den Plänen der Bundesregierung auseinander.

Nach Angaben der Vertreter der Vereinigten deutschen Studentenschaften (VDS), die die Demonstration organisierten, haben sich bisher in einer Abstimmung mehr als die Hälfte der 50 000 bundesdeutschen Medizinstudenten gegen die Einführung der Praxisphase nach dem Studium ausgesprochen. Die VDS sehen in der »Arzt im Praktikum«-Regelung ein Instrument, junge Ärzte vorläufig vom Eintritt in den Beruf zurückzuhalten, sie aber dennoch voll mit ärztlichen Aufgaben zu betrauen.

England: Polizei gegen Streikposten

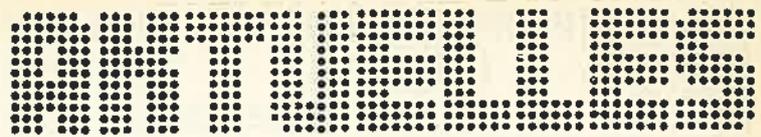
Gewaltsam ging die Polizei gegen eine friedliche Demonstration von zwanzig Mitgliedern der Gesundheitsarbeitergewerkschaft COHSE in Fullwood (Trent) vor. Wie die Novemberausgabe des »Yorkshire Miner« berichtet, protestierten die COHSE-Mitglieder gegen die Privatisierung von Reinigungsdiensten vor der regionalen Gesundheitsbehörde. Die Privatisierung vernichtete 37 Arbeitsplätze. Gewerkschaftssekretär Paul McNulty stellt einen Zusammenhang zwischen der Polizeiaktion und dem andauernden Bergarbeiterstreik her: »It's because we're supporting the miners!«

Spenden für den Gesundheitstag

Über ein »finanzielles Loch« von 80 000 Mark klagt der Bremer Gesundheitsladen, Ausrichter des Gesundheitstages 1984. Die entstandenen Unkosten von ca. 300 000 Mark sind durch die Teilnehmerbeiträge, private und öffentliche Zuschüsse nicht zu decken.

Die Organisatoren der Großveranstaltung planen eine Dokumentation der interessantesten Ergebnisse. Vorerst sind sie jedoch in der Weiterarbeit durch die beträchtlichen Schulden gehindert.

Spenden (gegen Bescheinigung) werden erbeten auf das Sonderkonto Gesundheitstag, Postgiroamt Hamburg, Nr. 1037-202.



Neue Grenzwerte in der Krankenversicherung

Vom 1. Januar sind alle Bezieher von Einkommen bis zu monatlich 4050 Mark krankenversicherungspflichtig. Bisher lag die Grenze für die Versicherungspflicht bei 3900 Mark. Die Einkommensgrenze für die Versicherungsfreiheit wurde von monatlich 390 Mark auf 400 Mark angehoben. Dies teilte der Bundesverband der Ortskrankenkassen mit.

»Wie schütze ich mein Kind bei der Geburt?«

Die Erfahrungen von über 700 dokumentierten Fällen von ärztlichen Fehlern in der Geburtshilfe hat der »Arbeitskreis Kunstfehler in der Geburtshilfe« (AKG) zu einer Broschüre mit dem Titel »Wie schütze ich mein Kind bei der Geburt?« verarbeitet. Die Schrift ist gegen Voreinsendung von 2 Mark in Briefmarken zu beziehen beim AKG, Bremer Straße 19, 4600 Dortmund, Tel. (0231) 525872.



Ein Riesenabschluß!« — Mit breitem Grinsen sagte er es in die ARD-Kamera. Und den im Aufbruch begriffenen Journalisten und ihrer TV-Gilde bog er seinen dünnen Hals hinterher. »Ein Traum!« Ein Traum! fürwahr für Innenminister Zimmermann. Damit dürfte Old Schwurhand in der Tat den Nagel auf den Kopf getroffen haben. Der Tarifabschluß im öffentlichen Dienst zieht jedem Betroffenen echt die Schuhe aus.

Kämpferische Kongresse hatte die ÖTV hinter sich. Wie hatte es im Beschluß 392 geheißen? »Die Zeit der Argumentationskämpfe ist vorbei. Entscheidende Veränderungen werden derzeit nur mit Arbeitskämpfen durchsetzbar sein.« Und die Kollegin Wulf-Mathies dazu: »Arbeit und Einkommen sind eine Einheit... Wer darauf spekuliert, unsere Forderung in ein Entweder-Oder aufspalten zu können, wird auf unser striktes Nein stoßen.«

Die traurigen Abschlußergebnisse müssen hier nicht wieder-

Ein Traum fürwahr

Ein Kommentar zum Tarifabschluß



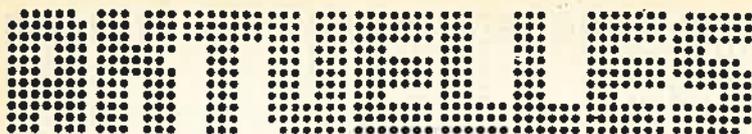
holt werden. Doch statt des »Entweder-Oder« entspricht das Ergebnis einem »Weder-Noch«: Die Lohnerhöhung liegt auf die Laufzeit ungerechnet unter drei Prozent, die Arbeitszeitverkürzung tendiert gegen Null! Nach

diesem Abschluß sind wir mit Macht dabei, unsere eigenen Forderungen der Lächerlichkeit preiszugeben!

Was bleibt denn von den 10 (zehn) Tagen — als Einstieg in

die Verkürzung der Wochenarbeitszeit — für alle? Was bleibt von den Diskussionen der Gewerkschaftstage? Wer soll uns ernst nehmen, wenn uns selbst die eigenen Beschlüsse nicht das Papier wert sind, auf dem sie gedruckt sind? Mit unverbesserlicher Sturheit wurden die Fehler wiederholt, die stundenlang auf den Gewerkschaftstagen ausdiskutiert worden waren. Keine Mobilisierung der Organisation, kein Einsatz der Kampfkraft, kein Zusammengehen mit Metall und Druck! Schlimmer noch: Die Festschreibung dieses erbärmlichen Ergebnisses endet wieder einmal ein Jahr, nachdem die IG Metall (1986) ihre Verträge kündigen kann. Also auch in Zukunft keinerlei Gemeinsamkeiten mit den Metallkollegen. Da mag man sich als Gewerkschaftskollege fragen, wie in Gottes Namen eine Gewerkschaftseinheit zur Durchsetzung der dringend notwendigen Forderungen nach Arbeitszeitverkürzung zustande kommen soll.

Norbert Andersch



»Schonarbeitsplätze« besonders übel

Über katastrophale Mißstände in der gesundheitlichen Versorgung von Arbeitnehmern auf sogenannten »Schonarbeitsplätzen« berichtet die »Gewerkschaftspost« der IG Chemie. So ist es bei der Firma Giuliani offensichtlich üblich, unfallverletzte Kollegen zu einem Durchgangsarzt zu schicken, der in engem Kontakt zur Abteilung Arbeitssicherheit steht. Diese verpaßt dem Verletzten schon vor seinem Eintreffen einen sogenannten »Schonarbeitsplatz«. Nach der Erstbehandlung schickt der Arzt die Kollegen wieder zurück in den Betrieb, wo sie von der Abteilung Arbeitssicherheit, dem Betriebsleiter und dem Meister zur Weiterarbeit gedrängt werden. Eine Kontrolle über den neuen Arbeitsplatz hat der Arzt nicht.

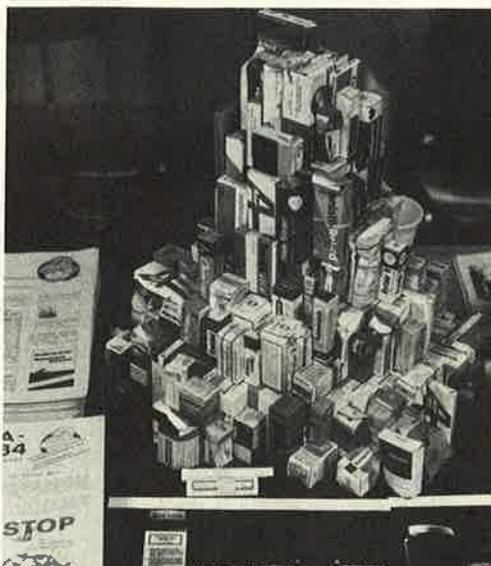
Bei Ablehnung der Schonarbeit kam die »Abteilung Arbeitssicherheit« zu »Krankenbesuchen«.

Die IG Chemie kritisierte das Verhalten als Versuch, die Unfallstatistik zu schönen, und als erhebliche Gesundheitsgefährdung für die betroffenen Arbeitnehmer.

»Arzneimittelhilfsstoffe« bald deklarationspflichtig?

Die »Arzneimittelhilfsstoffe« Äthanol (Alkohol) und Tartrazin (orange-gelber Farbstoff), die in vielen Arzneimitteln enthalten sind, sollen demnächst auf den Packungen benannt werden. Eine entsprechende

»Arzneimittelhilfsstoffe« wie Alkohol oder Tartrazin sollen auf den Packungen genannt werden



Verordnung wird zur Zeit im Bundesrat beraten. Unterstützt wird die geplante Deklarationspflicht u.a. von der Ärztekammer Nordrhein, die sich auf Initiative der Fraktion der Liste Soziales Gesundheitswesen mit dem Thema befafte.

Tartrazin, das aus werbeoptischen Gründen vielen Medikamenten beigemischt wird, kann, wie seit 20 Jahren bekannt, pseudoallergische Reaktionen hervorrufen. Bei entsprechend disponierten Patienten kann es auch zu Asthma-Anfällen kommen. Auch bei einer Reihe weiterer Arzneimittelhilfsstoffe sind unerwünschte Wirkungen beobachtet worden.

Vorschläge für Pflegeversicherung

Der Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt hat Vorschläge zur Einführung einer Pflegeversicherung, mit der das Risiko der Pflegebedürftigkeit abgedeckt werden soll, der Öffentlichkeit vorgestellt. Im Unterschied zu einem Entwurf des »Deutschen Vereins für private und öffentliche Fürsorge« fordert die Arbeiterwohlfahrt eine Versicherung für alle Bürger, die Nichtan-



rechnung von Einkommen und Vermögen bei ausschließlicher Sozialhilfebedürftigkeit eines Pflegeheimbewohners wegen seines »Barbetrages« (Taschengeldes), Übernahme der Investitionskosten durch die öffentliche Hand, Sicherstellung des Gewährleistungsauftrages der Gemeinden und die Übernahme ambulanter Pflegekosten.

Der Plan, das Pflegerisiko durch eine weitere allgemeine Versicherung abzudecken, wird von der SPD unterstützt. Die Grünen fordern dagegen ein bundeseinheitliches Pflegegesetz, das die öffentliche Finanzierung der Pflegebedürftigkeit sicherstellen soll (s. Dokumente in diesem Heft).

Negativliste:

Naiv und inkonsequent

urp - Zum Jahresende '84 muß das Blüm-Ministerium einen Erfahrungsbericht zur sogenannten »Negativliste« vorlegen. Einhellig negativ sind die Vorab-Reaktionen der betroffenen Verbände von Krankenkassen, Pharmaindustrie, Apothekern und Ärzten. Über die Ursachen aber herrscht Streit.

Seit dem 1. April 1983 durften Grippe-, Abführ- und Hustenmittel, Mittel gegen Reisekrankheiten, Mund- und Rachentherapeutika sowie Schnupfenmittel nicht mehr auf Kassenrezept verordnet werden. Nach Vorstellung der Bundesregierung sollte diese Regelung (§182 f RVO) den Kassen

eine Entlastung von rund 580 Millionen Mark pro Jahr beschern. Einigkeit herrscht darüber, daß dieses Ziel nicht erreicht wurde, im Gegenteil, die Kassen sitzen tiefer in den roten Zahlen. Auf der Suche nach Gründen weiß jeder genau, daß es der andere war. In der »Ortskrankenkasse 18/84« wurden Schuldige genannt: erhebliche Preiserhöhungen der Pharmaindustrie, schneller Griff der Ärzte zu potenten — und teureren Medikamenten, Verordnung von Arzneimitteln an Kinder (unter 16 Jahren gilt die Negativliste nicht), die aber für die Eltern gedacht sind.

Am 25. Oktober meldete sich die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA): Die Zahl der Rezepte für Kinder habe zugenommen, die Ärzte stellen für die ausgesetzten Mittel kaum Privatrezepte aus, die Mittel würden — verbotenerweise — im Rahmen des »Sprechstundenbe-

darfs« vergeben, und die Umsätze für nichtverschreibungspflichtige Medikamente haben um 20 Prozent zugenommen.

Nur wenig später tritt auch der Bundesverband der Pharmaindustrie (BPI) auf den Plan: Die mittelständischen Unternehmen hätten über 7 Prozent des Umsatzes verloren (die Großen nur knapp 3 Prozent), bei »geringfügigen Gesundheitsstörungen« sei eine Zunahme »ernsthafterer Diagnosen« zu beobachten, und die Verordnung stark wirksamer Arzneimittel habe bei den »Befindlichkeitsstörungen« zugenommen. Nun hing der schwarze Peter deutlich bei den Ärzten. Deren Landesvertreter reagierten im Ärzteblatt vom 9. 11.: Eine Umfrage unter gut 1700 Ärzten habe ergeben, daß die Ärzteschaft hauptsächlich durch Verordnen auf Privatrezept Muster abgab, Hausmittel empfehlen würden. Die meisten Allgemein-

und Hausärzte hätten aber erhebliche Schwierigkeiten mit ihren Patienten bekommen und hätten sie noch heute; fast alle fühlen sich durch die Negativliste behindert. Die unkontrollierte Selbstmedikation mit den Folgen der Fallzahlrückgänge in den Praxen, jedoch erheblich zunehmenden Krankheitsverschleppungszeichen, sei medizinisch nicht zu verantworten.

Die Antwort der Bundesregierung läßt sich ahnen: »Dirigistische Eingriffe in das marktwirtschaftliche System von Angebot und Nachfrage haben noch nie ...« oder so ähnlich. Dabel war der Gedanke, die Kassen — und die Patienten — von überflüssigen, meist unwirksamen und oft sogar nicht ungefährlichen Medikamenten zu befreien, durchaus ehrenwert. Nur wurde die Rechnung ohne die gemacht, die im Verteilungskampf um die Geschäfte mit der Gesundheit stehen. Und die wußten schon am 1. 4. '83, daß dieser ehrenwerte, aber naive und inkonsequente Versuch zum Scheitern verurteilt war.

Bundesregierung: Ungereimtheiten über Elektro- schocks

»Soweit das Krankheitsbild es erlaubt, wird die Elektrokrampfbehandlung nur mit schriftlicher Zustimmung des Patienten durchgeführt. Bei Patienten, die wegen ihrer Erkrankung nach landesgesetzlichen Regelungen untergebracht worden sind, wird die Zustimmung des Vormunds oder Pflegers eingeholt.« Dies teilte die Bundesregierung Ende November auf eine Anfrage der Bundestagsabgeordneten der Grünen Waltraud Schoppe mit.

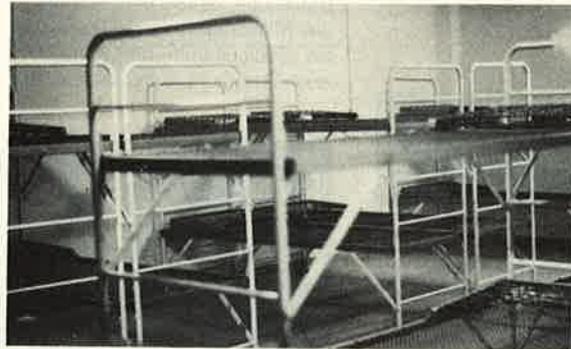
Patienten aber, die einen Vormund oder einen Pfleger haben, sind nach §6 BGB entmündigt oder nach §1910 BGB einer Pflegeschäft — in der Psychiatrie meist mit zusätzlichem Aufenthaltsbestimmungsrecht — unterstellt, also nicht nach »landesgesetzlichen Regelungen untergebracht«. Psychiatrische Patienten dagegen, die nach den Landesgesetzen zwangsuntergebracht sind, behalten ihre Geschäftsfähigkeit, haben keinen Vormund und keinen Pfleger, der zur »Elektrokrampfbehandlung« befragt werden könnte.

»Bei lebensbedrohlichen Situationen, in denen weder der Patient zustimmen, noch ein Vormund oder Pfleger beigezogen werden kann, — als solche sind in der Antwort der Bundesregierung Depression

und katatone Schizophrenie genannt — »muß der Arzt in eigener Verantwortung handeln, so wie etwa bei der Akutversorgung eines bewußtlosen Unfallopfers«. Lebensbedrohliche Zustände bei Depression (Suizidgefahr) oder bei der Katatonie (Stupor) entstehen nicht, wie die Situation eines Unfallopfers, im Verlauf weniger Stunden.

Heimlichtuerei um Zivilschutzgesetz

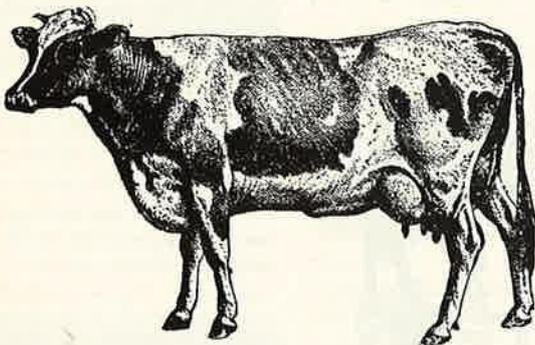
Großes Rätselraten herrscht derzeit in Bonn um den neuesten, vom Innenministerium inzwischen überarbeiteten Referentenentwurf für ein Zivilschutzgesetz, der in diesen Tagen im Bundeskabinett beraten werden soll. Dem Vernehmen nach ist in dem Entwurf eine Pflicht zum Einbau von Schutzräumen in Wohnhäusern enthalten. Die entsprechende Passage war im ur-



Der umfassende »Zivilschutz« kommt auf leisen Sohlen: Hilfskrankenhäuser

Krankenhausfinanzierung:

Kuhhandel



von Blüm und Strauß

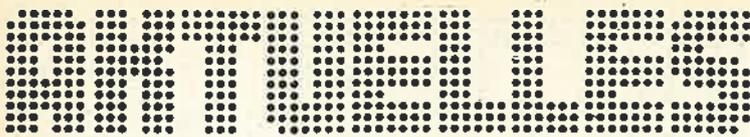
Die Neuregelung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes macht ein »Kompromiß« möglich, den Arbeitsminister Blüm und F. J. Strauß

als Landesfürst von Bayern Ende November vereinbarten. Am 1. 1. 85 sollen im wesentlichen die folgenden Änderungen in Kraft treten:

- Der Bund zieht sich aus der Krankenhausfinanzierung zurück.
- Die Länder behalten — entgegen Blüms Vorstellungen — ihre weitgehenden Rechte bei der Krankenhausplanung.
- Pflegesätze werden zwischen Krankenhäusern und Kassen ausgehandelt, bei Nichteinigung entscheidet eine Schiedsstelle. Deren Vorsitzender unterliegt zwar keiner Weisung durch die Landesbehörden, kann aber von ihnen eingesetzt werden, wenn sich Kassen und Krankenhäuser nicht auf einen »neutralen Vorsitzenden« einigen können.
- Die Pflegesätze richten sich nicht mehr nach den »nachgewiesenen Selbstkosten«, sondern nach den »voraus kalkulierten Selbstkosten«, also eine Art Krankenhausbudget.
- Die Krankenhäuser sollen »Gewinn und Verlust« machen können — eine Art Pleitegarantie (Vg. dg 10/84).
- Die Kassen können in den Pflegesätzen Investitionskosten übernehmen, wenn damit Rationalisierungsmaßnahmen finanziert werden.

Blüms Handel mit Strauß stieß bei den Krankenkassen auf erhebliche Kritik: sie sehen kaum Chancen für eine »Kostendämpfung im Krankenhausbereich«, kein Instrumentarium zum Abbau von »Überkapazitäten«. Hier werden mittlerweile schon phantasievolle Zahlen von 100 000 überzähligen Betten behandelt. Blüm sei mit seiner Minimallösung gescheitert. Vor allem die für die Ausgabenentwicklung entscheidende Krankenhausplanung verbleibe vollständig in der Hand der Länder. Der stellvertretende DGB-Vorsitzende Muhr warnte vor einem »Rückfall in den krankenhauspolitischen Provinzialismus«. Stärkere Mitbestimmungsrechte der Krankenkassen seien auf der Strecke geblieben. Die Kassen sollten gemeinsam eine »härtere Gangart gegenüber der pharmazeutischen Industrie, den Ärzten und Zahnärzten« einschlagen, um die »Selbstbedienungsmentalität dieser Gruppen endlich zu stoppen«.

Minister Blüm wird sicher einen blumigen Spruch zur Hand haben, um seinen Mißerfolg mit Strauß in einen Erfolg umzumünzen.



USA: Sozialabbau erhöht Säuglingssterblichkeit

Ein in verschiedenen Stadtteilen von Boston (Massachusetts) beobachteter Anstieg der Säuglingssterblichkeit um bis zu 50 Prozent ist eine direkte Auswirkung umfassender Kürzungen der Sozialausgaben. Zu diesem Ergebnis kommt eine jetzt von der medizinischen Fakultät der Harvard-Universität veröffentlichte Studie.

Die Professorin Dr. Penny Feldman, deren Untersuchung sich auf die Statistiken von fünf großen Kliniken stützt, registrierte einen Anstieg der Säuglingssterblichkeit von 14,7 pro 1000 Lebendgeburten im Jahr 1981 auf 21 im Jahr 1982. Im Bundesstaat Massachusetts waren innerhalb eines Jahres mehr als 24 000 behandlungsbedürftige Schwangere von jeder medizinischen Überwachung ausgeschlossen.

Mehr Gemeinschaftspraxen

Nach einer Studie der MLP-Stiftung Arzt und Beruf hat sich die Zahl der Gemeinschaftspraxen von Ärzten zwischen 1976 und 1982 mehr als verdoppelt. Dies geht aus einem Bericht der »Ärzte Zeitung« hervor. Wie die Zeitung weiter berichtet, wird rund die Hälfte der im Jahre 1982 bestehenden Gemeinschaftspraxen von Ehepartnern geführt. Die Gesamtzahl der Gemeinschaftspraxen betrug 3380.

Von den fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen werden 60 Prozent von praktischen Ärzten bzw. Allgemeinmediziner mit Internisten betrieben.

Arzt wegen »Gefälligkeitsattest« verurteilt

Zu einer Geldstrafe von 10 500 Mark hat ein Berliner Amtsgericht einen 40jährigen Internisten wegen der Ausstellung eines »Gefälligkeitsattests« verurteilt. Der Arzt hatte der Mutter eines Patienten, die vorgab, ihr Sohn liege mit einem schweren Magenleiden im Bett, eine entsprechende Bescheinigung mitgegeben. Wie sich herausstellte, hatte der Sohn die Erklärung benutzt, um nicht zu einem Gerichtstermin erscheinen zu müssen.

Die Einlassung des Arztes, er habe keinen Grund gehabt, der Frau nicht zu glauben, und Leben und Gesundheit des Patienten hätten Vorrang vor der Aussagepflicht vor Gericht, fand vor den Richtern kein Gehör.

Ehrenpräsident der Ärzte lobt Pharmaindustrie

Zu einem überschwenglichen Lob der Pharmaindustrie nutzte der Ehrenpräsident des Deutschen Ärztetages, Fromm, seine Rede auf dem Kongreß Medica 84 in Düsseldorf. Ohne die Mitwirkung und das »Mäzenatentum« der Pillenfabrikanten

sei ärztliche Fortbildung nicht denkbar. Von einer Abhängigkeit könne indes keine Rede sein, auf die Themen und Inhalte der Kurse nehme die Industrie keinen Einfluß.

Ausdrücklich nahm Fromm die Pharmaindustrie vor »unmäßiger Kritik« an diesem »wertvollen Zweig unserer Volkswirtschaft« in Schutz. Ihr könne »nicht tatenlos zugesehen« werden.

Klinik haftet für Einbruch

Zur Haftung für Schäden, die bei mehreren Einbrüchen durch Patienten der Rheinischen Landesklinik in Viersen in einem nahe der Klinik gelegenen Haus entstanden sind, wurde jetzt der Träger der Einrichtung in letzter Instanz verurteilt.

Das Landgericht Mönchengladbach und das Oberlandesgericht Düsseldorf hatten eine Haftpflicht des Klinikträgers abgewiesen, weil die Bediensteten der Klinik ihre Aufsichtspflicht nicht verletzt hätten.

Diese Urteile wurden vom Bundesgerichtshof aufgehoben. In der Begründung heißt es, die Mitarbeiter der Klinik hätten sich darum kümmern müssen, was die Jugendlichen in der Freizeit unternehmen, zumal es sich um »psychisch auffällige« Jugendliche gehandelt habe. Zu einer Befreiung von der Haftpflicht müsse die Klinik beweisen, daß die Schäden auch bei »gehöriger Aufsichtsführung entstanden wären«.

Geburtstagsgrüße an dg

Zahlreiche Glückwunschschriften, Anrufe und sogar Telegramme trafen zum fünften Geburtstag von dg in der Redaktion ein. Im November 1979 war die erste Ausgabe des »Demokratischen Gesundheitswesens« erschienen.

dg-Mitherausgeber Hans Mausbach schrieb uns:

»Zum 5. Geburtstag der Neuen Rheinischen dg (frei nach Heine): Solche Zeitung läßt du drucken! Teurer Freund, du bist verloren! Willst du Geld und Ehre haben, Mußt du dich gehörig ducken!«



Foto: Michael Bauer

Konzertierte Aktion:

Wortreicher Fehlschlag

»Das Stabilitätsziel der Frühjahrsempfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen ist nicht erreicht worden«, lautet der erste Satz der Abschlusserklärung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen vom 14. November 84. Arbeitsminister Blüm mußte feststellen: »Die Grundlohnsomme, also jene Quelle, aus der die Krankenkassen ihre Einnahmen schöpfen, zeigt im ersten Halbjahr 1984 rund 3 Prozent Steigerung, die Ausgaben dagegen über 8 Prozent.« Weder in der Analyse noch in der Strategie hatte Blüm außer neuen Worthülsen etwas zu bieten. Kostprobe: »Zuviel Geld, das wissen wir aus dem privaten Leben

(offensichtlich gemeint sind die Teilnehmer der Konzertierten Aktion, d. Verf.) kann zur Denkfaulheit, zur Phantasie- und Mutlosigkeit führen. Gesundheitspolitik ist kein Wettlauf um Geldquellen, welchen jene Gruppe gewonnen hat, die das meiste Geld abschöpft.«

Wo Konzepte fehlen, stellen wenigstens neue Wörter sich ein: Den Rückzug des Bunds aus der Krankenhausfinanzierung verkaufte Blüm als »Entmischung der Investitionsfinanzierung« und seinen Gesetzentwurf als »ersten Zug einer neuen Ordnung des Gesundheitssystems«. Weitere Geistesblitze à la Blüm: »Kein sozialversicherter



Patient weiß, was wer für ihn abrechnet. Ein Kaufhaus, in dem kein Preisschild stehen würde, fände keine Käufer.«

Wen wundert's, daß die Festlegungen der Konzertierten Aktion recht mager ausfielen: Kassen, Pharmaindustrie, Kassenärztliche Vereinigung, Zahnärzte, Bundesländer werden allesamt aufgefordert, neue Überlegungen zur »Kostendämpfung« bis zur Frühjahrssitzung 1985 zu berichten.

Außer Spesen nichts gewesen? Doch! Noch ein Spruch von Norbert Blüm: »Schon unsere Großmütter wußten: Vorbeugen ist besser als heilen.« Und: »Ich warne davor, die Unbeweglichkeit und Bequemlichkeit als Kampf gegen den Sozialismus auszugeben.«

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

KLEINANZEIGEN

Dipl.-Soz.-Pädagogin (Kinderkrankenschwester) sucht Teilzeitbeschäftigung (20 Std./Wo.) im Raum Essen, Duisburg, Düsseldorf ab April 1985, Erfahrungen im Vorschulbereich und in Erwachsenenbildung vorhanden. Großes Interesse an fachübergreifender Arbeit (medizinisch/pädagogisch), z.B. Therapiezentren, Beratungsstellen, Elternarbeit. Tel. (0208) 56858 nach 18.00 Uhr.

Familienplanungszentrum Hamburg sucht für Teilzeitstelle **Gynäkologin/gynäkologisch ausgebildete Ärztin**. Familienplanungszentrum, Bei der Johanniskirche 20, 2000 Hamburg 50

Ich bin prom. **Arzt** mit intern. Berufserfahrung und suche **Weiterbildungsstelle**, u.U. auch was anderes als Innere. Die Krux: Ich will nach **Berlin** oder **München!** Ich bin für jeden Tip dankbar. (0711) 7703390 (Harald).

Das **Zentrum Schwaneweder Straße** in Bremen-Blumenthal ist endlich fertig! Felix Richter-Hebel (Allgemeinarzt), Ingrid Gehlken, Rosemarie Scheidig (Arzthelferinnen), Ulrike Alexander, Karoline Schellong (Krankengymnastinnen), Jutta Frommeyer, Ursula Jansen (Apothekerinnen), Klaus Schön (Frauenarzt), Stephan Schlenker (Kinderarzt)

Gesundheitsbrigaden für Nicaragua
 Wir suchen dringend
AB SOFORT
 evtl. auch später für einen
 mindestens 6 monatigen
 Einsatz im Rahmen
 unserer Projekte in
 Nicaragua
- ÄRZTE/INNEN
- KRANKENSCHWESTERN
/-PFLGER
 (möglichst m. Fachausbildung)
 Kontakt: Gesundheitsladen Berlin, Gneisenaustr. 2, 1000 Berlin 61 - Tel. 030/693 20 90

Termine

Alle Termine veröffentlichen wir völlig kostenlos, im Gegenteil, wir wissen immer gerne, wo was los ist! Bitte beachtet, daß wir die Termine mindestens 3 Wochen vor Erscheinen der Ausgabe haben müssen!

10.—13. Januar
Arbeitsgruppe
Krankenpflege

Ulm (Hessen)
Seminar: Mögliche und (noch) unmögliche Widerstandsformen in der Krankenpflege

Ort: Tagungshaus Ulmbach
 Anmeldung: Sepp Strauß, Einöde 31, 8961 Wildpolsried, Tel. (083 04) 12 95

9.—13. Januar
Kritische Psychologie

Fulda
Ferienuniversität zum Thema: Kritische Psychologie und soziale Arbeit und Erziehung

Kontakt: Prof. Dr. Gekeler, Fachbereich Sozialarbeit, Fachhochschule Fulda, Marquardtstraße 35, 6400 Fulda

21./22. Januar
Entwicklungspolitisches
Symposium

Köln
El Salvador und Nicaragua im Vergleich

Veranstalter: Terre des hommes u.a. Org.
 Referenten u.a.: V. Navarro, Professor of Health Policy, USA; Miguel Marquéz, Ecuador, Leiter des WHO-Büros in Managua
 Kontakt: Albert Recknagel, Strootbachweg 12, 4530 Ibbenbüren

26. Januar

Dortmund
Zweites bundesweites Treffen betrieblicher Friedensinitiativen

26.—27. Januar
Seminar Sexualstraftäter

Hamburg
Psychotherapie mit Sexualstraftätern

Kontakt: Sexualberatungsstelle der Abteilung für Sexualforschung, Seewartenstraße 7, 2000 Hamburg 11, Tel. (040) 31 10 26 56

26./27. Januar
Krankenschwestern
für den Frieden

Münster
Treffen der Initiative Krankenschwestern für den Frieden
 Kontakt: Dorothee Koch, Heerdestr. 18, 4400 Münster

30. Januar
Reisebericht Libanon

Köln
Reisebericht von Hans Branscheidt, medico international, aus dem Libanon
Köln, Alte Mensa, 20.00 Uhr
 Kontakt: Fachschaft Medizin, Universitätsstraße 16

23.—24. Februar
Pädagogenfriedenskongreß

Mainz
Eine Veranstaltung der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft sowie der Pädagogenfriedensinitiativen
 Kontakt: Alf Hammelrath, GEW-Geschäftsstelle NRW, Nünningstraße 11, 4300 Essen 1

März 85

Bielefeld
Erstes bundesweites Gruppenpraxentreffen

Kontakt: Heinz Kraus, Gruppenpraxis Huckelriede, Buntentorsteinweg 558, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 87 57 00

13.—16. März

Karlsruhe
Rehab '85-Ausstellung und Kongreß
 Kontakt: Tel. (02 31) 12 80 10

13.—15. März

Gießen
Fortbildung und Krankenpflege
Sechste Gießener Internationale Fortbildungstage für Krankenpflege
 Kontakt: Organisationskomitee Internationale Fortbildungstage für Krankenpflege, Rudolf-Buchheim-Straße 8, 6300 Gießen

7.—10. Mai

Düsseldorf
Deutscher Krankenhaustag

8.—10. Mai

Bonn/Hennef
Arbeitssicherheit bei neuen Technologien
Kolloquium zu Arbeitssicherheitsfragen bei Automatisierung und neuen Techniken
 Kontakt: Berufsgenossenschaftliches Institut für Arbeitssicherheit, Lindenstraße 80, 5205 St. Augustin, Tel. (022 41) 2 31-0

Scheiß
psychosoziale
Versorgung!



»Ick bün al dor!«

**Weiterbildung in der
Krankenpflege:
der Wettlauf des
Hasen mit dem Igel**

**Die Lehrgänge für
Spezialausbildungen
in der Krankenpflege
sind überfüllt. Was
können Schwestern
und Pfleger vom
Trend zur Speziali-
sierung erwarten?**

**Peter Liebermann hat
einmal kritisch
nachgefragt.**

Was den Ärzten recht ist, soll den Schwestern und Pflegern billig sein: zwar nicht auf repräsentativen Praxisschildern, aber wenigstens in den Bewerbungsunterlagen und bald — wer weiß — vielleicht an den Namensschildchen auf dem Kittel prangt der Titel »Fachkraft«, der den Träger — oder vielmehr die Trägerin, denn 80 Prozent aller Pflegekräfte sind weiblichen Geschlechts — als Spezialisten ausweist.

Während die Kritik am Spezialistentum mittlerweile zum Standardprogramm gesundheitspolitischer Sonntagsreden geworden ist, die verlorene Ganzheitlichkeit an allen Ärztestammtischen beklagt wird, schicken Schwestern und Pfleger sich an, gerade das nachzumachen, was inzwischen zunehmend als Fehlentwicklung erkannt wird: die Aufspaltung des Patienten in eine Vielzahl von therapierbaren Einheiten. In den vergangenen Jahren hat sich die Nachfrage nach Weiterbildung im Krankenpflegeberuf vervielfacht. Für OP-Schwester und -pfleger gibt es mittlerweile 33 Weiterbildungsträger; Fachausbildungen für Anästhesie, Intensivmedizin, Urologie, Psychiatrie, Chirurgie und, als neueste Blüte: Endoskopie entwickeln sich zu immer begehrteren Fluchtmöglichkeiten aus dem immer noch unbeliebten Pflegeberuf.

Bisher hält das Angebot mit der ständig steigenden Nachfrage nicht recht Schritt. So etwa kann das Fortbildungsinstitut für Berufe im Gesundheitswesen der Gewerkschaft ÖTV in

Duisburg sich vor Anmeldungen kaum retten. Über mangelnden Zulauf haben sich auch die anderen Träger von Weiterbildungsstätten in der Krankenpflege nicht zu beklagen. Kennzeichnend für die Situation ist vor allem die Tatsache, daß die Teilnehmer für ihre Lehrgänge zahlen. So liegen etwa die Lehrgangsgebühren für Unterrichtskräfte in der Krankenpflege bei 15 000 Mark für zwei Jahre. Bisher galt Unterrichtspflege überall als Mangelberuf. Die Arbeitsämter zahlten zwei Drittel der Lehrgangskosten und eine Beihilfe

15 000 Mark Lehrgangsgebühren

zum Unterhalt. Seit aber bei den bundesdeutschen Arbeitsämtern über 1200 Unterrichtspflegekräfte als arbeitslos gemeldet sind und diesen Zahlen nur wenig Angebote (126) gegenüberstehen, schwindet die Bereitschaft, munter für einen überfüllten Markt zu produzieren. Die Folge: das Frankfurter Arbeitsamt hat alle Zuschüsse gestrichen, die Teilnehmer zahlen selbst. Dabei besteht keine Aussicht, die enormen Kosten, zu denen ja auch noch die Aufwendungen für den Unterhalt kommen, im späteren Arbeitsleben wieder hereinzuholen.

Bezahlt wird auch für Spezialisierungen, die weder gesetzlich noch sonstwie festgelegt sind. Was als qualifizierte Weiterbildung zu gelten hat, entscheidet bis heute stets der Träger. Für den Bereich Unterrichtspflege hat sich zwar allgemein eine Dauer von zwei Jahren durchgesetzt. Wie wacklig solche gewachsenen Quasi-Festlegungen aber sind, demonstrierte jüngst das Arbeitsamt in Darmstadt: es beschloß kurzerhand, das Nötige sei auch in einem Jahr zu vermitteln, und richtete seine Zahlungen an dieser willkürlichen Norm aus.

Für gesetzliche Normen in der Weiterbildung von Schwestern und Pflegern wären eigentlich die Bundesländer zuständig. Einen ersten Versuch, mit dem Wildwuchs fertigzuwerden, hat als einziges Bundesland bisher Nordrhein-Westfalen gestartet: die Ministerialbeamten schnappten sich die entsprechenden Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft, einer Arbeitgebervereinigung im Gesundheitswesen, und erhoben sie weitgehend unverändert zum Gesetzentwurf (s. Kasten). Modellversuche im Hochschulbereich, so an der Freien Universität Berlin und an der Fachhochschule in Osnabrück, haben zur Vereinheitlichung in der Weiterbildung bisher nichts beitragen können.

Wo verbindliche Regelungen fehlen, wird die Nachfrage auch gern schon mal für privaten Profit ausgenutzt. Der erste Hai, ein privates Institut in Stuttgart nämlich, der sich in dem reichlich mit Futter angereicherten Tümm-

Ein Sieg der Bequemlichkeit

Weiterbildungsgesetz läßt alles beim alten

sts - In Nordrhein-Westfalen wird ein Weiterbildungsgesetz für »Heilhilfsberufe« — kann man sagen: erarbeitet? Die Richtlinien der DKG standen Pate.

»Durch Weiterbildung sollen die Angehörigen der nicht-ärztlichen Heilberufe eine Erweiterung ihrer beruflichen Fähigkeiten erfahren und zur Übernahme von Tätigkeiten in besonderer Verantwortung befähigt werden.«

So heißt es im Paragraph 1 eines Entwurfes für ein »Gesetz über die Weiterbildung in den nicht-ärztlichen Heilberufen« für das Land Nordrhein-Westfalen, der vor einigen Monaten in einer zweiten Fassung vorgelegt wurde. Das Gesetz wird damit begründet, daß die Angehörigen der »Heilhilfsberufe« einen immer größeren »eigenständigen Anteil« an der Gesundheitsversorgung erlangt haben und daher ein erweitertes Fachwissen auch im Interesse des einzelnen Patienten und des gesamten Gesundheitswesens immer dringlicher geworden sei.

Das Gesetz soll sich nicht nur auf die Weiterbildung im Bereich der Krankenpflege beziehen, sondern schließt auch Berufs-

fortbildung für medizinisch-technische Assistenten, Krankengymnasten und Logopäden sowie verwandte Berufszweige mit ein.

In der Bundesrepublik gehört die Weiterbildung nicht in die Kompetenz des Bundes. Zwar hat er durch die Berufsgesetze für die sogenannten Heilhilfsberufe die Zulassung zu diesen gesetzlich geordnet, auf Regelungen über die Fortbildung oder etwaige Zusatzausbildungen wurde jedoch im Krankenpflegegesetz bewußt verzichtet. Alle in diesem Bereich anfallenden Maßnahmen bleiben den Bundesländern, den Berufsverbänden oder den Krankenhausträgern überlassen.

Aufgrund dieser gesetzlichen Gegebenheiten haben sich die obersten Landesgesundheitsbehörden nur auf eine Rahmenordnung für die Weiterbildung in den verschiedenen Fachrichtungen der Krankenpflege geeinigt. Auch die am Abschluß der Zusatzausbildungen stattfindenden Prüfungen sind nicht gesetzlich geregelt. In Nordrhein-Westfalen wird von der Krankenhausgesellschaft, einem Zusammenschluß der Krankenhausträger des Landes, ein Abschlußdiplom erteilt, wenn die Weiterbildung nach den Musterrichtlinien dieser Gesellschaft erfolgt ist.

Soweit die bisherige Regelung. Sie läßt zumindest Zweifel daran aufkommen, ob ausgerechnet der Arbeitgeberverband, für den die wirtschaftlichen Interessen des Gesundheitsapparates im Vordergrund stehen, die Interessen der betroffenen Pflegekräfte

berücksichtigt. Schaut man sich die Musterrichtlinien näher an, so kann man feststellen, daß diese nahezu wörtlich in das geplante Gesetz übernommen werden sollen. Es ist nirgendwo erkennbar, daß die Landesregierung selbst beziehungsweise ihre Beamten sich eigene Gedanken zu dieser Problematik gemacht haben. Und so ist denn die Verleihung der Weiterbildungsbezeichnungen, die laut erstem Gesetzentwurf von 1982 durch die Kreisgesundheitsämter erfolgen sollte, weiterhin Angelegenheit der Krankenhausgesellschaft. Dieses Verfahren wird in der Gesetzesbegründung ausschließlich mit »verwaltungsvereinfachenden und wirtschaftlichen Gründen« belegt. Bei Bedarf dürfen auch andere Berufsverbände die Anerkennung aussprechen. Ausdrücklich soll hiermit die Arbeit der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen gewürdigt werden. Wörtlich heißt es: »Darüber hinaus erübrigt sich dort ein staatliches Eingreifen, wo Berufsverbände und Verbände der Wohlfahrtspflege im Interesse und im Sinne des Landes bereits tätig sind.«

Fazit: Es bleibt alles beim alten. Man fragt sich, warum dieses Gesetz dann überhaupt erlassen werden soll. Eine zwingende Notwendigkeit zu einem Weiterbildungsgesetz liegt nicht vor, und wenn hierbei nichts anderes geschieht, als daß bisher gültige private Regelungen übernommen werden, dann heißt das doch vor allem, daß auf staatlicher Seite wieder einmal die Bequemlichkeit über Nachdenken und Engagement gesiegt hat.

Krankenpflege — ein überholter Beruf?

pel auf die Jagd machte, wurde freilich vorerst ausgehungert: Den Chaosgewinnler liefen schlicht die Teilnehmer davon. Auf Dauer freilich wird es sich nicht ausschließen lassen, daß private Anbieter auf den Markt drängen — und zwar geschickter als der Stuttgarter Frühstarter.

Externe Ausbildungen, deren Abschluß immerhin einigermaßen verbindliche Folgen für die Tätigkeit hat, gibt es bislang nur in den Bereichen Unterrichtspflege und Pflegedienstleitung. Nebenher schießen aber vor allem die berufsbegleitenden Fortbildungen zur spezialisierten Fachkraft nach dem Muster der ärztlichen Weiterbildung ins Kraut. Angeboten werden solche Fortbildungen in der Regel von den Krankenhausträgern. Einzige Kontrollinstanz für die bislang ungeschützten Fachbezeichnungen ist die DKG. Aber die überprüft auch nur, wenn der Lehrgang eingerichtet wird, ob ihre vagen Richtlinien berücksichtigt wurden. Und auch diese oberflächliche Kontrolle gilt nicht einmal für alle Bereiche, in denen sich Spezialisierung breitmacht.

Wohin die Reise gehen soll, markiert in schöner Deutlichkeit eine »Fachgruppe Endoskopie« im Deutschen Berufsverband für Krankenpflege (DBfK). In der Zeitschrift des Verbandes beklagt eine »Leitende Krankenschwester Endoskopie«, daß ihre Kolleginnen und Kollegen »in kleinen Krankenhäusern Endoskopiepersonal häufig auch andere und sogar berufsfremde auszuführen«. Als sei es das Selbstverständlichste von der Welt, daß, wer bei der Endoskopie assistiere, sich nicht auch noch mit anderem befassen könne: »Es wird uns auf Dauer nur der Weg über eine Fachausbildung für Endoskopiepersonal bleiben.«

Auffällig ist, daß die Bestrebungen zur Spezialisierung sich, genau wie bei den Ärzten, vor allem in den technischen Bereichen verstärken. Der Beruf einer »Endoskopieschwester« läßt sich, wenn überhaupt, nur materialkundlich rechtfertigen. Die Spezialisierung der Tätigkeit, die als Grundlage für eine Spezialisierung in der Ausbildung dient, liegt ausschließlich im Umgang mit dem Gerät. Die eigentlich pflegerischen Tätigkeiten sind beim Endoskopieren keine anderen als auf einer chirurgischen Station. Das, was pflegerisch beim Fortschritt der medizinischen Technik an besonderen Tätigkeiten abfällt, rechtfertigt für sich genommen noch keine Spezialisierung. Eher das Gegenteil ist der Fall: In den USA machen ungelernete Kräfte das, wozu hier nach Spezialausbildung gerufen wird. Wozu drei Jahre lang qualifiziert Physiologie und Chirurgie büffeln, wenn nachher nur Haken angereicht werden?

Wenn die Computertechnik auf den Stationen Einzug hält, werden sich nicht einmal die erst jüngst angeeigneten Spezialtätigkeiten auf den Endoskopstationen für das Pflegepersonal domänisieren lassen. So sollen neue Computer sogar die Medikamentenzufuhr autonom regeln. Über einen zentralen Zugang mißt der Computer die Blutwerte, vergleicht sie mit eingegebenen Richtwerten und gleicht die Differenz automatisch mit der Do-

sierung der Infusionslösungen aus. Der Schwester bleibt, die Flaschen auszuwechseln.

Der Boom in der Weiterbildung ist nur die neueste Spitze einer Tendenz, die dem Krankenpflegeberuf seit jeher innewohnt: nämlich dem nachzulaufen, was sich im Arztberuf an Veränderung tut. Während Schwester und Pfleger früher mit den Patienten weitgehend unter sich waren, drängeln sich inzwischen allerlei akademische und nichtakademische Berufsgruppen in die Kliniken. Ob Diätassistentinnen, Raumpflegerinnen, Psychologen, Sozialarbeiter oder Ernährungswissenschaftler, sie alle haben dem Krankenpflegepersonal zumindest eines voraus: ihre Tätigkeiten sind umrissen, sie lassen sich fest abgrenzen gegen das, was die anderen tun. Die Krankenpflege ist die Restgröße im spezialisierten Krankenhausbereich.

Die Allroundarbeiterinnen von einst müssen sich mit dem zufriedengeben, was übrigbleibt. Und da sind allemal die Funktionen am ehesten gefragt, die beim Fortschritt der medizinischen Technik neu entstehen. Dabei bleibt das Tätigkeitsbild einer Krankenschwester so diffus, wie es immer war. Nur wird es mehr und mehr eingeräumt. Solange Schwestern und Pfleger keine Tätigkeit in der Patientenversorgung für sich monopolisieren können, so lange sind sie darauf angewiesen, sich Sonderqualifikationen zu angeln und mit ihnen unentbehrlich zu werden. Eine trügerische Perspektive: im Gefolge des ärztlichen und technischen Spezialisierung fällt nur Sklavenarbeit ab.

Vordenker haben das Problem schon vor Jahren erkannt. Aber auch die Formel von einst, die Krankenschwestern sollten sich den kümmerlichen Bereich der psychosozialen Versorgung unter den Nagel reißen, ist fragwürdig geworden. Was Psychologen und Sozialarbeiter mit ihren besonderen Qualifikationen übriglassen, fällt den sogenannten »Grünen Damen«, einer Art ehrenamtlichen Kummerantant, zu. Die Jagd nach Domänen für die Krankenpflege gleicht dem Wettlauf vom Hasen und dem Igel. Immer ruft einer: Ick bün al dor!

Krankenpflege — ein überholter Beruf? Bezogen auf den Krankenhausbereich, wird man auf Dauer an der tristen Perspektive kaum vorbeikommen. Es fragt sich nur, ob nicht auch die Stellung der Krankenhäuser in unserem Gesundheitswesen in weiten Bereichen überholt ist. Das Leitmotiv der gesundheitspolitischen Diskussionen der letzten Jahre, nämlich der Trend zur ambulanten Versorgung, hält auch einen Hoffnungsschimmer für die Zukunft der Krankenpflege bereit.

Von Trendsettern in diesem Bereich kommen auch die ersten positiven Rückmeldungen. Tatsächlich wird den Krankenschwestern in einer funktionierenden ambulanten Versorgung niemand ihren Status streitig machen können. Schließlich verfügt kein anderer »Heilhilfsberuf« über eine so breite Grundqualifikation. Wo das Gesundheitssystem im eigentlichen Sinne »patientenzentriert« ist, bleibt für die Aufspaltung der Tätigkeiten bis hin zur reinen Funktionspflege kein Raum.

Die aktuellen Zahlen sprechen noch eine ganz andere Sprache: von 550 000 im medizinischen Bereich der Krankenhäuser Tätigen arbeiten 350 000 in der Pflege. Man kann es auch so ausdrücken: die Reserve für ein umfassendes System der ambulanten Versorgung ist bereits da. □

An dem Lehrgangsboom in der Krankenpflege beteiligt sich auch die ÖTV. Über die Probleme dabei sprach Heinrich Recken mit Gerd Dielmann vom ÖTV-Fortbildungsinstitut in Duisburg.

dg: Welches Interesse hat und welche Vorstellungen verbindet die Gewerkschaft ÖTV damit, berufliche Fortbildungsmaßnahmen für Krankenpflegepersonal anzubieten?

Dielmann: In der Hauptabteilung Gesundheitswesen, Kirchen und soziale Einrichtungen der Gewerkschaft ÖTV sind ca. 130 000 Mitglieder organisiert, knapp 60 000 davon allein im Krankenpflegebereich. Das ist ein Vielfaches von dem, was selbst größere Berufsverbände für Krankenpflegeberufe anzubieten vermögen.

Warum die

Neben der sozialen und ökonomischen Interessenvertretung der Mitglieder, die in erster Linie durch Abschlüsse von Tarifverträgen und Einwirken auf gesetzgeberische Maßnahmen wahrgenommen wird, hat sich die Gewerkschaft ÖTV in ihrer Satzung auch die Aufgabe gestellt, die beruflichen und fachlichen Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten.

Dies ist insbesondere Aufgabe der Abteilungen.

Der Bund freier Schwestern und Pfleger in der ÖTV — Vorläufer der Abteilung »Krankenpflege und Pflegedienst« und heute, nach der seit dem 10. Gewerkschaftstag im Juni 1984 in Kraft getretenen, stärker betriebsbezogenen Abteilungsstruktur, im wesentlichen in den Abteilungen »Krankenhäuser«, »Psychiatrie und Rehabilitation« sowie »Allgemeine Gesundheitsversorgung« aufgegangen — war eine der treibenden Kräfte für die Gründung des »Fortbildungsinstituts für Krankenpflegeberufe« in Remscheid in der Trägerschaft des ÖTV-Förderwerks für Berufe im Gesundheitswesen.

Darüber hinaus sind wir bemüht, im Zuge des weiteren Ausbaus des Instituts weitere Berufsgruppen in die Fort- und Weiterbildungsangebote einzubeziehen.

Bereits jetzt sind Altenpfleger(-innen) und Hebammen in das Lehrgangsangebot integriert.

Die Frage ist dennoch berechtigt, wieso gerade diesen Berufsgruppen und nicht auch den zahlreichen anderen Berufen, die in der Gewerkschaft ÖTV organisiert sind, ähnliche Fort- und Weiterbildungsangebote unterbreitet werden.

Dies hängt zusammen mit der langen Tradition, gerade der Krankenpflegeberufe, sich in eher berufsständisch orientierten Fachver-

bänden zusammenzuschließen, die ihrerseits recht frühzeitig Weiterbildungsangebote für ihre Mitglieder anbieten konnten.

Die Ursachen hierfür sind nicht zuletzt darin zu suchen, daß es nach wie vor an staatlichen, bundes- und überwiegend auch landesrechtlichen Regelungen mangelt, der Staat und die Arbeitgeber ihren Qualifizierungsaufgaben gerade in diesem Bereich einfach nicht nachkommen.

dg: Handelt es sich hier nicht eher um eine Maßnahme, die von staatlicher Seite her zu regeln und durchzuführen wäre?

Dielmann: In der Tat sind auch unserer Auffassung nach nicht nur die Aus-, sondern auch die Weiterbildungsgänge von staatlicher Seite zu regeln und deren Durchführung zu garantieren. Das dies bisher nicht in dem notwendigen Umfang geschehen ist, ermöglicht ja gerade den von uns vielfach kritisierten Wildwuchs privater Institute.

Solange dies so ist und eine staatliche Organisation und Aufsicht der Weiterbildungen nicht gewährleistet ist, halten wir es für richtig, dieses Feld nicht den Berufsverbänden und den Profitinteressen privater Anbieter zu überlassen.

den, was dazu geführt hat, daß bereits vor Ende des letzten noch laufenden Lehrgangs am Remscheider Institut das Duisburger Institut eröffnet wurde.

dg: Bisher war bei den Lehrgangsinhalten des Remscheider Instituts die Trägerschaft der ÖTV kaum zu bemerken. Die Inhalte unterschieden sich nur unwesentlich von denen anderer, z. B. katholischer und berufsständischer Träger. Wie ist das neue Institut in die Organisationsstruktur der ÖTV eingebunden?

Dielmann: Inwieweit sich gewerkschaftliche Positionen in den Lehrgangsinhalten des Remscheider Instituts niedergeschlagen haben, läßt sich von außen schwerlich beurteilen.

Grundlagen der Lehrgänge an beiden Instituten sind die Lehrgangsrichtlinien des Berufsbildungswerks des DGB, die allerdings bei der inhaltlichen Gestaltung der Lehrgänge einen gewissen Spielraum lassen, da es sich hier nur um allgemeine Richtlinien handeln kann.

Es gibt jedoch einen wesentlichen Unterschied in der Organisationsstruktur der Institute, der darin seinen Ausdruck findet,

fahrungen zu verstehen.

Wie der durch die Lehrgangsrichtlinien gegebene Rahmen ausgefüllt wird, hängt sehr stark vom Engagement und der Einstellung der haupt- und nebenamtlichen Dozenten ab. Wir sind bemüht, die Lehrgänge praxisnah zu gestalten und, wo immer dies möglich ist, gesellschaftspolitische Zusammenhänge zu verdeutlichen.

Hierbei stehen die struktur-, finanz- und berufspolitischen Probleme im Gesundheitswesen im Vordergrund, die selbstverständlich interessenbezogen diskutiert werden.

Konzeptionell verändert sich vor allen Dingen die enge Ausrichtung auf die Krankenpflegeberufe, dahingehend, daß verstärkt im Zuge des Ausbaus des Instituts auch berufsgruppenübergreifende Lehrgangsangebote gemacht werden sollen, die auch anderen Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitswesen Möglichkeiten einer intensiveren Fort- und Weiterbildung eröffnen.

dg: Das Arbeitsförderungsgesetz, das für Eure Fortbildungsteilnehmer die finanzielle Grundlage darstellt, ist in den letzten Jahren mehrfach geändert und verschlechtert worden. Jetzt weitet Ihr Euer Lehrgangs-

ÖTV Fortbildung anbietet

Das kann nicht bedeuten, daß wir deswegen unserer gewerkschaftlichen Aufgabe entzogen wären, uns weiterhin für staatliche Regelungen, auch im Weiterbildungsbereich einzusetzen, die nicht nur Dauer, Inhalt und Qualität der Weiterbildungslehrgänge festlegen und sichern müßten, sondern vor allem auch eine soziale Absicherung der Lehrgangsteilnehmer gewährleistet, die der Tatsache Rechnung trägt, daß es sich hier weder um Auszubildende handelt noch um Studenten, sondern um Teilnehmer, die sinnvollerweise bereits über einige Jahre Berufserfahrung verfügen und von daher auch in ihrem Lebensstandard abzusichern wären. Keine Frage, daß hierbei auch die Arbeitgeber, die ja in erster Linie Nutznießer dieser besseren Qualifizierungen ihrer Beschäftigten sind, auch in die Pflicht genommen werden müßten, die Weiterbildung selber finanziell zu garantieren und auch bei einer späteren Beschäftigung der nunmehr höheren Qualifikation der Betroffenen in einer entsprechend besseren Eingruppierung Rechnung tragen müßten.

dg: 1970 wurde das Fortbildungsinstitut für Krankenpflegeberufe in Remscheid in Trägerschaft der ÖTV gegründet. Warum wird dieses Institut jetzt geschlossen und in Duisburg neu eröffnet?

Dielmann: Mit der Neugründung des ÖTV-Fortbildungsinstituts für Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen in Duisburg finden jahrelange Bemühungen ihren vorläufigen Abschluß, die miffliche räumliche und ausstattungs-mäßige Situation des Fortbildungsinstituts für Krankenpflegeberufe in Remscheid zu verbessern.

Die Entscheidung, nach Duisburg zu gehen, mußte durch ein relativ günstiges Angebot der Stadt Duisburg, ein altes Schulgebäude zu mieten, auch recht kurzfristig gefällt wer-

den, was dazu geführt hat, daß bereits vor Ende des letzten noch laufenden Lehrgangs am Remscheider Institut das Duisburger Institut eröffnet wurde.

Diese Voraussetzungen sind zusätzlich zur fachlichen Qualifikation zu erfüllen und stellen sicher, daß die Beschäftigten des In-



Gerd Dielmann

stitut mit den gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der ÖTV vertraut sind und als Gewerkschaftssekretäre auch entsprechend in die Organisationsstruktur ihrer Gewerkschaft eingebunden sind.

dg: Welche konzeptionellen Änderungen in der Lehrgangsplanung und den Lehrgangsrichtlinien sind mit dem Ortswechsel verbunden?

Dielmann: Veränderungen in den Lehrgangsinhalten können sich nur im Rahmen der gemeinsam erarbeiteten BFW-Richtlinien bewegen und sind als Fortentwicklung unter Auswertung der bereits gemachten Er-

angebot noch aus. Steht damit der Fortbestand Eures Instituts nicht auf sehr wackeligen Füßen?

Dielmann: Eine Ausweitung des Lehrgangsangebots ist nur auf Grundlage des offensichtlich bestehenden Bedarfs verständlich und möglich.

Die in den letzten Jahren vorgenommenen Verschlechterungen der Förderung nach dem Arbeitsförderungsgesetz (AFG) sind allerdings sehr gravierend, haben jedoch nicht dazu geführt, daß dadurch die Durchführung von Lehrgängen gefährdet wäre. Dies ist jedoch für die Zukunft nicht auszuschließen. Die weitere Entwicklung hängt nicht zuletzt auch vom Engagement und der Kampfkraft unserer Gewerkschaft ab, hier weitere sozialpolitische Verschlechterungen zu verhindern und die Förderung von Teilnehmern an Weiterbildungsmaßnahmen endlich auf gesicherte Grundlagen zu stellen. Begrenzte Möglichkeiten bietet hier das nordrhein-westfälische Weiterbildungsgesetz, das allerdings auch häufigen Einschnitten unterworfen ist.

Solange eine gesetzliche Absicherung der beruflichen Weiterbildung nicht gegeben ist, sondern, im Gegenteil, mit weiteren Einschnitten bei der Förderung gerechnet werden muß, ist auch der Fortbestand des Instituts gefährdet. Ohne Teilnehmer, die auch bis zu einem gewissen Grad existenziell abgesichert sein müssen, macht auch das Vorhalten eines Weiterbildungsangebots keinen Sinn. Hier ist allerdings zu bedenken, daß es nach wie vor einen enormen Qualifikationsbedarf im Sozial- und Gesundheitsbereich gibt, der auch in irgendeiner Form abgedeckt werden muß.

dg: Wenn ich mir Euer erweitertes Angebot ansehe, fällt mir auf, daß sehr viele Themenstellungen genauso in den Pro-

grammen berufsständischer Organisationen wie dem DBfK stehen. Wollt Ihr mit Eurer Expansion dem DBfK das Wasser abgraben? Wodurch unterscheiden sich Eure inhaltlichen Vorstellungen von denen berufsständischer Organisationen?

Dielmann: Der Ausbau unseres Instituts verfolgt durchaus nicht den Zweck, dem DBfK oder anderen Berufsverbänden das Wasser abzugraben, sondern orientiert sich an den tatsächlich vorhandenen Qualifikationsbedürfnissen der Beschäftigten und der Einrichtungen. Bei den inhaltlichen Vorstellungen gibt es sicher eine Reihe von Übereinstimmungen, aber auch Unterschiede. Wesentliche Unterschiede sind die stärkere Ausrichtung an den Interessen der Beschäftigten selber, was sich darin äußert, daß nicht nur die Voraussetzungen und Möglichkeiten, die in der Person des Einzelnen liegen, die Versorgungsqualität zu erhöhen, verbessert werden, sondern auch die Rahmenbedingungen, unter denen der Beschäftigte zu arbeiten hat, berücksichtigt werden.

Den Blick auch auf die Arbeitsbedingungen zu richten, ist deshalb besonders wichtig, weil eine noch so gute »patientenorientierte« Qualifikation wenig hilft, wenn die Bedingungen ihre Anwendung nicht erlauben. Um es noch deutlicher zu sagen: Einer in Gesprächsführung besonders geschulten Krankenschwester und ihren Patienten nützt diese Qualifikation wenig, wenn sie nicht die Zeit hat, Gespräche zu führen. Vielmehr besteht die Gefahr, daß durch eine einseitige Qualifikation in dieser Richtung das ohnehin in Sozial- und Gesundheitsberufen weit verbreitete »schlechte Gewissen« sich verstärkt, was sich dann wiederum oft zu einer kurzen Berufsverweildauer, gerade der sensiblen und gut qualifizierten Kräfte, führt.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal zu Berufsverbänden ist der bereits erwähnte berufsgruppenübergreifende Ansatz, der insbesondere in der geplanten Lehrgangreihe »Psychoziale Grund- und Zusatzqualifikation für Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen« seinen Ausdruck finden wird. Dies ist eine Lehrgangskonzeption, die im Rahmen eines Forschungsprojekts, in Zusammenarbeit mit der Gesamthochschule Siegen, Professor Michael Regus, und der Gewerkschaft ÖTV erarbeitet wird.

dg: Den Lehrgang »Leitung des Pflegedienstes« nehmt Ihr in eurer neuen Planung wieder auf. Bildet Ihr hier nicht die Arbeitgeber von morgen aus?

Dielmann: Zweifellos kommen der Pflegeleitung im Rahmen der Krankenhaushierarchie arbeitgeberähnliche Funktionen zu. Es sind jedoch die Möglichkeiten einer engagierten Pflegedienstleitung nicht zu unterschätzen — wenn sie entsprechend qualifiziert ist — z. B. dem pflegerischen Dienst, etwa gegenüber den oft überbewerteten ärztlichen Diensten, die Bedeutung einzuräumen, die ihm tatsächlich in der Patientenversorgung zukommt.

Ferner ist es aus der Sicht der Beschäftigten gewiß positiv zu werten, wenn ihre Pflegedienstleitung sich für eine bessere personelle Ausstattung einsetzt, dies entsprechend begründen kann und auch in der Lage ist, den Pflegedienst so zu organisieren, daß die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten verbessert werden und eine gute Versorgung der Patienten gewährleistet ist. □

Wie man den Frauen

Claudia Bischoff: Frauen in der Krankenpflege

Vage Erinnerungen an »Barmherzige Schwestern« und die »Dame mit der Lampe« prägen das Bild von der Geschichte der Krankenpflege. Sittlichkeit, Weiblichkeit und Aufopferung bestimmen das Berufsethos. Die Wurzeln der »weiblichen Werte« sind deutlich in der Geschichte auszumachen.

Nur mit leisem Schaudern erinnere ich mich an das Fach »Geschichte der Krankenpflege« in meiner Ausbildung. Es bestand überwiegend aus einer Reihe von Jahreszahlen, die für wichtige Entdeckungen standen, und aus Lebensläufen von weisen Medizinern. Ich konnte keine Begeisterung aufbringen für das, was wir lernen mußten — wann entdeckte wer dieses oder jenes Stäbchen unter dem Mikroskop — und von der Krankenpflege selbst blieben mir nur barmherzige Schwestern und Miss Nightingale im Gedächtnis, die immer gütig und aufopfernd, mit leise rauschenden Schleiem durch endlose Reihen von Kranken schwebten. Die mit der Lampe in der Hand Trost spendeten, kühle Hände auf heiße Stirnen legten und insgesamt so selbstlos waren, daß es ganz natürlich schien, wenn niemand sich später an sie erinnerte.

Da die Wirklichkeit des Berufsalltags ganz anders war, sah ich keinen Zusammenhang zu heutigen Strukturen, hakte das Fach somit als »langweilig« ab.

Kein Wunder — wurde und wird doch die Geschichte der Krankenpflege meist geschrieben von den Medizinern, wenn überhaupt. Eine Einbindung der Krankenpflege in gesellschaftliche Realität oder Machtverhältnisse einer bestimmten Zeit findet nicht statt — als ob die Medizin und das Gesundheitswesen sich quasi im »freien Raum« entwickeln konnten.

Das Mittelalter z. B. war eben nicht nur die Zeit der Pflegeorden, sondern es war vor allem die Zeit der Bauernkriege, der Hexenverfolgung und das Zeitalter der Verdrängung der Frauen aus der Medizin. Der heute so oft unreflektiert übernommene Begriff des

In den christlichen Orden des Mittelalters pflegten und heilten Frauen die Kranken



»Frauenberufs Krankenpflege« hat seine historischen Wurzeln in dieser Zeit und findet seine endgültige Form erst im 19. Jahrhundert.

Dahinter stehen nicht etwa edle oder humanitäre Motive, sondern knallharte Interessenkonflikte.

Die Selbstlosigkeit, die Aufopferung, die Demut, das alles sind Zuschreibungen des 19. Jahrhunderts, die sich erst da untrennbar mit dem Frauenberuf Krankenpflege verbinden. Die bürgerlichen Frauenideale, mit denen man den Frauen ihre Rechtlosigkeit und die Beschneidung von persönlicher Freiheit verzuckerte, wurden plötzlich zu beruflichen Fähigkeiten hochstilisiert. So konnten die beginnenden Emanzipationsbestrebungen sehr bequem kanalisiert werden — in den so frauentypischen Beruf der Krankenpflege nämlich. Gleichzeitig konnten die Mediziner dadurch verhindern, daß die Frauen in ihren wissenschaftlichen, eben »männlichen« Bereich eindringen.

Die Medizin verabschiedete sich erst im 19. Jahrhundert endgültig von ihrer ganzheitlichen Tradition und etablierte sich zur Naturwissenschaft. Um dieser Wissenschaft ungehindert fröhnen zu können, mußte der diffuse, der körperliche, der menschlich-ganzheitliche Bereich einmal weiter gesichert sein und zum anderen delegiert werden. Was lag also näher, als eine »zuverlässige Beihilfe, eine rechte Hand des Arztes« (so Dr. Niese in der 45. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1872) zu schaffen, die all dieses weiter übernimmt, frohen Herzens sozusagen, weil es sowieso in ihrer Natur liegt?

Schwangeren sowie die Zahl der von ihr versorgten Kinder,

● Zahl der vorangegangenen Schwangerschaften und deren Beendigung,

● Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft,

● Art des Eingriffs und beobachtete Komplikationen,

● Ort der Vornahme des Eingriffs und im Falle eines Krankenhausaufenthaltes dessen Dauer,

● ggfs. den fremden Staat, in dem die Schwangere ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Der Name der Schwangeren darf nicht angegeben werden, auch auf den Namen des den Abbruch durchführenden Arztes wurde seit Juni 1977 verzichtet.

Obwohl nicht alle durchgeführten Abbrüche dem Statistischen Bundesamt mitgeteilt werden, kann, ohne allzu tief in die Statistik einzudringen, gesagt werden, daß nach einem anfänglichen Anstieg der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche seit 1979 annähernd konstante Zahlen vorliegen.

Der Anteil der medizinischen Indikationen wird im Laufe der Jahre immer geringer. Von 29 Prozent im Jahre 1977 sinkt er auf 16,7 Prozent im Jahre 1982. Eine ähnliche Entwicklung ist auch für den Anteil der psychiatrischen und eugenischen Indikation zu vermerken. Lediglich die kriminologische Indikation bleibt mit 0,1 Prozent im Laufe der Jahre 1977 bis 1982 konstant.

Einen sehr deutlichen Anstieg nimmt dagegen der Anteil der Schwangerschaftsabbrüche nach der Notlagenindikation. H. H. Bräutigam und D. A. Grimes schließen daraus: »Der in den Jahren seit der Reform des §218 StGB zu beobachtende Rückgang der allgemeinmedizinischen und psychiatrischen Indikation und der gleichzeitig zu beobachtende Anstieg des Anteils der Schwangerschaftsabbrüche aus Notlagen läßt vermuten, daß in den Jahren 1977 und 1978 häufiger hinter der medizinischen und psychiatrischen Indikation eigentlich eine Notlagenindikation verborgen war. . . . Es gibt keinen belegbaren Grund für die Annahme, daß in dem kurzen Zeitraum von 1977 bis 1982 sich der allgemeine Gesundheitszustand der weiblichen Bevölkerung der BRD so verbessert hat, daß seltener Schwangerschaftsabbrüche aus rein medizinischer Indikation erforderlich wurden. Die möglichen Vorbehalte der Ärzte einer Notlagenindikation gegenüber lassen sich auch bei der Indikationsstellung aus eugenischen Gründen vermuten. Der Rückgang der eugenischen Indi-

Schwangerschaftsabbrüche von 1977 bis 1982 nach der Indikation und dem Anteil an der Gesamtzahl (in Prozent)

Jahr	Anzahl	davon nach folgender Indikation:					
		(allg.- medizinisch)	psychiatr.	eugenisch	krimino- logisch	Notlage	unbekannt
1977	53 309	29,0	7,7	4,3	0,1	57,7	1,1
1978	73 548	22,9	5,0	3,7	0,1	67,0	1,2
1979	82 788	20,8	3,4	3,8	0,1	70,6	1,3
1980	87 702	20,1	2,8	3,5	0,1	72,2	1,3
1981	87 535	17,6	2,9	3,2	0,1	74,8	1,4
1982	91 064	16,7	2,6	2,5	0,1	76,9	1,2

kation von 4,3 auf 2,5 Prozent zwischen 1977 und 1982 ist angesichts der zahlreicher gewordenen Untersuchungen für pränatale Diagnostik (vorgeburtliche, vor oder während der Schwangerschaft, d. Red.) nicht verständlich. Zwischen 1976 und 1972 hat sich die Zahl der genetischen Untersuchungen in der Bundesrepublik verdoppelt.« (»Ärztliche Aspekte des legalen Schwangerschaftsabbruchs in der BRD und in den USA« von Hans Harald Bräutigam und David A. Grimes, 1984).

Der hohe Anteil der Notlagen-Indikation gibt Aufschluß über die Lage der Frauen in der BRD. Keine Frau läßt leichtfertig einen Abbruch durchführen, aber aufgrund mangelnder oder fehlerhafter Verhütungspraxis, eines sich aus der Verantwortung ziehenden Partners, schwerer psychischer Konflikte oder sozialer Armut müssen sie diese Notbremse ziehen. Und das, obwohl viele erstaunlich gut über Komplikationen informiert sind (Ver-

letzungen, Blutungen, Infektionen, Thrombose und evtl. Sterilität), nicht zu vergessen die schwerwiegenden, z.T. lange bestehenden psychischen Probleme nach dem Abbruch.

Nach wie vor ist das Angebot an Beratungsstellen und vor allem auch an Ärzten, die zu einer Indikationsstellung oder zum Abbruch bereit sind, regional sehr unterschiedlich. Vor allem in ländlichen, katholischen Gebieten wird der Versuch, legal die Schwangerschaft abbrechen, zu einem Wettlauf mit der Frist. Angesprochen fühlen sich — und werden — aber häufig nur die Gynäkologen. Die Entscheidung aber darüber, ob eine Notlage vorliegt, ist beileibe keine gynäkologische Spezialität.

Überhaupt läßt sich die Notlage, in der die Frau sich befindet, schwerlich »objektiv« definieren. Auch mit dem Blick auf den Lohnstreifen läßt sich nicht diagnostizieren, ob eine Notlage vorliegt. Aber selbst Ärzte, die bereit

sind, die Entscheidung der Frau zu akzeptieren, sind über ihre gesetzlichen Kompetenzen oft gar nicht informiert.

Abtreibungen an sich können nicht verhindert werden, es hat sie immer gegeben und wird sie immer geben. Es gilt nur, die Bedingungen zu ändern, damit weniger Komplikationen entstehen und der Kriminalisierung ein Ende gemacht wird.

Die Zahl der medizinischen Indikationen könnte durch eine bessere medizinische Betreuung, durch Aufklärung und Vorsorge verringert werden. Eine Frau, die wegen einer Erkrankung Medikamente einnehmen muß, die bei möglicher Schwangerschaft schädigend auf das Kind wirken könnten, muß über Verhütung informiert werden. Nur so kann den Frauen die Tortur des Abbruchs genommen oder — wenn sie die Schwangerschaft doch austrägt — die Gefahr von Komplikationen genommen werden. □

So, und jetzt nochmal für alle:

§218 Abbruch der Schwangerschaft. (1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter

1. gegen den Willen der Schwangeren handelt,
2. leichtfertig die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung der Schwangeren verursacht.

Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§68 Abs. 1 Nr. 2)

(3) Begeht die Schwangere die Tat, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe. Die Schwangere ist nicht nach Satz 1 strafbar, wenn der Schwangerschaftsabbruch nach Beratung (§218b Abs. 1 Nr. 1, 2) von einem Arzt vorgenommen worden ist und seit der Empfängnis nicht mehr als zweiundzwanzig Wochen verstrichen sind. Das Gericht kann von einer Bestrafung der Schwangeren nach Satz 1 absehen, wenn sie sich zur Zeit des

Eingriffs in besonderer Bedrängnis befunden hat.

(4) Der Versuch ist strafbar. Die Frau wird nicht wegen Versuchs bestraft.

§218a Indikation zum Schwangerschaftsabbruch. (1) Der Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt ist nicht nach §218 strafbar, wenn

1. die Schwangere einwilligt und
2. der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(2) Die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 gelten auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis

1. dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge

einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann,

2. an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§176 bis 179 begangen worden ist und dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht, oder der Abbruch der Schwangerschaft sonst angezeigt ist, um von der Schwangeren die Gefahr einer Notlage abzuwenden, die
 - a) so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann, und
 - b) nicht auf eine andere für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(3) In den Fällen des Absatzes 2 Nr. 1 dürfen seit der Empfängnis nicht mehr als zweiundzwanzig Wochen, in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 2 und 3 nicht mehr als zwölf Wochen verstrichen sein.

das die internationale Diskussion stark beeinflussen wird. Im April 1983 unterzeichnete Präsident Reagan ein Gesetz, wonach die Krankenhäuser in Zukunft feste Preise je Krankenhausfall erhalten. Für jede von 467 möglichen Krankheitsarten wird unabhängig von der Verweildauer und der

Höhe der tatsächlichen Kosten nur noch ein im voraus festgelegter Preis erstattet. Erste Erfahrungen deuten an, daß die Rechnung der Kostendämpfer aufgehen könnte. Die Verweildauer sank in den ersten Monaten des Jahres 1984 auf 6,7 Tage, die Beladung der Betten ging auf 69

Prozent zurück. Die Kostenentwicklung hat sich stark abgeflacht. Auf diese Entwicklung werden die Krankenhäuser mit Kapazitätsanpassungen und Rationalisierungsmaßnahmen bis hin zum Zusammenschluß zu größeren Betriebseinheiten reagieren müssen.

Blieben die amerikanischen Erfahrungen positiv, so werden sie die bundesdeutsche Kostendämpfungsdiskussion beeinflussen. *Eckhard Westphal*

Dr. Eckhard Westphal ist Leiter der Abteilung Krankenhäuser, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel im Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO).

Richtig sauer

Krankenschwestern wollen nächsten »Medizinischen Kongreß« mitgestalten

nm - Die Friedensbewegung im Gesundheitswesen ist ärztelastig. Vor allem Krankenschwestern wollen die akademische Dominanz knacken.

»Wir warnen vor dem Atomkrieg.« Unter dieser Formel wird im November der fünfte medizinische Kongreß zur Verhinderung des Atomkriegs über die Bühne gehen. Daß nicht nur, wie auf den vorhergehenden Kongressen, die »Ärzte warnen«, liegt vor allem an der Initiative einiger Krankenschwestern, die sich von der Form der früheren Kongresse wenig angesprochen fühlten. Eine Gruppe von nichtärztlichen Mitarbeitern der Friedensinitiativen im Gesundheitswesen traf sich im November in Münster, um das mittlerweile geänderte Motto mit Inhalt zu füllen.

Obwohl die »Medizinischen Kongresse« von den Friedensinitiativen im Gesundheitswesen ausgerichtet werden, die allen Berufen in der Branche offenstehen, ging es auf den Großveranstaltungen bisher immer betont ärztlich zu. »Ich war richtig sauer«, gestand eine Krankenschwester aus Münster, die in diesem Jahr zum ersten Mal zum Kongreß gefahren war: »Alles war auf die Ärzte abgestimmt: die Reden, die Unterschriftenlisten, das Motto, das Askulap-symbol.« Viele ihrer Kolleginnen und Kollegen waren erst gar nicht gekommen: sie hatten sich nicht eingeladen gefühlt.

Die Teilnehmer des Münsteraner Treffens wollen vor allem die Ärztedominanz in der Friedensbewegung des Gesundheitswesens abbauen helfen. Dabei soll es nicht gegen die Ärzte ge-

hen: Eher ist an eine Art »Binnenstruktur« zu denken, wo sich die Krankenschwestern und die anderen Berufsgruppen auch mal extra treffen — in Münster gibt es seit einiger Zeit eine Krankenpflegegruppe innerhalb der Friedensinitiative, die sich alle vierzehn Tage trifft. So könnte auch Nichtärzten bessere Gelegenheit gegeben werden, überhaupt zu einer solchen Gruppe zu stoßen. Klar, daß häufig auch nicht nur im vordergründigen Sinne »friedensbewegte« Themen zur Sprache kommen. — Auch innerhalb der gemischtberuflichen Initiativen dominieren häufig noch die Ärzte; die Hierarchie der Klinik setzt sich nach Feierabend fort.

Hierarchie im Gesundheitswesen ist auch eines der Themen, das die etwa 20 Teilnehmer des ersten Treffens sich zur Bearbeitung vorgenommen haben. Eine Gruppe wird sich mit der Hierarchie als »struktureller Gewalt« auseinandersetzen, die ihre Rolle nicht nur im Krankenhaus, sondern auch bei der Organisation des Militärs und in der Zivilschutzplanung spielt. Unter dem Stichwort »Vom ‚Ich dien‘ zum ‚Ich will‘« soll das Ethos des Krankenpflegeberufs kritisch untersucht werden, das der militärischen Tugend des Gehorchens entspricht und das vor allem der Funktion des Krankenpflegepersonals in zivilmilitärischer Planung entgegenkommt.

Die meisten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe sind Frauenberufe — auch dieser Umstand steht im Zusammenhang mit Hierarchie und Gehorchen. Mit den besonderen Konsequenzen dieser Tatsache wird sich eine andere Arbeitsgruppe befassen. Weitere Themen, zu denen schon auf dem nächsten Treffen Ende Januar referiert werden soll, sind die Geschichte der Krankenpflege — die ja zu einem wesentlichen Teil die Geschichte der Kriegsrankenpflege ist —, der Zusammenhang

zwischen Sozialabbau im Krankenhaus und Hochrüstung, das Zivilschutzgesetz — die Berufsverbände sollen nach ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf befragt werden —, konkrete Vorstellungen zu einer zukunftsorientierten Arbeit und, wie es heißt, mögliche und (noch) unmögliche Widerstandsformen in der Krankenpflege.

Die vorbereiteten Themen sollen auf dem nächsten »Medizinischen Kongreß« einen angemessenen Platz finden. Vorgesehen sind zwei größere Vorträge am Samstagvormittag sowie eine Diskussion in Arbeitsgruppen am Nachmittag mit anschließendem Treffen im Plenum. Auch optisch soll die Dominanz der Ärzte geknackt werden: Poster und Stellwände sollen verdeutlichen, daß sich nicht nur die studierten Mediziner den Kriegsvorbereitungen im Gesundheitswesen entgegenstellen.

Weitere wichtige Anregungen auf dem Treffen waren, die Eintrittsgelder stärker zu staffeln und den Samstag zum »Tag der Offenen Tür« zu erklären, um möglichst vielen Interessenten eine Teilnahme zu ermöglichen.

Anfang des Jahres soll auch eine Anzeigenaktion in Fachzeitschriften für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe anlaufen. Einiges an Geld wurde bereits auf dem Gesundheitstag für diesen Zweck gesammelt.

Das nächste Treffen soll am 26. und 27. Januar in Münster stattfinden (Beginn 12 Uhr). Es steht zu hoffen, daß sich dazu mehr als die zwanzig Teilnehmer vom letzten Mal — immerhin jedoch Gruppen und Einzeln aus Bochum, Duisburg, Gelsenkirchen, Hamburg, Mainz, Schmallingenberg und Münster — zum Mitmachen aufraffen.

Kontakt zu der Initiative kann hergestellt werden über: Dorothee Koch, Heerdestr. 18, 4400 Münster □



Mit großem Tamtam wurde vor einem Jahr in Berlin das »Kontakt- und Informationszentrum für Selbsthilfegruppen« ins Leben gerufen. Ein Arrangement zwischen CDU-Senat und Alternativbewegung?

Zwei Berliner Sozialwissenschaftlerinnen untersuchten für dg, was daraus wurde.

In der »Hauptstadt der Selbsthilfegruppen« rebelliert's: Gruppen um SEKIS drängen auf die Verwirklichung der Arbeitskonzeption dieser Kontakt- und Informationsstelle und wollen der DPWV-Trägerschaft — angeblich eine Interimslösung — ein Ende bereiten. Zu diesem Zweck schreiten sie zur Gründung der Berliner Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, kurz BAS genannt, und fordern fürs erste die Konstituierung des ausdrücklich vorgesehenen Beirats als Interessenvertretung der Selbsthilfegruppen gegenüber der Einrichtung SEKIS und dem Träger.

Die Fortbildungsmodalitäten der Anlauffinanzierung, die Stellenpauschale mit ihrer Ausschaltung von Tarifrechten und die Bildung dezentraler, bezirklicher »Service-Stationen« für Selbsthilfegruppen sind nicht nur die drei Schwerpunkte der gegenwärtigen Auseinandersetzung zwischen Staat und Gruppen. Vielmehr weisen sie auf den schleichenden Aufbau einer billigen Konkurrenz zu dem ausgepowerten und

Konsequenzen zeigt die zumindest finanzielle, wenn nicht auch politische Verzahnung von konservativer Sozialpolitik durch den CDU-Senat und Alternativszene bzw. Selbsthilfebewegung?

Wer in Berlin heute noch über die aktuellen Ereignisse und Aktivitäten dieser neuen Einrichtung informiert ist, muß schon in irgendwelcher Weise zur »Scene« gehören. Die »Scenes«, damit ist das alternative Berlin angesprochen, die zahlreichen Alternativprojekte, Initiativen oder -gruppierungen. Dazu zählen auch jene, die mit der »Scene« beschäftigt sind, sei es professionell, wie zahlreiche Sozialarbeiter und sonstige Angehörige sozialer und helfender Berufe oder aber wie die mittlerweile nicht unbeträchtliche Zahl von Wissenschaftlern, denen es (wie uns selbst) obliegt, natürlich immer ein bißchen zu spät, aber gerade noch rechtzeitig über soziale und politische Brennpunkte informiert zu sein.

Doch auch Vertreter verschiedenster politischer Organe gehö-

Ausland scheint das »Modell SEKIS« mittlerweile vorgestellt worden zu sein, und fast erweckt es Außenstehenden den Eindruck, als sei die Beteiligung an diesen Aktionen die Hauptbeschäftigung der Mitarbeiter in diesem ersten Jahr gewesen.

Doch in den öffentlichen Medien Berlins ist es nach anfänglicher Berichterstattung über die Eröffnung ausgesprochen ruhig im SEKIS geworden. Denn SEKIS ist den Weg nach innen angetreten, beschäftigt mit sich selbst und der eigenen organisatorischen und institutionellen Struktur. Angetreten war SEKIS unter einem anderen Motto.

SEKIS sollte für die Selbsthilfegruppen da sein, sozusagen als Serviceeinrichtung für jegliche Initiativen, die auf Selbsthilfe basieren. SEKIS wollte diese Initiativen in ihren Belangen unterstützen, einerseits ihr Sprachrohr werden, andererseits mit Informations- und Erfahrungsaustausch zur Vernetzung und Kooperation anregen und mit praktischer Hilfe die Gründung neuer Initiativen ermöglichen. Darüber hinaus sollte SEKIS Anlaufstelle

die Selbsthilfegruppen nicht informiert waren, gekündigt wurde. Auch die nachfolgenden Ereignisse mehrten solche Zweifel. Aufgrund der bei SEKIS offensichtlich herrschenden Personalkonflikte gab der Träger seine Zurückhaltung hinsichtlich der Gestaltung der neuen Stelle auf und griff aktiv in die Geschmisse ein, abermals ohne Zustimmung der beteiligten Gruppen.

Die Geschäftsführung wurde insoweit hierarchisiert, daß SEKIS nun einen »Chef« erhielt, dem aus der leitenden Mitarbeiterschaft des DPWV-Landesverband Berlin stammend, die offizielle Leitung von SEKIS nunmehr letztendlich obliegt. Daß dieses Verhalten vor dem Hintergrund des institutionellen Geflechts möglich und vielleicht konsequent oder am Ende gar, juristisch betrachtet, erforderlich war, sei dahingestellt. Tatsache ist, daß es die ursprüngliche Zielsetzung, Einrichtung von den für die Selbsthilfegruppen zu sein, ad absurdum führt.

Dieser Verdacht erhärtet sich auch angesichts der Tatsache, daß bei den Entscheidungen für die Nachfolge der beiden entlassenen Initiatoren der erarbeitete Besetzungsvorschlag der Selbsthilfegruppen übergangen wurde und die Stellen mit anderen Bewerbern nach dem Gusto des Trägers und auch der bisherigen SEKIS-Mitarbeiter besetzt wurden. Das Votum der Selbsthilfegruppen wurde erneut ignoriert. Dieser so massive Rückgriff auf institutionelle Strukturen, Argumentations- und Handlungsweisen und vor allem Machtpositionen stimmt nach-

Wer ist für wen da?

für »Betroffene« — um es im Jargon zu sagen — bzw. für jedwede Hilfe- und Ratsuchenden sein, wollte diesen auf dem Weg zur »richtigen« Selbsthilfegruppe oder auch entsprechenden amtlichen Stelle für ihr Anliegen behilflich sein. Diese Aufgabe läßt

Politiker helfen sich selbst

Das Selbsthilfezentrum SEKIS in Berlin

machtlosen öffentlichen Gesundheitsdienst, dessen Reaktivierung und Umstrukturierung im Sinne einer gemeindenahen Versorgung die politisch logische Konsequenz wäre. Führen wir uns das Lehrstück vor Augen.

Vor gut einem Jahr wurde in Berlin die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen, SEKIS, aus der Taufe gehoben.

Es ist dies die erste zentrale Anlaufstelle für Selbsthilfegruppen, die offiziell gefördert wird — in Berlin aus dem kurzfristig geschaffenen Selbsthilfetopf des Senats. Welche Erfahrungen wurden hier in dem ersten Jahr der Existenz gesammelt? Welche

ren dazu. Hier suchen sie in diesem selbst kreierte Schonraum und immer unter Hinzuziehung des Rampenlichts der Öffentlichkeit den Dialog mit den neuen Bewegungen »von unten«. Das trifft insbesondere für den Berliner Gesundheitssenat zu, der sich mit der finanziellen Förderung von SEKIS sein Alibi geschaffen hat, mit dem er vermeintlich fortschrittliche Haltung in Sachen Sozialpolitik demonstrieren kann — wie die mit SEKIS kooperierenden Selbsthilfegruppen und auch SEKIS selbst dies inzwischen zu beklagen wissen. Unmengen von offiziellen politischen oder sonstigen institutionellen Vertretern aus dem In- und

sich auch als praktische Vernetzung beschreiben. Um ihr gerecht zu werden, verfügt SEKIS mittlerweile über sechs, bald sieben weibliche Mitarbeiter und einen Geschäftsführer.

Aber wie sind die erstgenannten Aufgabenbereiche realisierbar, wenn unklar bleibt, ob SEKIS wirklich eine Einrichtung für die Selbsthilfegruppen ist oder ob diese gar am Ende für SEKIS da sind?

Diese Zweifel stellen sich insbesondere angesichts der Personalpolitik in dieser neuen Stelle. Nicht allein, daß den zwei Initiatoren Weihnachten 1983 in einer recht plötzlichen Aktion, von der

denklich. Ist er der eigenen Etablierung geschuldet oder sind die soeben beschriebenen Vorgänge Resultat dessen, daß hier eine Stelle neu geschaffen wurde, ohne — wie dies für KISS in Hamburg der Fall ist — auf gewachsenen Strukturen zu basieren?

Vielleicht drückt sich hier praktisch aus, was Folge des komplizierten organisatorischen Geflechts um SEKIS herum ist.

Versucht man das Modell SEKIS zu verstehen, so heißt es, einiges an Verwirrungen zu entflechten. SEKIS verkörpert heute einen Apparat, dem es an Einsehbarkeit und Durchlässigkeit mangelt und der in seinen Potenzen posi-

tiver und negativer Art nur schwer einschätzbar ist. Es steht zu befürchten, daß hier Strukturen reproduziert werden, die Mitbestimmung und Kooperation seitens der Basisinitiativen kaum ermöglichen und vor allem zur Ausgrenzung jener führen, die von solcherlei Strukturen abgeschreckt werden, und das sind nicht zuletzt die ehemals benachteiligten Bevölkerungsgruppen, diejenigen, die das offizielle Versorgungssystem aufgrund seines unüberschaubaren Geflechts und der Fülle unterschiedlicher Anlaufstellen meiden und — trotz vorhandener Notlagen — durch das Netz der Versorgung fallen.

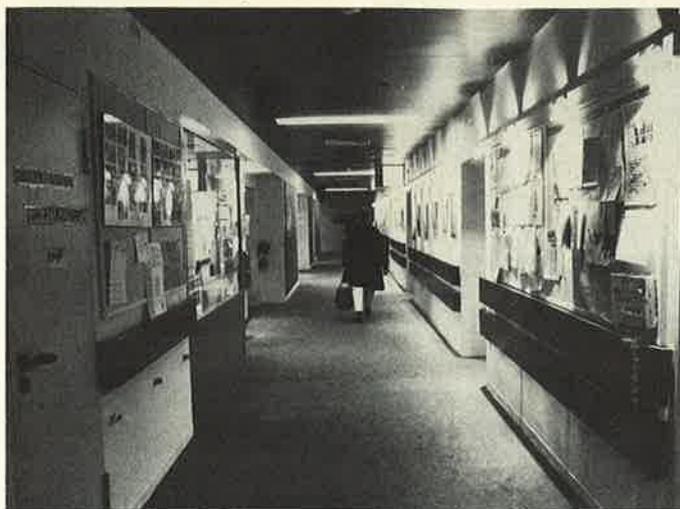
Führen wir uns das organisatorische Geflecht um SEKIS herum vor Augen: Beteiligt ist der Berliner Senat. Er finanziert SEKIS mit einem jährlichen Etat von 480000 Mark, wobei die Dauer der Finanzierung im unklaren gelassen wird. Für die Finanztransaktion — mitunter heute in etwas anderen Zusammenhängen »Wachstum« genannt — mußte ein Träger gefunden werden, eine Institution, die ein eminentes Interesse hat, den »Kopf hinzuhalten« und die Verantwortung für den ordnungsgemäßen Verlauf des Vorhabens zu übernehmen. Im DPWV wurde dieser Träger gefunden, befremdlicherweise nicht allein im DPWV-Landesverband Berlin, sondern in dessen in Westdeutschland angesiedeltem Gesamtverband und seinem Paritätischen Bildungswerk.

Jedoch ist SEKIS keine eigenständige Organisation, etwa ein eingetragener Verein, der als solcher Mitglied in diesem Verband wäre und damit über eine gewisse Autonomie verfügen würde. SEKIS wird als Einrichtung des

Autonomie von oben

DPWV betrieben, und so erklärt sich, warum der Rückgriff auf das institutionelle Machtgefüge unter Einschluß der Etablierung von hierarchischen Strukturen formal betrachtet überhaupt möglich ist. Natürlich ist auch »geplant«, dieser neuen Stelle irgendwann autonomen Charakter zu verleihen. Aber Autonomievergabe von oben — gibt es das überhaupt?

Warum betonen wir diesen Punkt des Autonomieverlusts bzw. des Eingriffs des Trägers so penetrant? Den meisten der beteiligten Selbsthilfegruppen ist bislang nicht klar, in welchem Verhältnis die doch vermeintlich für sie geschaffene Stelle zum



Die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen ist in einem ehemaligen Krankenhaus untergebracht

Fotos: Ali Paczensky



Trägerverband steht, und sie begreifen das Gebaren der Mitarbeiter und des Verbandes nicht oder nicht mehr. Nach anfänglicher Verwunderung hat sich nach den Ereignissen um die Personalentscheidungen bei einigen der Gruppen großer Ärger eingestellt.

Weitere Instanzen — wir übersehen die Geschäftsführungskommission und den Beirat — in dem Geflecht sind die SEKIS-Mitarbeiter und das Plenum. Im Plenum tagen die beteiligten Gruppen und die SEKIS-Mitarbeiter, diskutieren dort Belange der SEKIS-Arbeit (z.B. Personalentscheidungen, Raumvergaben, Beteiligung an Aktionen der Öffentlichkeitsarbeit für SEKIS und die Selbsthilfe etc.) und der Selbsthilfebewegung. Hier findet die praktische Vernetzungsarbeit statt. Entscheidungs berechtigt ist dieses Gremium nicht. Auch kann es keinerlei Kontrollfunktion oder dergleichen ausüben. Im Plenum können anstehende Probleme diskutiert, einheitlicher Meinungsbildung unterworfen und in Entscheidungen transformiert werden, Entscheidungen, die weder bindenden Charakter haben, noch als Empfehlungen

ernst genommen werden. Betrachtet man die Befugnisse dieses Gremiums, so stellt sich abermals die Frage, wer für wen?!

Dem Plenum selbst sind die verschiedenen Selbsthilfegruppen nachgeordnet. Die Unüberschaubarkeit setzt sich auf dieser Ebene dadurch fort, daß neben den »reinen« Selbsthilfegruppen eine Reihe von halbproufessionellen Gruppen entstanden sind, die zum Teil unabhängig arbeiten, zum Teil aber auch institutionell gebunden sind und in einem mehr oder minder klaren Verhältnis zu SEKIS stehen. Es offenbart sich hier eine andere Quelle von Verwirrungen, ebenfalls angetan, zur Komplizierung des Organisationsgeflechts zu führen. Viele der Gruppen (und Organisationen), die heutzutage unter dem Motto »Selbsthilfe« antreten, sind nicht erst im Rahmen der neuen Selbsthilfebewegung entstanden. Einige Jahre zuvor haben sie sich durchaus unter anderem Vorzeichen engagiert. »Selbsthilfe« gerinnt mehr und mehr zu einem Etikettenschwindel, der zumimmt, seit die Selbsthilfebewegung an Prestige gewinnt und Möglichkeiten der Finanzierung eröffnet.

Da finden sich Professionelle oder Semi-Professionelle, die eine Chance sehen, ihre berufliche Tätigkeit um einen interessanten Bereich zu erweitern, Professionelle, die als betroffene Selbsthilfer sich selbst einen Arbeitsplatz schaffen, oder Organisationen,

Profis: Per Selbsthilfe zum Arbeitsplatz

die schon über ein stattliches Maß an gesellschaftlichem Status verfügen, aber hier die Möglichkeit wittern, ihr Handlungspotential auszudehnen.

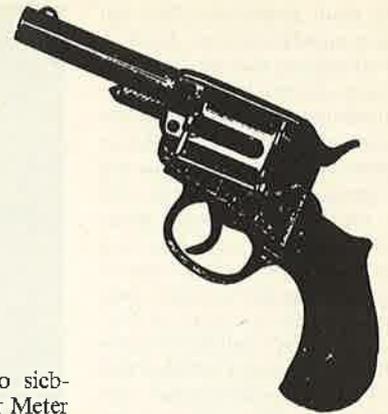
Einem Resümee der einjährigen Existenz von SEKIS haftet bitterer Beigeschmack an. Scheinbar alles, was da zu Beginn an Vorstellungen herrschte, hat sich mit dem Versuch der Realisierung in sein Gegenteil verkehrt.

Zwischen den konservativ jungdynamischen Ansprüchen des Senats und dem neuen »kämpferisch-alternativen« Selbstverständnis des DPWV hin und her geschaukelt und zerrieben, ist das SEKIS-»Team« in Bedrängnis geraten. Selbst ohne eigenes festes Konzept — dazu bestand keine Zeit —, unter Erfolgsdruck stehend und auf gute Einfälle hoffend, geriet es zum bloßen Ausführungsorgan der einen oder der anderen Stelle. Die Selbsthilfebewegung, die es zu unterstützen gegolten hätte, wurde ihrer Entfaltungsmöglichkeiten beraubt und die ansonsten so wohlwollende Eigenverantwortung in Schranken verwiesen. Eine Zersplitterung zeichnet sich ab und könnte in absehbarer Zeit nur diejenigen Gruppen im Dunstkreis von SEKIS übriglassen, die keine Schwierigkeiten haben, ihr Verständnis von Selbsthilfe mit der aufwendig propagierten Finkschen »Hilfs-Bereitschaft« oder dem Geißlerschen »Aufgabenfeld der Selbsthilfegruppen« in Einklang zu bringen. Den nicht so begeisterungsfähigen, den zögernden bis störrischen Gruppen jedenfalls wird das versprochene SEKIS e.V. in eigener Regie und Trägerschaft nicht so bald angeboten. Denn dies würde sowohl dem freien Träger um seine Vorrechte als auch dem Senat um ein Erprobungsinstrument neuer Subsidiaritätspolitik bringen.

Doris Schaeffer
Monique Kriescher-Fauchs

Monique Kriescher-Fauchs und Doris Schaeffer sind Sozialwissenschaftlerinnen und Mitarbeiterinnen der Projektgruppe Selbsthilfe im Krebsnachsorgebereich am Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin.

(Un-)Konventionelle Waffen



»Konventionalisierung« bringt noch schlimmere Waffensysteme hervor

wp · »Konventionelle Bewaffnung« — das Stichwort in den Kriegsvorbereitungen des vergangenen Jahres läßt an Hellebarden und Musketen denken. Was sich wirklich hinter dem beschönigenden Etikett verbirgt, kann das Grausen lehren.

»Anders als Korea oder der Mittlere Osten befinden sich die Nationen Europas nicht im Krieg, und ihre Menschen sind genausowenig bereit, ihre Grenzen zu befestigen, wie die Menschen in Texas oder in Nord-Dakota.« Diese Einsicht des Pentagon hinderte freilich maßgebliche militärische Planer in den USA nicht, eine unterirdische Sprengstoffpipeline an der innerdeutschen Grenze vorzuschlagen. In zwei Meter Tiefe verlegte Rohre sollten »im Kriegsfall« mit dem flüssigen Sprengstoff Nitromethan gefüllt und zur Explosion gebracht werden, um so die feindlichen Panzer aufzuhalten. Das Bundesverteidigungsministerium dementierte eilig: »Abwegig.« Freilich experimentiert die Bundeswehr seit zwei Jahren selbst mit dem Flüssigsprengstoff: Plastikrohre, in zwei Meter

Tiefe verlegt, konnten so sechzehn Meter breite und vier Meter tiefe Löcher reißen.

Die vehemente Absage an den unterirdischen Sperrgürtel fällt der Bundeswehr leicht; bekommt sie doch in den nächsten Jahren genügend neue Waffen, um die Bundesrepublik einzuebrennen. »Konventionalisierung« heißt das magische Wort; gemeint sind damit flächenzerstörende Waffen mit oft nuklearähnlicher Gewalt.

Eine der neuen Waffen ist die MW-1, die Mehrzweckwaffe 1. Hier hat sich deutsche Technologie mit US-amerikanischer Erfahrung gepaart. Nach dem Prinzip der Traubenbomben und Streuminen, die die USA in Vietnam eingesetzt hatten, hat Messerschmidt-Bölkow-Blohm (MBB) in München eine Waffe entwickelt, die weltweit den Tor-

nado rüsten soll. Unter dem Bauch des Tieffligers befestigt, kann die MW-1 bis zu 4000 Kleinbomben und -minen ausstoßen, die eine Fläche von 500 Metern Breite und 2,5 Kilometern Länge unpassierbar machen. »Zielgenau und flächendeckend« wird so »area denial« betrieben, d. h. die bombardierten Landstriche sind für den Gegner unpassierbar, und er muß Umwege gehen.

Die Submunition, mit der die MW-1 bestückt wird, ist bereits mannigfaltig vorhanden: Da gibts die Kleinbombe KB 44, die wegen ihrer »zusätzlichen Splitterwirkung« auch sehr gut gegen »ungepanzerte bzw. ungeschützte Ziele«, so militärische Fachzeitschriften, geeignet ist. Sie bringt also hervorragend Menschen um.

Die Flachmine MIFF explodiert dagegen, wenn ihr Sensorsystem einen vorbeifahrenden Panzer hört. Ebenfalls gut gegen »halbharte und ungepanzerte Ziele« wirken die »area-denial-Minen« (also »Flächensperrwaffen«) MUSPA und MUSA. Hat die letztere einen Zeitzünder, so arbeitet die erstere mit einem Sensor, der auf rollende und startende Flugzeuge sowie Pistenreparaturfahrzeuge anspricht.

Ideal sind beide Minen in Kombination mit der Startbahn-bombe STABO, die Flugzeugpisten alle zweihundert Meter in voller Länge aufreißt. Die Kombination von STABO mit MIFF, MUSPA und MUSA verhindert, daß Menschen sich zur Reparatur auf die zerstörten Pisten wagen können.

Flugzeuge in Bunkern kann die Anti-Shelter-Waffe ASW zerstören, die noch sieben Meter dicke Erdaufschüttungen durchschlägt und erst dann explodiert.

Um den Faktor 7 übertrifft die Münchner MW-1 bisher gebräuchliche Bombenmunition in ihrer Zerstörungskraft. Wenn in den nächsten Jahren noch »intelligente« Submunition eingeführt wird, steigt die Zerstörungskraft gar auf das Vierzigfache. Ähnliche »Erfolge« hatten die USA auch



schon in Vietnam mit den Verfahren der MW-1: Innerhalb von zwei Jahren nach Beginn der großflächigen Bombardements mit Traubenbomben stieg der Anteil der dadurch verursachten vietnamesischen Verluste auf 50 Prozent.

»System des Soldaten«, preist der Hersteller, »schlagkräftigste Artilleriewaffe der neunziger Jahre«, assistiert die Bundeswehr. Gemeint ist beide Male MARS (Mittleres Artillerie-Raketensystem; engl. MLRS), ein Raketenwerfersystem, das ab 1987 bei der Bundeswehr eingeführt wird. Mit den zweihundert MARS-Werfern (mit je 12 Rohren) können dann in weniger als einer Minute 2400 Raketen abgefeuert werden. Bis in dreißig Kilometer Entfernung ist auch hier »zielgenaue Bekämpfung« wie »großflächige Absperrung« möglich. Damit auf jeden Fall das letztere klappt, hat die Bundeswehr schon 85 000 Raketen geordert.

In Vietnam erprobt

Mit jeder der zwölf Raketen eines Wersers können noch einmal 8000 Kleinbomben transportiert werden. Bereits vorhanden sind die MARS-Werfer bei der US-Army in Grafenwöhr; groß ist dort das Lob: Mit den neun bisher vorhandenen Werfern könne eine Feuerkraft erreicht werden wie mit 324 bisherigen Haubitzen des Kalibers 203. 360 000 Raketen haben deshalb die USA auch gleich für die Serienproduktion eingepflanzt.

Scheinbar noch nicht bei der Bundeswehr eingeführt werden die neuen Flamm-Explosivgeschosse, wie sie erstmals ebenfalls in Vietnam getestet wurden. Ein Brennstoff-Gaswolken-Munition »der zweiten Generation«, wie wahrscheinlich auch die »Vakuumbomben«, der Israelis in Beirut, ist die »Fuel Air Explosives II« (FAE-II): Propylenoxid vermischt sich mit Luft und wird dann zur Explosion gebracht. Militärische Fachleute preisen die »raumfüllende, großflächige Wirkung, die in der Nähe des Nullpunktes kernwaffenähnliche Druck- und Luftstoßwirkung erreicht.«

Zu grundsätzlich neuen Munitionstypen zählen wie die FAE-II auch »selbstschmelzende Fragmente«: Metallscheiben, die beim Bersten der Untermunition zu konischen Projektilen werden und gleichermaßen gegen »gepanzerte« wie »ungeschützte« Ziele (sprich Menschen) erfolgreich sind.

»Skeet« ist eine derartige Munition, die obendrein auch schon



Aus Brechts »Kriegsfiabel«

»intelligent« ist: Wird sie z.B. aus der Mehrzweckwaffe MW-1 ausgestoßen, so taumelt sie zu Boden und sucht mit ihrem Infrarotsensor panzertypische Wärmebilder. Bei Ortung eines Zieles wird der Gefechtskopf zur Detonation gebracht, und aus dem »Skeet« bildet sich ein Projektil, das einen Panzer zerstören kann. Wird kein Ziel geortet, erfolgt die Explosion in vorprogrammierter Höhe als Splitterwaffe, so daß in erster Linie »Weichziele« umgebracht werden. Aus dem Werfer MARS können immerhin mit einer Salve von zwölf Raketen 288 Stück »Skeet«-Munition verschossen werden. Gegen Bodentruppen eingesetzt, frohlocken die Militärs, wird damit das »Vernichtungspotential von Nuklearwaffen« erreicht. Gegen die Zivilbevölkerung natürlich auch.

Ähnlich »intelligent« ist »Copperhead«, die mit MARS wie auch mit jeder üblichen 155-Millimeter-Haubitze verschossen werden kann — bis zu sechzehn Kilometer weit. »Copperhead« ist lasergelenkt und kann relativ ungezielt abgefeuert werden. Ein vorgeschobener Beobachter (z. B. am Boden, z. B. in einem Hubschrauber, z. B. aber auch ein unbemanntes Cruise Missile) übernimmt die Lenkung, indem er mit einem Laserzielgerät das ausgewählte Objekt beleuchtet.

Der »intelligenten« Munition, die sich ihr Ziel selbst suchen kann, gehört bei den Militärs die Zukunft. So preist auch die fran-

zösische Hersteller-Firma der bereits im Falkland-Krieg eingesetzten Exocet-Rakete ihr Produkt: 103 irakische Einsätze der Rakete im persischen Golf hätten 57 Schiffe versenkt oder schwer beschädigt.

»Für das Gesundheitswesen nahezu unlösbare Aufgabe«

MW-1, MARS, FAE-II, »Skeet«, »Copperhead«, Exocet sind wenige Beispiele für die gegenwärtig betriebene »Konventionalisierung«. Die Neuanschaffungen allein der Bundeswehr in den nächsten Jahren umfassen ein Vielfaches an Waffensystemen und Munitionstypen. In den USA sind zur Zeit allein vier- bis siebenhundert neue Waffensysteme in der Entwicklung. Viele der neuen Waffen wirken gegenüber den älteren unterschiedloser, grausamer, flächendeckender; und viele der neuen Waffen erreichen die Zerstörungskraft von Nuklearwaffen. Damit verstoßen die neuen Waffen eindeutig gegen humanitäres Völkerrecht. So untersagt schon die Haager Landkriegsordnung von 1907 »die meuchlerische Tötung oder Verwundung von Angehörigen des feindlichen Volkes oder Heeres« und verbietet den »Gebrauch von Waffen, Geschossen oder Stoffen, die geeignet sind, unnötig Leiden zu verursachen«.

Aber das interessiert Kohl heute so wenig wie Johnson in den sechziger Jahren. Für die Bundesrepublik, in der die eventuelle mitteleuropäische Schlacht auf jeden Fall toben wird, macht die »Konventionalisierung« allenfalls



Hans-Joachim Linde, Sanitätsinspekteur der Bundeswehr

eine neue Bedrohung aus. »Da die deutsche Bevölkerung praktisch an jedem Ort bedroht ist, ... wird insbesondere der zivile Gesundheitsdienst vor eine nahezu unlösbare Aufgabe gestellt.« Das meint H. J. Linde, Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr. Recht hat er. □



COMPENDII MALEFICARVM

LIBER SECVNDVS.

In quo agitur de diuersis generibus Maleficiorum,
& de quibusdam alijs scitu dignis.



De Maleficio Somnifico. Cap. 1.

Doctrina!



Onfluere Sage, & Malefici, alios potione, malo carmine, & certis ritibus soporare, vt interea illis venenum infundant, vel infantulos rapiant, aut necent, vel furto quid subtrahant, vel stupro, adulterioque contaminent, & hoc fieri potest naturalibus venenis soporiferis, vt erit videre per exempla. Et he non sunt fabulae, quia si multa sunt, quae naturaliter, vel infusa, vel a dmota, non somnium aut soporem tantum, sed etiam stuporem.



HEXEN

pw — »Im Namen des Vaters, des Sohnes und des Heiligen Geistes, Amen«, ließ der Leibarzt Edwards II., ein Bakkalaureus der Theologie und Doktor der Medizin, bei Zahnweh auf die Kinnbacken des Patienten schreiben. Wer zu dieser Zeit Arzt werden wollte, mußte erst einmal Theologie studieren. Heilung ohne den Segen der Kirche war Ketzerei, Häresie. Die Schulmedizin war weitab jeglicher Praxis, sie war männlich und selbstverständlich katholisch. Kein Wunder, daß sich Ablehnung einer Volksmedizin, abgrundtiefe Frauenfeindlichkeit sowie krankhafte Verachtung der Sexualität zu einer

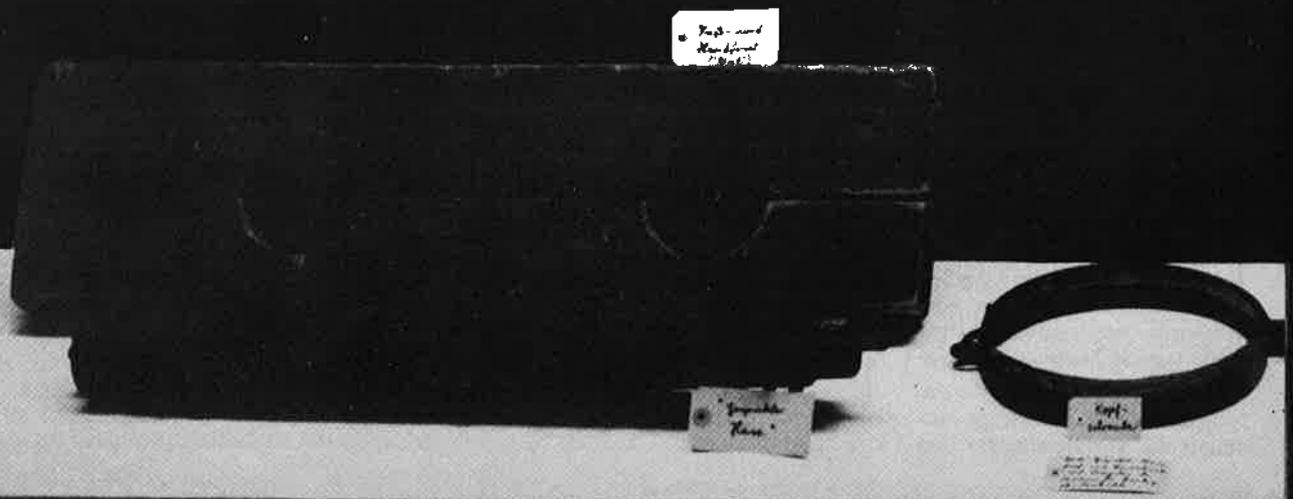
dunklen Brühe offizieller Ideologie vermischten, in deren Bodensatz hunderttausende Frauen, etikettiert mit dem alles rechtfertigenden Begriff »Hexe«, einen grausamen Tod fanden.

Am 5. Dezember 1484, vor genau 500 Jahren, erließ Papst Innozenz XII. die sogenannte »Hexenbulle« und leitete damit eines der finstersten Kapitel der Menschheitsgeschichte ein.

Hexen waren Kräuterfrauen, Heilkundige, Hebammen, Ärztinnen einer »Basismedizin«, sie waren poli-

tisch Verfolgte, aber auch die normale Nachbarsfrau, die Opfer einer Denunziation wurde. Jede Frau war potentiell eine Hexe, denn »also schlecht ist das Weib von Natur, da es schneller den Glauben ableugnet, was die Grundlage für die Hexerei ist«, heißt es im »Malleus Maleficarum«, dem Hexenhammer von 1485/86.

Die Verfasser Jakob Sprenger und Heinrich Krämer waren päpstliche Inquisitoren, ihre Schrift wurde das Standardwerk der Hexenprozesse mit genauesten Folteranweisungen und Befragungsrezepten.





Kapitel IX, Unzucht:

- Wie oft der Teufel im Jahr außer den Hexen tänzen mit ihr Unzucht getrieben, an welchem Ort, im Haus oder sonsten?
- Wie sie ihn empfunden?
- Ob er still oder laut geredet?

Keine Frage, keine Folter, kein Vorwurf wurde dem Zufall überlassen. Die Hexenverfolgung war nach den Kreuzzügen die zweite wohlorganisierte und systematisch betriebene Massenvernichtung mit päpstlichem Segen. Sie war fast ausschließlich gegen Frauen gerichtet. Schaut man/frau sich heute die §218-Kampagne der katholischen

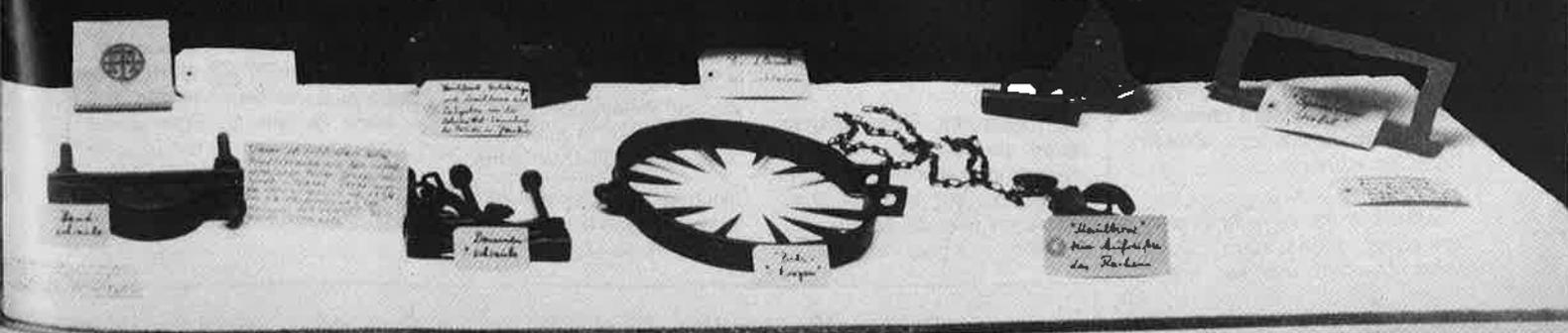
Kirche an, die Verklärung des »ungeborenen Lebens« bei gleichzeitiger Verschmähung der mütterlichen Bedürfnisse, oder die offizielle päpstliche Diffamierung der Schwangerschaftsverhütung, so scheint sich an dem Frauenbild Grundlegendes nicht verändert zu haben.

Rechtlosigkeit in der Ehe gegenüber der Gewalt der Ehemänner, inquisitorische Praktiken in Vergewaltigungsprozessen, in denen sich oft genug Anleihen an das finstere Gedankengut der Hexenprozesse (»also schlecht ist das Weib von Natur ...) nicht nur ahnen

lassen, wenn das Vergewaltigungsopfer zur eigentlichen Verführerin abgestempelt wird — die Beispiele ließen sich fortsetzen.

Das Kapitel Hexenverfolgung ist nicht passé, wenn auch die Methoden dem Zeitgeist angepaßt sind.

In Bremen ist zur Zeit eine Ausstellung der »Arbeitsgruppe Hexen« im Hamburgischen Museum für Völkerkunde zu sehen. Ort: Georg-Büchner-Buchhandlung, Vor dem Steintor 56, Tel. (04 21) 7 20 73. Die hier gezeigten Bilder sind dem lesens- und sehenswerten Katalog zur Ausstellung entnommen. Er kann über die genannte Buchhandlung bestellt werden. Kosten: 30 Mark plus Versand.



Florence Nightingale (12. 5. 1820—13. 8. 1910) kam aus reichem englischem Hause. Sie hatte großes Interesse an der Krankenpflege und informierte sich ausführlich über die Lage des Gesundheitswesens in verschiedenen Ländern.

1854 kam es zu einem militärischen Konflikt zwischen Rußland einerseits und dem Osmanischen Reich, Großbritannien und Frankreich andererseits, bekannt als Krimkrieg. Es war der erste Stellungskrieg der Militärgeschichte, und zum ersten Mal spielten Korrespondenten mit ihren Nachrichten vom Kriegsschauplatz eine wirkliche Rolle. Die katastrophalen Zustände in den englischen Lazaretten veranlaßten die »Times«, eine Verwundetenpflege, wie sie im französischen Heer bereits von den »Barmherzigkeitsschwestern« geleistet wurde, zu verlangen.

Florence Nightingale bot dem damaligen britischen Kriegsminister, Sidney Herbert, ihre Dienste an, und mit Vollmacht der Regierung übernahm sie als Leiterin einer kleinen Gruppe die Krankenpflege »in der Türkei«.

Insbesondere durch die Einführung einer angemessenen Ernährung und sanitärer Maßnahmen konnte die Sterblichkeitsziffer unter den Soldaten erheblich gesenkt werden. »Die Soldaten vergötterten Florence Nightingale und küßten ihren Schatten, wenn sie des Nachts durch die Säle schritt«, schreibt Käthe Silber in ihrer Nightingale-Biographie. In England verbreitete sich die Legende von der »Lady with the light«, der »Dame mit der Lampe«. Ein großer Geldbetrag wurde für eine Ausbildungsanstalt für Krankenpflege gespendet.

Die »Times«-Berichte über die Kriegsgeschehnisse gaben jedoch nicht nur die Anregung, die Folgen eines Krieges für die Opfer zu bekämpfen, sondern sie veranlaßten auch andere Frauen, in der »Times« alle Frauen der Welt zum Zusammenschluß gegen den Krieg aufzufordern. Florence Nightingale, die als eine der ersten Frauen die Grausamkeiten einer Kriegsschlacht unmittelbar erlebt hat, reagierte darauf wohl nicht. In ihren Schriften und in den Biographien ist nicht ein Hinweis zu finden, daß sie sich zur Friedensfrage geäußert hätte. Uns ist auch nur eine Autorin bekannt, die das überhaupt bemerkenswert fand: Ellen Key (»Florence Nightingale und Bertha von Suttner — Zwei Frauen im Krieg wider den Krieg«, Zürich 1919). Sie schreibt:

»Deshalb hat es mein Erstaunen erregt, daß ihr sonst so logisches Denken, das vor keiner

Brav, aber kriegerisch

Florence Nightingale (1820-1910)

Florence Nightingale ist international die berühmteste aller Krankenschwestern und Leitfigur der Krankenpflege schlechthin. Es gibt eine Unmenge an Literatur über sie.

Welches Kriegsverständnis hatte die Begründerin der modernen Krankenpflege? Wen ehrt das Rote Kreuz mit der Florence-Nightingale-Medaille?

Schlußfolgerung zurückwich, niemals von der Krankenpflege den Sprung zu jener Tatsache wagte, die die Pflege notwendig machte, zum Kriege selbst.«

Nach dem Ende des Krimkriegs plante Florence Nightingale eine Reform des gesamten Systems des militärischen Gesundheitswesens. Ihr Schlafzimmer wurde zu einem »kleinen Kriegsministerium«, in dem sie Experten und Staatsmänner empfing, die ihr Informationen brachten und ihre Instruktionen entgegennahm.

Ihr erster auf eigene Erfahrungen gestützter Report für eine königliche Untersuchungskommission, der sie als Frau nicht ange-

hören konnte, diente dieser als Arbeitsgrundlage: Die »Bemerkungen betreffend den Gesundheitszustand und die wirksamste Verwaltung von Krankenhäusern der britischen Armee« (Notes on Matters affecting the Health, Efficiency and Hospital Administration of the British Army). Die »Bemerkungen« wurden auch als Privatdruck veröffentlicht (1858) und gelten als »das am wenigsten bekannte, aber bedeutendste ihrer Werke« (E. Cook).

Sir John McNeill, Verwaltungsbeamter für das Gesundheitswesen der Armee, schrieb 1858: »Als Ganzes betrachtet, enthält es eine Masse von Infor-

mationen, die, soweit ich weiß, kein anderer je über einen solchen Gegenstand zum Ausdruck gebracht hat. Ich betrachte es als ein für die Armee und das ganze Land völlig unschätzbare Geschenk«.

Das Werk umfaßt über 500 Seiten mit Tatsachen, Tabellen, Statistiken, graphischen Darstellungen, damals etwas ganz Neues. Zum ersten Mal wurden hier der Gesundheitszustand der Armee, ihre Unterbringung und Verpflegung wissenschaftlich untersucht. Weitere Schriften über denselben Gegenstand folgten innerhalb kurzer Zeit; einige waren offiziell, andere blieben der Öffentlichkeit unbekannt. Sie wiesen nach, daß die Sterblichkeitsrate unter jungen Soldaten in Friedenszeiten mehr als doppelt so hoch war wie die der Zivilbevölkerung, weil die Kasernen unzweckmäßig gebaut und schlecht belüftet waren und die Ernährung ungeeignet war.

Florence Nightingale entwarf in ihren Arbeiten Pläne für bessere Bauten mit sanitären Einrichtungen und machte Vorschläge für eine wirksame Verwaltung von Kasernen. Sie betonte die Notwendigkeit von Statistiken und der Ausbildung von Militärärzten.

Königin Victoria war sehr beeindruckt von Florence Nightingale und wünschte, »wir hätten

Die Florence-Nightingale-Medaille

1907, auf der achten Konferenz des Internationalen Roten Kreuzes, schlug das ungarische Rote Kreuz vor, einen Nightingale-Fonds für eine internationale Erinnerungsmedaille zu stiften, bestimmt für Frauen, die sich in Kriegs- oder Friedenszeiten besonders ausgezeichnet hatten. Man wollte an die Aufopferung der Florence Nightingale erinnern und ihren Nachlaß durch eine Medaille honorieren. Der Prägestempel sollte die Statue der »Dame mit der Lampe« am Saint-Thomas-Krankenhaus in London wiedergeben.

Alle nationalen Gesellschaften waren einverstanden, und die neunte internationale Rotkreuz-Konferenz 1912 beschloß eine Resolution über die Stiftung der Medaille. In jedem Jahr sollten

sechs Medaillen verliehen werden — in Kriegszeiten zwölf.

Im Juni 1914 lud das Internationale Rote Kreuz die nationalen Gesellschaften ein, ihre Kandidatinnen vorzustellen. Als der Krieg ausbrach, entschied das Rote Kreuz, die erste Verleihung der Medaille bis zum Friedensvertrag aufzuschieben. Am 12. Mai 1920, dem hundertsten Geburtstag von Florence Nightingale, fand die erste Verleihung von 51 Medaillen statt.

Die dreizehnte internationale Konferenz entschied, die Zahl der zu verleihenden Medaillen von sechs auf 18 zu erhöhen — 36 Medaillen alle zwei Jahre.

Nach der jetzigen Regelung (festgelegt 1981) wird ein Teil der Medaillen an diplomierte Kranken-

schwestern und ein anderer Teil an freiwillige Helferinnen, aktive Mitglieder oder reguläre Mitarbeiter der nationalen Rotkreuz-Gesellschaften vergeben. Insgesamt wurden bisher, einschließlich der 29. Verleihung von 1983, 889 Medaillen in 67 Länder vergeben.

Auf die Frage, wie viele Medaillen für Leistungen in Friedenszeiten und wie viele für Kriegsdienste verliehen wurden, antwortete der Leiter der Abteilung für Nationale Gesellschaften und Grundsatzfragen beim »Comité International de la Croix Rouge«, daß keine Statistik im Sinne dieser Anfrage bestehe.



sie im Kriegsministerium« (in einem Brief an den Herzog von Cambridge, 1856).

Florence Nightingale diente treu und sehr eifrig unter kriegsführenden Mächtigen, an der Seite von Kriegsplanern. Obwohl sie schreckliche Kriegsverbrechen gesehen hat, wandte sie sich nie aus Empörung und mit Wut gegen die Kriegsverbrecher. Eine brave Frau, eine vorbildliche Krankenschwester.

Im amerikanischen Bürgerkrieg und im deutsch-französischen Krieg 1870/71 ersuchten beide Seiten um Hilfe aus England um Hilfe für den Lazarettendienst. In Preußen gingen aus persönlichen Beziehungen der Kronprinzessin Victoria Einrichtungen für Gesundheits- und Krankenpflege hervor. Henri Dunant berief sich bei der Gründung des Roten Kreuzes ausdrücklich auf die Inspiration durch Florence Nightingale. Ausbildungsschulen für Krankenpflegerinnen nach dem Londoner Muster wurden in vielen Ländern eröffnet.

Ausgerechnet nach ihrem Einsatz im Krieg wird der Wert von Krankenpflege in größerem Umfang erkannt. Ausgerechnet eine Militärschwester ist die Begründerin der modernen Krankenpflege. Ausgerechnet eine Frau, die keine grundsätzliche Kritik am Krieg übte, wurde berühmt.

Während Florence Nightingale vielen aus dem Englischunterricht bekannt sein wird, ist uns der Name Bertha von Suttner erst in der Literatur der Friedensbe-

wegung begegnet. Die Zeitgenossin (1843—1914) der Militärschwester sah die einzige Chance für das 20. Jahrhundert im Kampf gegen den Krieg. Als politische Journalistin (»Friedenswart«) versuchte sie, Einfluß auf die öffentliche Meinung zu gewinnen. Sie gründete die österreichische und deutsche Friedensgesellschaft und war Vorsitzende des Internationalen Friedensbüros. 1905 erhielt sie den Friedensnobelpreis. In ihrem Roman »Die Waffen nieder« (1889) schreibt sie:

Ein anderes politisches Ereignis jener Tage war, daß sich Österreich nunmehr dem Genfer Vertrag anschloß: »Nun — bist du jetzt zufrieden?« fragte mein Vater, als er diese Nachricht gelesen: — »siehst du ein, daß der Krieg, den du immer eine Barbarei nennst, mit der fortschreitenden Zivilisation immer humaner wird? Ich bin ja auch für das menschliche Kriegführen; den Verwundeten gebührt die sorgfältigste Pflege und alle mögliche Erleichterung. . . Schon aus strategischen Gründen, welche schließlich in Kriegssachen doch das wichtigste sind; durch eine gehörige Behandlung der Kranken können sehr viele in kurzer Zeit wieder kampffähig und in die Reihen zurückversetzt werden.«

»Du hast recht, Papa; wieder brauchbares Material — das ist die Hauptsache . . . Aber nach den Dingen, die ich gesehen, kann kein Rotes Kreuz ausreichen — und hätte es zehnmal mehr Leute und Mittel —, um das Elend abzuwehren, welches eine Schlacht im Gefolge hat —«

»Abwehren freilich nicht, aber mildern. Was sich nicht verhüten läßt, muß man eben zu mildern trachten.«

»Die Erfahrung lehrt, daß eine ausreichende Milderung nicht möglich ist. Ich möchte daher, der Satz würde umgekehrt: Was sich nicht mildern läßt, soll man verhüten!«

Was sich nicht mildern läßt, soll man verhüten! Der Satz hat im Atomkriegszeitalter sicher an Aussagekraft dazugewonnen. Man sollte meinen, daß die Krankenpflege als Berufsgruppe im gleichen Maße ihre Florence Nightingale-Tradition hinter sich gelassen hätte. Doch in Krankenpflegesschulen wird leider — 39 Jahre nach Hiroshima — immer noch im Zusammenhang mit der Vermittlung dieser Persönlichkeit das Ideal des Dienens und Helfens ohne politische Stellungnahme gegen Kriegsplaner und eine innige Verbundenheit von Krankenpflege und Militär weitergegeben. Ellen Sperling

Ellen Sperling ist Kinderkrankenschwester und arbeitet in der AG Krankenpflege der Münsteraner Friedensinitiative im Gesundheitswesen.

»Manly fellows«

Diesen Brief schrieb Florence Nightingale am 4. Oktober 1899 an H. Herbert, den Präsidenten der Balacava-Gesellschaft. Die Gesellschaft hatte ihren Namen von einer Schlacht im Krimkrieg.

Verehrter Herr, wenn ich auch zu Ihrer jährlichen Gedenkteiler nicht persönlich erscheinen kann, so bin ich doch mit dem Herzen und der Seele bei Ihnen. Es freut mich sehr, Ihnen trotz angegriffener Gesundheit einige Zeilen schreiben zu können. Ich wünschte, ich könnte sagen, es wäre Frieden — wie wir es noch vor wenigen Tagen hätten sagen können. Aber dennoch können wir, wie einst jemand über die Vorteile der Verfol-

gung schrieb, einiges über die Vorteile des Krieges sagen, wenn auch nur wenige Männer, und vielleicht noch nie eine Frau, so viel von den Schrecken des Krieges miterlebt haben. Aber man schaue sich doch nur einmal die tapferen Burschen (»manly fellows«) an: Im Krieg benehmen sie sich nicht wie Tiere, wie es manchmal leider in Friedenszeiten zu beobachten ist; keiner betrinkt sich, niemand treibt sich mit Frauen herum; jeder ist bereit, sogar sein Leben für seinen Kameraden aufzuopfern, ihn vom Schlachtfeld zu holen, ohne daß er auch nur entfernt mit Anerkennung in Wort oder Schrift rechnen kann; und wenn er bei diesem Versuch ums Leben kommt, erhält sein Name lediglich den Vermerk »Gefallen«; er, der sich stets aufgeopfert hat, sogar bis zum Tode, so wie unser großer

Herr und Freund Jesus Christus für seine Mitmenschen. Ach, wenn es so mit ihm war, dann werden wir nicht sagen: »Der Tod kommt nicht vor der Zeit zu dem, der bereit ist, zu sterben. Je kürzer das Leben, desto früher die Unsterblichkeit! Und wer würde ihn denn wohl zurückhalten? Nicht einmal seine Frau. Meine Freunde, Überlebende von Balacava, ich trinke diesen Becher auf Sie, der nicht nur mit Kummer, sondern mit lebendigem Leben gefüllt ist, der vielleicht genau soviel wert ist wie alle die flaumweichen Sessel, die uns vertraut sind. Die von uns gegangen sind, sind noch bei uns, sie arbeiten weiter mit uns für das Gute und Gerechte und für das Glück unserer Mitmenschen. Bitte glauben Sie mir, immer Ihre treue Freundin,

Florence Nightingale



**Norbert Schmacke/H.G. Güse
Zwangssterilisiert
Verleugnet — Vergessen.
Zur Geschichte der
nationalsozialistischen
Rassenhygiene am Beispiel
Bremen
Brockkamp Verlag, Bremen
1984, 189 Seiten, 18,80 Mark**

Was unterscheidet Eugen Gerstenmeier, den früheren CDU-Bundestagspräsidenten von den Opfern der Zwangssterilisation der NS-Zeit? Gerstenmeier beantragte und erhielt 192.000 Mark Wiedergutmachung dafür, daß er bei den Nazis nicht habe Professor werden können. Dagegen begründete der damalige Bundesminister F.J. Strauß die Ablehnung einer Wiedergutmachung an den Zwangssterilisierten am 17.11.67 mit folgenden Argumenten: »Bei unserer derzeitigen Haushaltslage bin ich der Meinung, daß eine solche Maßnahme auch finanziell nicht zu verantworten wäre. Da im Bundesgebiet etwa 175.000 bis 200.000 Zwangssterilisierte leben dürften, würde sich eine finanzielle Belastung von fast einer Milliarde Mark ergeben, wenn man jedem der Betroffenen auch nur eine Entschädigung von 5000 Mark gewähren würde... Gegen eine Pauschalabfindung spricht überdies noch, daß von dem gesamten Entschädigungsbetrag von fast einer Milliarde Mark bis zu 60 Prozent an Geisteskranke, Schwachsinnige oder schwere Alkoholiker gezahlt werden würde.«

»Fünfzig Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« legen die beiden Bremer Ärzte Norbert Schmacke und Hans-Georg Güse die kritische Analyse über einen Abschnitt der deutschen Medizingeschichte vor, der in der Öffentlichkeit bislang nur wenig Beachtung gefunden hat, schreibt der Bremer Gesundheits-Senator Herbert Brückner in seinem Vorwort. Diese trockenen Worte beschreiben dieses Buch nur unzulänglich, löst es

doch beim Lesen Gefühle wie Wut und Scham aus.

Dabei bleiben die Autoren sachlich, arbeiten die Ursprünge dieses Gesetzes heraus und bringen eine Vielzahl einzelner Beispiele, was durch den lokalen Bezug dieses Buches gefördert wird. Die Hauptstärke dieser Arbeit liegt jedoch darin, daß sie nicht nur die Zwangssterilisationen in der NS-Zeit darstellen, sondern den weiteren Weg der Opfer und Täter nach dem Krieg beschreibt. Die Täter (Mediziner und Juristen) rechtfertigen nach dem Krieg noch ihr Tun und fungieren als »Gutachter« in den von den Opfern angestregten Prozessen. In einem beispiellosen Zynismus wandten sie die Tatsache, daß das Gesetz von 1933 in der Weimarer Republik Vorläufer gehabt habe und wesentliche Gedankengänge der Rassenhygiene bereits vor 1933 entwickelt worden waren, gegen die Opfer des faschistischen Sterilisierungsgesetzes.

»Eugenische« Gesetzgebung und Praxis ist nicht einfach »lange her«. Trotz der Erfahrungen mit dem Faschismus wird deren Wiederbelebung heute wieder offen gefordert. So von Prof. Nachshheim vom Max-Planck-Institut für vergleichende Erbbiologie und Erbpathologie, einem der »Sachverständigen« beim Ausschuß für Wiedergutmachung: »Jedes Volk braucht eine Eugenik, im Atomzeitalter mehr denn je.«

Die Autoren weisen darüberhinaus auf aktuelle Gefahren: »Die Entwicklung der Biochemie, Gentechnologie und des medizinisch-industriellen Komplexes wirft neue Fragen auf, deren Dimensionen wir erst zu erahnen beginnen.« Bis heute steht hingegen die politische und moralische Ächtung des »Gesetzes zur Verhütung des erbkranken Nachwuchses« aus.

Eine weiteste Verbreitung ist diesem Titel zu wünschen, damit Erfahrenden von Worten wie »Entschädigungsneurose« das Handwerk gelegt werden kann. *gs*

**Benno Müller-Hill
Tödliche Wissenschaft. Die
Aussonderung von Juden,
Zigeunern und Geisteskranken
1933—1945
rororo aktuell 5349, 10,80 Mark**

1961 schrieb Karl Saller im Vorwort zu seinem Buch »Die Rassenlehre des Nationalsozialismus«, er sei der einzige Anthropologe in der Bundesrepublik, der eine kritische Haltung zur NS-Anthropologie eingenommen habe. Es dauerte 23



Jahre, bis ein Nachfolger der Generation von NS-Rassenhygienikern auf einem Lehrstuhl für Genetik an der Universität Köln, Benno Müller-Hill, eine anklagende Auseinandersetzung mit jener ihrem Selbstverständnis nach wertfreier Wissenschaft vorlegt, die in ihrer historischen Darstellung und Analytik über Sallers weitgehend unbekannt Arbeit hinausgeht. Hill schildert auf dem Boden umfangreichen Quellenstudiums die Einbindung der Phalanx der rassenhygienisch orientierten Psychiater und Anthropologen in die Vernichtungsstrategie des NS-Staates.

Das Buch ist ein weiteres Dokument der Prostitution von Wissenschaftlern, die im Nationalsozialismus zum einen die Verwirklichung ihrer Utopien sahen und sich zum anderen »die gigantische Förderung ihrer Forschungen« erhofften. Den hemmungslosen Karrierismus faßt die Tochter des NS-Psychiaters Rüdin in die Worte: »Er hätte sich dem Teufel verkauft, um Geld für sein Institut und seine Forschung zu bekommen.« Müller Hill sieht in diesen Wissenschaftlern »Theologen des Vernichtungskultes«, welche das Rätsel des »anderen Menschen«, des Juden, Schizophrenen und des Zigeuners auf den »Altären« von Auschwitz lösen wollten. Der Mensch wurde, so Müller-Hill, für die menschenverachtenden Anthropologen »zum gehorchenden Objekt oder Tier reduziert«. Und: »Das war es, was Psychiater, Anthropologen und Hitler einte.«

Im zweiten Teil des Buches gibt Müller-Hill Gespräche mit noch lebenden NS-Anthropologen, ihren Mitarbeitern und Kindern wieder. Und noch immer stößt der Leser auf eine Mauer von Schweigen, Verharmlosung und Ignoranz. 1946 schrieb der um den Fortgang seiner Karriere besorgte v. Verschuer an einen ausländischen Kollegen: »Lassen Sie mich von all dem Furchtbaren schweigen, das hinter uns liegt«. Und im selben Jahr konnte v. Verschuer an den Dekan der medizinischen Fakultät in Frankfurt schreiben: »Für den von Ihnen übersandten Persilschein (eine sehr gute Bezeichnung!) danke ich vielmals.« Und unerschütterlich wird das Leid vom unpolitischen

Wissenschaftler gesungen, so die Tochter Rüdins über ihren Vater: »Er war Wissenschaftler, nicht Politiker. Politik ist schmutzig, damals wie heute.«

Es ist ein verzweifelt Buch, das Müller-Hill geschrieben hat, eine Anklageschrift, die der Autor selber bescheiden einen Aufsatz nennt. Jede Zeile spiegelt die Fassungslosigkeit des Autors angesichts der »Normalität« einer Wissenschaft wider, auf deren Fundamenten sich der Universitätsbetrieb der Bundesrepublik gegründet hat. Müller-Hill: »Es gibt nur eine Hoffnung, die mag sich in nichts auflösen, und die heißt: Öffentlichkeit und kein Geheimnis in der Wissenschaft«. Und schließlich: »Die Beschäftigung mit der Destruktion verletzt und beschmutzt. Aber das Verdrängen ins Unausprechliche blendet und lähmt.« Bleibt zu hoffen, daß Müller-Hills Warnungen bei den Humangenetikern der Gegenwart nicht ungehört bleiben.

Norbert Schmacke



**Durch Dick und Dünn. emma-
Sonderband 4 (1984/85), 10 Mark.**

Das neue Sonderheft von emma habe ich mit viel Interesse gelesen. In zahlreichen Artikeln wird der Diätsinn und -unsinn und was damit zusammenhängt von mehreren Seiten beleuchtet. Jetzt, vor Weihnachten, beginnt die Backerei, nach dem Fest wird gefastet; Ostern gegessen, dann für den neuen Bikini gefastet... ein ewiger Dauerbrenner aller Frauenzeitschriften. Ich bin sicher, daß sich jede Leserin (Leser?) in einem der Artikel wiederfindet.

Sie sind ehrlich geschrieben, zeigen Schwächen auf, nehmen die Schlankheitsideale unter die Lupe und diskutieren Magersucht und Fettsucht mit ihrer Nähe zur Krankheit. Die Idealfigur wird in Frage gestellt: jede Frau muß ihre eigene »Figur« finden, in deren Haut sie sich wohlfühlt. Denn nichts ist so sehr fremd bzw. männerbestimmt wie die schlanke Linie! Neben psychologischen Erklärungsmodellen enthält das Heft Tips, Bücher und Adressen. Sicher könnte zu dem Thema noch manches gesagt werden, aber es sind viele Denkanstöße darin enthalten, nicht immer nur für Frauen. *ufv*

die Krankenpflege aufschwatzte



Krankenpflege-
ausbildung um
die Jahrhundert-
wende



Rotkreuz-
schwwestern im
Ersten Weltkrieg



Illustration zu
einem mora-
lischen Buch,
Deutschland,
17. Jahrhundert

Dazu kam, daß die Anzahl der Krankenhäuser durch die Entwicklung der Medizin und den Anstieg der zu Versorgenden durch die Folgen der Industrialisierung rapide anwuchs und die Orden und Mutterhäuser den Bedarf an Pflegepersonal nicht mehr decken konnten. Die Krankenhäuser selbst mußten vom Angebot her attraktiver werden, so daß auch reiche Bürger sie aufsuchen konnten. Das bedeutete, daß die proletarischen Lohnwärter und Lohnwärterinnen, die seit dem Mittelalter in den Hospitälern arbeiteten, verdrängt werden oder ihnen zumindestens Personen aus bürgerlichem Stand vorgesetzt werden mußten — denn Bürger konnten natürlich nicht von Proletariern gepflegt werden! Man mußte also die pflegerische Arbeit auch den bürgerlichen Frauen schmackhaft machen, indem man ihnen die Erfüllung aller Tugenden der Selbstlosigkeit in der Krankenpflege versprach.

Dieses Versprechen erfüllte sich denn auch in geradezu unglaublicher Vollendung — was an Ausbeutung, Entmündigung und Menschenverachtung in der Krankenpflege alltäglich stattfand und unter der Prämisse des Liebesdienstes von den Frauen ertragen wurde, war oft ungeheuerlich.

Durch die unselige Verknüpfung von Sittlichkeit, Weiblichkeit und Aufopferung wurde von den meisten Frauen die Forderung nach beruflichen Bedingungen nicht gestellt — die Abgrenzung zu den Lohnwärterinnen und Lohnwärtlern führte automatisch auch zur Abgrenzung von der Arbeiterbewegung. Nur so ist es zu erklären, weshalb die Krankenpflege jahrzehntlang ausgeschlossen war von den Errungenschaften der Arbeiterbewegung (Arbeitsschutz, Arbeitszeitbeschränkungen, Tarifverträge usw.) und auch heute noch viele Sonderregelungen existieren.

Eine Beschäftigung mit den Quellen der Entwicklung der Krankenpflege macht den Prozeß der Rollenzuweisung innerhalb des Gesundheitswesens so deutlich, daß man fast schon wieder verstehen kann, warum und von wem er bisher so vernachlässigt wurde.

Wie spannend die wirkliche Geschichte der Krankenpflege ist, kann man jetzt nachlesen in dem gerade erschienen Buch von Claudia Bischoff: Frauen in der Krankenpflege (Campus Verlag Frankfurt, Campus Forschung Band 414). Hier wird ganz deutlich, wie notwendig eine Auseinandersetzung mit der Entwicklung der Krankenpflege als bürgerlicher Frauenberuf auch heute noch ist. Claudia Bischoff (selbst lange Zeit als Krankenschwester tätig gewesen) zeigt auf, wie Frauen systematisch aus der Medizin verdrängt wurden, wie die weiblichen Eigenschaften ganz bewußt als unbezahlte Mehrarbeit in der Krankenpflege erwartet wurden und daß es wieder und immer wieder die Frauen in den sogenannten »Frauenberufen« sind, die die grundlegende Inhumanität eines Systems verschleiern sollen.

Das »neue« und »progressive« Konzept der patientenorientierten Pflege birgt, unter diesem Aspekt betrachtet, eine große Gefahr — daß die Krankenpflege auch heute wieder die Alibifunktion übernimmt, nämlich im Zeitalter der Rationalisierung, der Technisierung und des Stellenabbaus die Fahne der »menschlichen Betreuung« hochzuhalten.

Patientenorientierte Konzepte, die von der einzelnen Person Humanität verlangen, ohne zu hinterfragen, ob das System überhaupt noch Humanität zuläßt — die sind nur ein ganz gefährlicher Aufguß der alten Selbstlosigkeit.

Eine Atmosphäre der Fürsorge, der Nähe und Wärme im heutigen Medizinbetrieb Krankenhaus herzustellen — das soll wieder einmal die Krankenpflege leisten — mehr Stellen dafür gibt es jedoch nicht. Es wird sozusagen als Zugabe, als unbezahlte Mehrarbeit erwartet, und zwar vor allem wieder von Frauen, die ja immer noch in der Krankenpflege 85 Prozent aller Beschäftigten stellen.

Die Umorientierung im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung in der Krankenpflege ist wichtig und notwendig, für das Pflegepersonal genauso wie für den Patienten — aber sie darf nicht ausschließlich zu Lasten des Pflegepersonals gehen. Und sie kann nicht nur in der Pflege vor sich gehen, sondern muß alle anderen Bereiche genauso umfassen, sonst resultiert daraus nur die überproportionale emotionale Ausbeutung einer Berufsgruppe — wie gehabt.

Claudia Bischoffs Buch wirft Fragen auf und macht betroffen — und bringt hoffentlich eine längst überfällige Diskussion in Gang. Nach ihrer Ansicht können sich die Strukturen der Krankenpflege verändern, wenn nämlich die bislang als »Draufgabe« geleisteten Elemente des Berufs — Zuwendung, Menschlichkeit, Patientenorientierung — als geschlechtsunabhängige, originäre Berufsinhalte akzeptiert werden, also gelernt und gefordert werden und nicht mehr stillschweigend erwartet und geleistet werden.

Hilde Stoppe

Hilde Stoppe leitet die Krankenpflegeschule beim Berufsbildungswerk des DGB in Frankfurt.

Wir möchten das Buch zum Anlaß nehmen, uns mit der eugenisch begründeten Sterilisation Minderjähriger eingehender zu befassen. Diese Frage ist insgesamt zu wichtig, um sie Humangenetikern allein zu überlassen. Für einige Kinder ist es bereits zu spät, sie wurden sterilisiert.

1. Ethische Probleme

Angesichts der weitreichenden Konsequenzen der von humangenetischer Seite propagierten eugenischen Sterilisation von Kindern und Jugendlichen möchten wir auf die Gefahren solcher Eingriffe hinweisen. Sie stellen grundsätzlich einen Mißbrauch des medizinisch Machbaren dar. Bereits in der Weimarer Republik erfolgte die Vorbereitung zur Zwangssterilisation sogenannter Erbkranker. Diese Gesetzentwürfe sahen noch die Freiwilligkeit vor und beschränkten sich auf schwerere Behinderungen. Nach der Machtübergabe an die Nationalsozialisten am 30. Januar 1933 wurde die Zwangssterilisation gesetzlich gesichert.

»Tausend Jahre« — und nichts gelernt?

Der Personenkreis, der von diesem Gesetz betroffen war, wurde auf immer leichtere Fälle von Behinderung ausgedehnt, bis hin zu vollkommen willkürlich festgesetzten Definitionen von »erbkrank«. Mit Kriegsbeginn wurde die Bekämpfung der Erbkrankheiten mittels Zwangssterilisation durch die »Ausmerze lebensunwerten Lebens« erweitert. Das eugenische Denken, u.U. damals bei einigen zunächst getragen von der Motivation, Leid ersparen zu helfen, hatte katastrophale Folgen. Durch die Indienstnahme medizinisch-wissenschaftlicher Diagnosen erst für eugenische, dann für Euthanasiemaßnahmen, wurden Ärzte zu Mittägern nazistischer Verfolgung und Vernichtung.

Sterilisation aus eugenischer Indikation setzt stillschweigend voraus, daß über den Verlauf bestimmter Krankheiten Prognosen mit hinlänglicher Sicherheit zu stellen sind. Diese Vorgabe ist falsch: Sie folgt einem biologischen Determinismus und überschätzt medizinisches Wissen und die Berechenbarkeit von Krankheitsverläufen überhaupt. So konnte man die Urteile der Erbgesundheitsgerichte durch Gutachten, die in Wiederaufnahmeverfahren erstattet wurden, schon 1953 nicht bestätigen (Bonhoff, 1953). Man staunte über die »of-

fenbar doch bessere Prognose« jugendlicher Schwachsinniger, hielt das Erbgesundheitsgesetz aber nicht für rechtswidrig oder fahrlässig angewendet (Brücks und Rothmaler, 1983).

2. »Erblichkeit« psychischer Erkrankungen

Stoeckenius und Barbuceanu betonen, daß die familiäre Belastung bei frühkindlichen oder kindlichen Psychosen ein beachtenswertes Merkmal sei. Es gebe nur wenige »Unentwegte«, welche die erbliche Grundlage der Schizophrenie bestreiten. Die Autorinnen leiten die Erblichkeit von familienanamnestischen Daten ab. Sie kommen zu folgendem Schluß: »Familienanamnesen liegen von 283 Fällen vor. Bei 125 Patienten erfuhren wir nichts oder fast nichts von übrigen Familienmitgliedern; es waren zum großen Teil Dauerpatienten in psychiatrischen Einrichtungen, aber auch Pflege- und Adoptivkinder waren darunter. 47 von den 283 Familienanamnesen waren frei von weiteren psychotischen Patienten oder von psychisch auffälligen Persönlichkeiten. Der verbleibende Rest — insgesamt 236 Patienten — hatten ein oder mehrere ebenfalls psychotisch Verwandte und gleichzeitig auch psychisch auffällige Angehörige oder nur psychisch auffällige Angehörige« (S. 26). Die psychisch auffälligen Angehörigen sind wie folgt definiert: »Suizid oder Suizidversuch in jüngeren Jahren (Fälle von höherem Lebensalter wegen Einsamkeit oder schwerer nicht heilbarer Krankheiten nahmen wir aus) . . . , Neigung zur Sucht (Alkohol, Schlaf- oder Schmerztabletten, Drogen), Psychopathen, Angehörige mit »unspezifischem« Schwachsinn und Sonderschüler, Eigenbrötler und behandlungsbedürftige »Depressive« . . . Möglicherweise verbirgt sich hinter manchem »psychisch Auffälligem« ein Psychose-Kranker« (S. 27). In den Fallbeispielen von »Kanner-Autismus und frühkindlichem Autismus« (S. 27), (die hier ebenso wie »Schwachsinn unklarer Genese« zur frühkindlichen Psychose gerechnet werden) werden »psychisch Auffällig« u.a. so identifiziert:

»Psychopathen, Sonderschüler und Eigenbrötler«

- 17 J. trotz großer Familie angeblich keine Belastung. Eltern sehr einfach (S. 27. Ob »einfach« zu psychischer Auf-

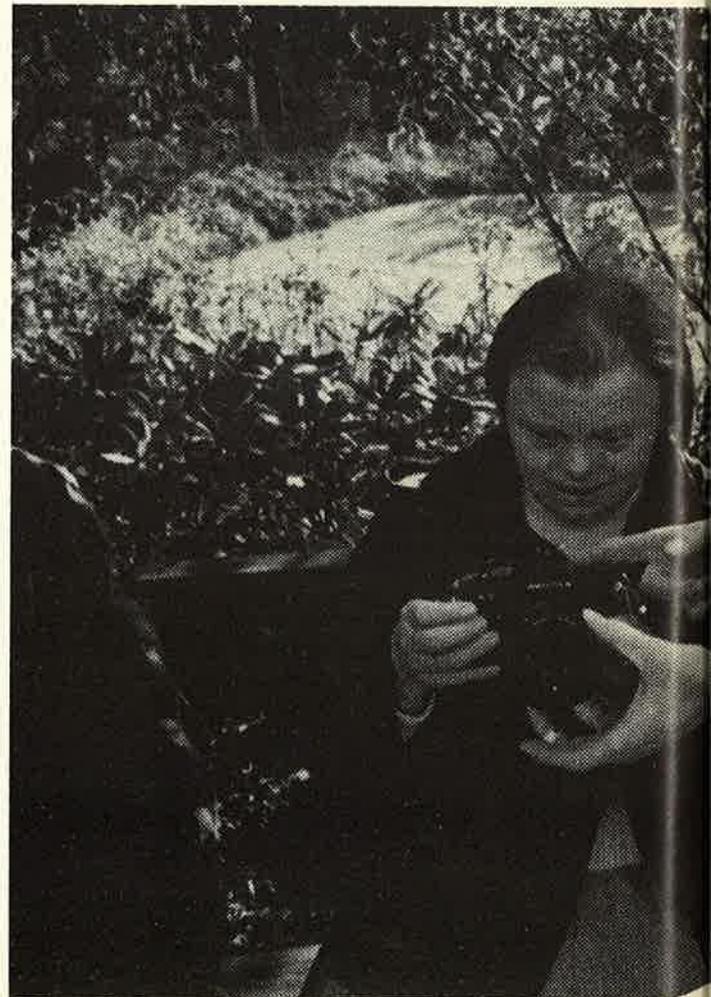
»Vetter ist D

Eine humangenetische Beratung an die Nazizeit

hk - In der Fernsehsendung »Panorama« Anfang Oktober durfte ein »Lehrer für Lernbehinderte« seine Vorstellungen zur Sterilisation seiner Pflegebefohlenen darlegen. Ein Vertreter der »Lebenshilfe« sprang ihm bei und befürwortete Sterilisationen »in bestimmten Fällen« und »unter dem Gesichtspunkt der sexuellen Erfahrung«. Berichtet wurde in der Sendung vom Druck auf Eltern, ihre behinderten Kinder sterilisieren zu lassen. Hunderte, vielleicht Tausende Jugendlicher, das wurde deutlich, wurden bereits sterilisiert — oft ohne es zu wissen.

Die Praxis braucht eine Theorie.

»Schwachsinn unklarer Genese« ist der Titel eines Buches, das Frau Dr.med. Stoeckenius, Leiterin der humangenetischen Beratungsstel-

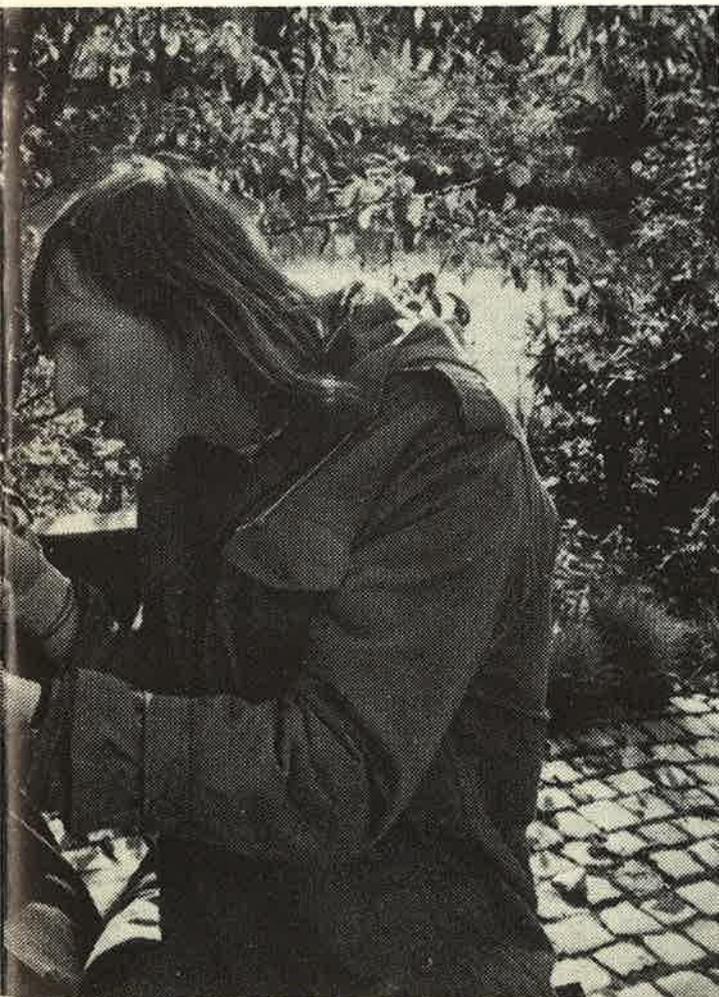


Dauerstudent«

Genetikerin aus Hamburg erinnert — unfreiwillig

Die Genetikerin im Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Barmbek, veröffentlicht hat. Frau Stoeckenius scheut sich nicht, was sie »psychische Auffälligkeit« nennt, als Indikator für »erbliche Belastung« zu nehmen. »Auffälligkeiten« registriert sie aufmerksam auch in der Verwandtschaft (»Vetter Dauerstudent«). »Die Asylierung, die Sterilisation betreibt sie bereits, die Vernichtung ist zur Zeit nicht möglich«, sagte Regula Schmidt-Bott vor der Hamburger Bürgerschaft über die Humangenetikerin.

Wir veröffentlichen Teile einer Besprechung des Buches von Stoeckenius und Barbuceanu, die in der Zeitschrift »Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie« erschienen ist. Autorinnen sind Charlotte Köttgen und Uta Asam.*)



fälligkeit zählt und die fehlende Belastung deshalb »angeblich« ist, bleibt offen; Anmerk. v. uns)

- 11 J. Tante ms. Anorexie, in psychotherap. Behandlung; 1 Vetter verstorben, »Dauerstudent«; ein Vetter »frühkindlicher Hirnschaden« (S. 27)
- 3 J. Tante vs. »Spätentwickler« (S. 27)
- 2 J. Großvater ms. »sehr sensibel«. Familienanamnese unvollständig (S. 27)
- 10 J. Halbbruder überängstlich unsicher (S. 28)
- 13 J. Großvater und Urgroßvater ms. »menschenscheue Einzelgänger«; Onkel vs. Alkoholiker (S. 28)
- 2 J. Onkel ms. Suizid; Mutter sehr einfach, Familienanamnese weitgehend unbekannt (S. 28)

Wir haben hier nur einige Beispiele herausgegriffen, um die als »auffällig« beschriebenen Angehörigen deutlicher zu charakterisieren. Wenn psychische Auffälligkeit, dann noch als Indikator für Erblichkeit, auf eine solche Vielfalt von »Besonderheiten« ausgedehnt wird, muß man sich fragen lassen, ob es überhaupt normale, unbelastete Familien gibt. Offenbar muß man nur »detektivisch«, wie die Autorinnen selber sagen (S. 69), nach beliebig anmutenden und selbstdefinierten Kriterien Ausschau halten, um sie auch zu finden und sie dann noch als »erbliche Belastung« zu deuten. Wieviele Familien hielten wohl einer solchen eugenischen Betrachtung stand? Wohin würde die konsequente Ausweitung dieses Vorgehens mit der sich anknüpfenden Empfehlung einer Sterilisation führen?

3. Problematik von Diagnose und Prognose

Es gibt derzeit theorienorientierte (z.B. psychoanalytische, familientheoretische, biologisch-genetische), pragmatische (Hierarchie von Erlebnisstörungen im Sinne von Kurt Schneider) und empirische (Prognose-relevante Forschungs-)Ansätze, die versuchen, verschiedene Diagnosekriterien für Psychosen zu gruppieren. Die größte Verbreitung, national und international, hat der Psychosebegriff, der auf den Lehren E. Bleulers und K. Schneiders basiert (ICD 9, WHO, 1978 und Berner et al., 1983). Stoeckenius und Barbuceanu stützen sich auf keine der oben genannten Diagnostiktheorien.

Als »exakte« Beschreibungen dienen den Autorinnen u.a. eine Fülle von Symptomen und Werturteilen, um zur Diagnose »kindliche Psychose« zu gelangen. Zum Beispiel: Verblödung, verzögerte statomotorische Entwick-

lung, Muskelhypo- aber auch -hypertonie, verspätetes Erlernen der Sprache, Bewegungsstereotypen, Erregungszustände, Angstzustände, Schreckhaftigkeit, Ernährungs- und Schlafschwierigkeiten, Autismus, Anhänglichkeit an eine bestimmte Person, Distanzlosigkeit Erwachsenen gegenüber, fehlende körperliche Befunde, Zurückbleiben im Wachstum u.a. Die meisten dieser Verhaltensweisen sind unspezifisch und lassen für sich allein keine diagnostische Zuordnung zu; sie können bei Verwahrlosung oder Hospitalisierung ebenso auftreten wie bei organischen oder hirnorganischen Schädigungen, aber auch bei neurotischen

»Bestimmte Handfurchen« als Kriterium der Diagnose

Störungen. Entwicklungshemmungen sind als Begleiterscheinung bei jeder Art körperlicher und seelischer Krankheit zu beobachten und für sich genommen kein Beweis für eine psychotische Erkrankung. Kategorien wie »Nichtverstehbares«, »Nichtnachvollziehbares« immer noch als Beweise für eine Psychose heranzuziehen, kann nur die Frage provozieren, weshalb der Betrachter nicht versteht, nicht verstehen kann, nicht verstehen will. »Pathologische Diskussionsfreudigkeit« (S. 19) gilt den Autorinnen ebenso als Diagnosekriterium wie »bestimmte Handfurchen« (S. 20); und was die Kranken auch tun, wie sehr sie sich auch auszudrücken oder zu verändern versuchen, sie gleichen nur »einer Amöbe, einem Wechseltierchen, das ständig seine Gestalt ändert und das doch nichts anderes ist und bleibt als eine Amöbe« (S. 19).

In den Fallbeispielen von Stoeckenius und Barbuceanu werden zahlreiche eingreifende Einflüsse auf die kindliche Entwicklung wie Elternverlust, Heim- und Anstaltseinweisung, Alkoholismus eines oder beider Elternteile erwähnt. In der Beurteilung der Symptome, bei der Diagnosestellung und hinsichtlich der Verstehbarkeit bestimmter Verhaltensweisen wird die psychologische Bedeutung solcher Einflüsse schlichtweg geleugnet. □

*) Mit freundlicher Genehmigung der Redaktion der Zeitschrift »Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie«. Die vollständige Besprechung ist erschienen im Heft 6/84 (Aug./Sept.), 33. Jg.

Weitgehend machtlos

AIDS: Statt der Krankheit sollen die Kranken bekämpft werden

gw - Ein Bericht im Spiegel sorgte für Aufregung. Im Bonner Gesundheitsministerium wird ein Gesetz über Zwangsmaßnahmen für AIDS-Infizierte vorbereitet.

Wird es in den nächsten Jahren 10 000 AIDS-Tote geben? Mit dieser Vermutung beunruhigten Wissenschaftler des Bundesgesundheitsamtes im *Spiegel* vor kurzem die Öffentlichkeit. Und auch Otto Normalverbraucher muß Angst haben, denn: »die Seuche bricht aus dem Schwulen-Getto aus.«

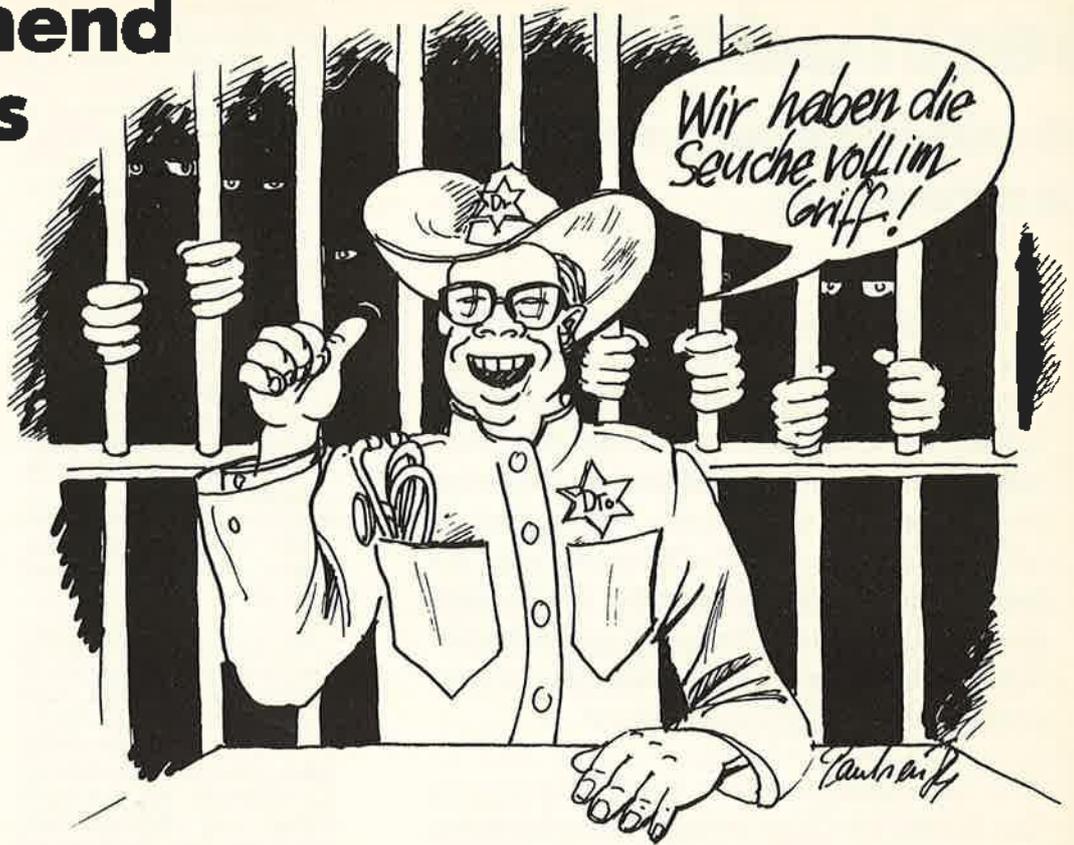
Sicher ist es bemerkenswert, daß, nach dem Erfolg der Antibiotika-Therapie bei bakteriellen Infektionskrankheiten in den letzten 30 Jahren, sich das Spektrum der Infektionskrankheiten nun zu den Virus-Erkrankungen verschiebt, gegen die die Medizin noch weitgehend machtlos ist. Die Prognose des *Spiegel* basieren auf Untersuchungen des Bundesgesundheitsamtes, das bei 1 500 Personen Antikörperbestimmungen gegen das AIDS-Virus HTLV-3 vorgenommen hatte. Hierbei wurde festgestellt, daß Antikörper gegen HTLV-3

- bei rund 20 Prozent der Drogensüchtigen, darunter auch Frauen,

- bei etwa 35 Prozent der promiskuen Homosexuellen

- und bei mehr als 60 Prozent der mit Blut-Faktor-VIII-Konzentrat vorbehandelten Blutern vorhanden waren.*)

*) Faktor VIII-Konzentrate sind Eiweißbestandteile des menschlichen Bluts, die eine wichtige Rolle bei der Blutgerinnung spielen und zu deren Herstellung viele Blutkonserven erforderlich sind.



Die Auswertung dieser Befunde machte dem *Spiegel* jedoch Probleme. Es ist nicht so, daß auch 96 Prozent der HTLV-3-positiven Personen auch die AIDS-typischen Krankheitszeichen zeigen. Die Übergangsrate von HTLV-3-Infizierten zu AIDS-Kranken beträgt nach Professor Gallo 6 Prozent pro Jahr, wobei die individuelle Widerstandskraft eine große Rolle spielt. AIDS gilt erst dann als nachgewiesen, wenn Fieber, Gewichtsverlust, Kraftlosigkeit, spezifische Lungenentzündungen, eine generalisierte Schwellung des Lymphgewebes mit Immunstörungen oder ein Hauttumor, das Kaposi-Sarkom, hinzutreten. Ob tatsächlich alle infizierten Personen auch krank werden, wie es derzeit den Anschein hat, ist genausowenig sicher abzuschätzen, wie man von der Infektiosität der AIDS-Patienten auf die der HTLV-3-Antikörper-Träger schließen kann.

So konnte man in Zaïre eine hohe Durchseuchung der Bevölkerung mit HTLV-3-Viren feststellen, ohne daß dort AIDS-Erkrankungen vorkommen.

Bis zum 27. November 1984 waren dem Bundesgesundheitsamt 120 Erkrankte bekannt. 1 000 Patienten sollen an einer Lymphadenopathie (allgemeine Lymphknotenschwellung mit Immunschwäche) leiden. Das sind nicht wesentlich mehr Patienten, als noch vor einem Jahr vermutet wurde. Noch im Oktober 1983 stellte eine Experten-

gruppe des Bundesgesundheitsministeriums fest, daß seuchenhygienische Sondermaßnahmen für die Bevölkerung bzw. das Krankenpflegepersonal derzeit nicht erforderlich seien. Jetzt scheinen die apokalyptischen Visionen aber Wirkungen zu zeigen.

Derzeit bereitet Ministerialdirektor Manfred Steinbach aus dem Bundesgesundheitsministerium ein Gesetz zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten durch Intimkontakte, eine Lex AIDS, vor. In der Diskussion sind Maßnahmen wie die Meldepflicht, die Pflicht zur regelmäßigen Untersuchung, das Verbot, Blut zu spenden und die Strafbarkeit von Sexualverkehr. Ein derartiges gesetzliches Instrumentarium steht bereits seit 1927 zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten zur Verfügung. Den Homosexuellen droht mit einem Gesetz eine verstärkte gesellschaftliche Isolation und Achtung, aus der sie sich in den letzten Jahren zunehmend lösen konnten. Statt der Krankheit sollen die Kranken bekämpft werden. Die Schließung von Saunen und Sex-Clubs in San Francisco, wo bereits 306 AIDS-Tote registriert wurden, erscheint dagegen wegen der Infektionsgefahr verständlich. Dort ist man dagegen weit davon entfernt, ein ähnliches Gesetz wie bei uns vorzubereiten.

Es gibt begründete Vermutungen, daß in den USA diese Liberalität auf dem Gebiet der Genforschung die Entstehung der AIDS-Erkrankung beim Men-

schen erst verursacht hat. Die Zeitschrift »Widersprüche« berichtet in ihrer Novemberausgabe, daß es bereits 1975, also lange vor der ersten AIDS-Erkrankung beim Menschen, im Primaten-Versuchszentrum Southborough/Massachusetts und in Davis/Kalifornien bei Experimenten mit Retro-Viren eine AIDS-Epidemie bei Affen gegeben hat. Hierzu betonte ein Wissenschaftler des Massachusetts-Zentrums, daß Parallelen zwischen dieser Erkrankung und menschlichem AIDS auffallend seien. Jedoch, die Hypothesen sind zahlreich und eine Beweisführung ist schwierig.

Die Verbreitung der Erkrankung, die sich, wie auch das Hepatitis B-Virus durch Kontakt mit Körperflüssigkeiten überträgt, zwingt jedoch zu Maßnahmen. So muß sich Gesundheitsminister Geißler fragen lassen, warum er nicht mehr als nur 4 Millionen Mark für die Erforschung der Erkrankung und die Entwicklung eines Impfstoffes zur Verfügung gestellt hat, warum kein Geld für notwendige Aufklärungsmaßnahmen zur Verfügung steht, warum keine Maßnahmen zum Schutz von Blutern ergriffen werden. Die für die Behandlung von Blutern erforderlichen Faktor VIII-Konzentrate werden derzeit u. a. über unkontrollierte Quellen aus den USA und Südamerika in die Bundesrepublik geschafft und sind für die hohe AIDS-Infektionsrate bei Blutern verantwortlich. □

DOKUMENTE

Gesetz zur Finanzierung einer besseren Pflege (Entwurf der Fraktion der Grünen)

1. Abschnitt LEISTUNGEN

§1 Personenkreis und Zielsetzung

(1) Wer Infolge Krankheit, körperlicher, seelischer oder geistiger Behinderung oder hohen Lebensalters bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens fremder Hilfe bedarf, hat Anspruch auf Hilfe zur Pflege nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen. Zu den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Sinne dieses Gesetzes zählen auch die Versorgung des eigenen Haushalts, die Teilnahme am allgemeinen Verkehr, die allgemein übliche Kommunikation mit anderen Personen und die Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben.

(2) Die Hilfe zur Pflege umfaßt auch diejenigen Maßnahmen, durch die die/der Hilfebedürftige unabhängig von Hilfe zur Pflege werden kann, Anspruch auf Hilfe zur Pflege hat auch, wer die regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zwar selbst vornehmen kann, hierzu aber der Anleitung oder Aufsicht bedarf oder wer diese Verrichtungen nur mit erheblicher physischer und/oder psychischer Belastung selbst vornehmen kann.

(3) Die Hilfe zur Pflege dient dem Ziel, den in Absatz 1 genannten Personen ein selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Eine Aussonderung aus der Gemeinschaft ist durch geeignete Maßnahmen zu verhindern, das Leben der Hilfebedürftigen im selbstbestimmten Lebensbereich zu fördern. Die mit der Durchführung dieses Gesetzes betrauten Stellen haben dafür Sorge zu tragen, daß die notwendigen personellen und sachlichen Voraussetzungen hierfür geschaffen werden.

(4) Fremde Hilfe bedeutet jede Hilfe und Unterstützung durch Dritte, ohne daß es auf die rechtliche oder tatsächliche Beziehung zwischen dem/der Hilfebedürftigen und dem/der Helfer(in) ankommt.

§2 Leistungsarten

Als Hilfe zur Pflege kommen insbesondere in Betracht das Unterstützungsgeld das Pflegegeld die ambulante Pflege die stationäre Pflege die Stellung der erforderlichen Hilfsmittel die Beratung und sonstige Maßnahmen und Leistungen

§3 Unterstützungsgeld

(1) Wer noch nicht in erheblichem Umfang pflegebedürftig ist und/oder in der Versorgung des eigenen Haushaltes, der Teilnahme am allgemeinen Verkehr, der allgemein üblichen Kommunikation mit anderen Personen und der Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben nicht nur gelegentlich auf fremde Hilfe angewiesen ist, hat Anspruch auf die Übernahme der hierbei entstehenden Kosten.

(2) Die Kostenübernahme kann auf Wunsch der/der Antragstellers/in auch in Form eines pauschalierten Unterstützungsgeldes erfolgen. Dabei ist sicherzustellen, daß das Unterstützungsgeld den jährlich steigenden Kosten angepaßt wird.

§4 Pflegegeld

(1) Ist der/die Hilfebedürftige für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang auf fremde Hilfe dauernd angewiesen, so hat er/sie einen Anspruch auf Pflegegeld.

(2) Das Pflegegeld beträgt mindestens 341,35 DM, höchstens 1365,— DM. Innerhalb dieses Rahmens richtet sich die Höhe des Pflegegeldes im Einzelfall nach Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit. Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Höhe des Pflegegeldes und die jährliche Dynamisierung festzulegen.

(3) Den in §24 Bundessozialhilfegesetz genannten Personen wird der Höchstbetrag des Pflegegeldes gewährt. Bei ihnen sind die Voraussetzungen für die Gewährung eines Pflegegeldes stets als erfüllt anzusehen.

§5 Ambulante Pflege

(1) Wer regelmäßig der Hilfe mindestens einer Pflegeperson bedarf, hat Anspruch auf Übernahme der hierfür erforderlichen Kosten. In diesem Falle ist das Pflegegeld oder das Unterstützungsgeld angemessen zu kürzen, jedoch höchstens bis zu einem Drittel. Zusätzlich sind dem Pflegebedürftigen die Aufwendungen der Pflegeperson für die soziale Absicherung zu erstatten, die der einer beruflich tätigen Pflegeperson entsprechen.

(2) Die Auswahl der Pflegeperson obliegt der/dem Hilfebedürftigen. Auf Wunsch der/des Hilfebedürftigen oder soweit ihm eine eigene Auswahl nicht möglich ist, haben die mit der Durchführung dieses Gesetzes betrauten Stellen geeignete Pflegepersonen zur Verfügung zu stellen.

(3) Die Hilfe zur Pflege kann auch durch Aufenthalt in einer Wohngruppe gewährt werden, in der mindestens zwei Hilfebedürftige mit einer Anzahl Helfer(innen) zusammenleben. Die Wohngruppen sollen ein selbstbestimmtes Leben für diejenigen Hilfebedürftigen ermöglichen, die nicht allein oder in ihrer Familie leben wollen oder können.

(4) Neue Pflegemodelle (z.B. Tages- und Nachteinrichtungen, Alten- und Behindertenwohnungen) sind entsprechend den Pflegegruppen zu fördern.

§6 Stationäre Pflege

(1) Ausnahmsweise kann auf Wunsch des/der Pflegebedürftigen die Hilfe zur Pflege auch durch Aufenthalt in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung gewährt werden

1. bei dringenden Notfällen, bei denen eine anderweitige Unterbringung in der erforderlichen Zeit nicht möglich und anderweitige Hilfen nicht verfügbar sind. In solchen Fällen ist ein baldiger Umzug in eine Wohngruppe oder die Rückkehr in den eigenen Haushalt anzustreben;
2. bei vorübergehender Pflegebedürftigkeit, wenn eine soziale Integration in eine Wohngruppe vom/ von der Pflegebedürftigen nicht gewünscht wird;
3. bei rehabilitativer Pflege zur Wiederherstellung der Selbständigkeit.

(2) Bei Unterbringung in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung muß sichergestellt sein, daß eine Rückkehr in den eigenen Haushalt möglich ist. Ist die/der Hilfebedürftige hierzu nicht in der Lage, so sind für die Dauer der stationären Unterbringung die Kosten für die eigene Wohnung zu übernehmen.

(3) Im Falle des Absatzes 1 haben die zur Durchführung dieses Gesetzes berufenen Stellen die Kosten für Unterhalt und Pflege zu tragen. Zu den Kosten des Unterhalts hat der/die Hilfebedürftige aus seinem/ ihrem Einkommen den Betrag zu tragen, den er/sie im Falle der ambulanten Pflege hierfür aufwenden würde. Das Unterstützungsgeld oder das Pflegegeld können angemessen gekürzt werden.

(4) Stationäre Pflege wird nur bis längstens 31. Dezember 1995 gewährt. Über diesen Tag hinaus wird stationäre Pflege nur gewährt, wenn der/dem Pflegebedürftigen wegen der überaus langen Dauer seines bisherigen Heimaufenthalts ein Wechsel in andere Lebensformen nicht zuzumuten ist. In diesem Fall darf eine Verschlechterung der Pflegesituation nicht eintreten.

§7 Pflege in Übergangseinrichtungen

(1) Hilfebedürftigen, denen ein Platz in einer Wohngruppe nach §5 Absatz 3 oder eine ihren Bedürfnissen entsprechende Wohnung noch nicht zur Verfügung steht, ist die Hilfe zur Pflege durch Unterbringung in einer geeigneten Übergangseinrichtung in gleichem Umfang wie stationäre Pflege zu gewähren.

(2) Die Unterbringung in einer Übergangseinrichtung wird für längstens neun Monate gewährt. In dieser Zeit haben die mit der Durchführung des Gesetzes betrauten Stellen dafür Sorge zu tragen, daß ein Wohngruppenplatz bzw. eine geeignete Wohnung zur Verfügung steht.

§8 Hilfsmittel

Der/die Hilfebedürftige hat neben den Leistungen nach den §§3 bis 7 auch Anspruch auf diejenigen Hilfsmittel, deren die/der Hilfebedürftige zur Erleichterung und Durchführung der Hilfe zur Pflege bedarf. Dies gilt auch für die Erstattung von Aufwendungen für Hilfsmittel, die die/der Hilfebedürftige anschafft oder anfertigen läßt. Der/die Hilfebedürftige ist umfassend über Art und Funktionsweise von Hilfsmitteln, insbesondere Neuentwicklungen und Vertriebsorganisationen für seinen speziellen Bedarf zu informieren. Auch Gegenstände des täglichen Lebens gelten als Hilfsmittel, wenn sie speziell für die Zwecke des Hilfebedürftigen geeignet sind.

§9 Beratung

Die Hilfe zur Pflege umfaßt auch Beratung und Unterstützung des/der Hilfebedürftigen zur Erlangung von Fertigkeiten, um möglichst eigenständig die notwendige Hilfe oder Pflege zu organisieren.

§10 Sonstige Maßnahmen

(1) Die zur Durchführung dieses Gesetzes berufenen Stellen haben über die Leistungen der §§3 bis 9 hinaus diejenigen Sach-, Dienst- und Geldleistungen zu

gewähren, die notwendig sind, das in §1 Absatz 2 genannte Ziel zu erreichen.

(2) Selbsthilfe- und Initiativgruppen, die Dienstleistungen nach diesem Gesetz erbringen, haben Anspruch auf Übernahme der ihnen durch die Organisation der Hilfe und Pflege entstehenden Kosten. Die Bundesregierung wird ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere in einer Rechtsverordnung zu regeln.

**2. Abschnitt
DURCHFÜHRUNG UND FINANZIERUNG**

§11 Durchführung und Rechtsweg

(1) Die Durchführung dieses Gesetzes obliegt den Landkreisen und den kreisfreien Städten.

(2) Die Bedarfsfeststellung erfolgt durch einen Sozialarbeiter nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt oder der vom Hilfebedürftigen gewünschten Pflegeperson.

(3) Über Widersprüche gegen Bescheide nach diesem Gesetz entscheidet die Pflegekommission (§12). Liegt sechs Wochen nach Einlegung des Widerspruchs eine Entscheidung der Pflegekommission noch nicht vor, so ist auf Antrag die beantragte Leistung vorläufig zu gewähren.

(4) Für Streitigkeiten über die Anwendung dieses Gesetzes ist der Rechtsweg vor die Sozialgerichte eröffnet. Liegt zwei Monate nach Erhebung einer Klage auf Leistungen nach diesem Gesetz eine gerichtliche Entscheidung noch nicht vor, so sind auf Antrag die Mindestleistungen nach diesem Gesetz vorläufig zu erbringen.

§12 Pflegekommission

(1) Bei den Landkreisen und den kreisfreien Städten werden Pflegekommissionen gebildet. Sie entscheiden über Widersprüche aufgrund dieses Gesetzes.

(2) Die Pflegekommission setzt sich zusammen aus a) einer/m Vertreter/in der Kommunalverwaltung als Vorsitzender/m,

b) zwei Vertreter/innen von Gruppen und Organisationen, die im Bereich der kreisfreien Stadt oder des Landkreises Hilfen im Sinne dieses Gesetzes erbringen und

c) vier Vertreter/innen von Selbsthilfe- oder Initiativgruppen, denen überwiegend Hilfebedürftige im Sinne dieses Gesetzes angehören.

(3) Die Mitglieder der Pflegekommission werden auf Vorschlag der in Absatz 2 Ziff. b) und c) genannten Gruppen und Organisationen von der Kreis- oder Gemeindevertretung für jeweils ein Jahr berufen. Die Bundesregierung wird ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates durch eine Rechtsverordnung die Wahl der Pflegekommission und die Höhe der Aufwandsentschädigungen und Sitzungsgelder für die unter Absatz 2 Ziff. c) genannten Mitglieder zu regeln.

§13 Pflegeombudsfrau/mann

(1) Die nach diesem Gesetz zuständigen Träger ernennen für ihren Bereich eine/m Pflegeombudsman/frau auf Vorschlag der örtlichen Selbsthilfe- und Initiativgruppen.

(2) Die/der Pflegeombudsfrau/mann hat das Recht auf umfassende Akteneinsicht und Zutritt zu allen Einrichtungen, die dieses Gesetz betreffen. Sie/er unterrichtet sich in regelmäßigen Abständen über die Arbeit der ambulanten und stationären Pflegehilfen sowie der Übergangseinrichtungen, nimmt Beanstandungen und Beschwerden Betroffener oder Angehöriger entgegen und überprüft diese auf ihre Berechtigung. Sie/er fertigt in regelmäßigen Abständen einen Leistungs- und Mängelbericht an und veröffentlicht diesen.

(3) Die Bundesregierung wird ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates in einer Rechtsverordnung den arbeitsrechtlichen Status der/s Pflegeombuds-frau/mann zu regeln.

**3. Abschnitt
LEISTUNGSVORRANG**

§15

Erhält die/der Hilfebedürftige nach anderen gesetzlichen Vorschriften gleichartige Leistungen, so gehen diese insoweit den Leistungen nach diesem Gesetz vor. Ansprüche auf Leistungen und Maßnahmen zur Rehabilitation einschließlich der Eingliederungshilfe für Behinderte nach den §§39 folgende des Bundes-sozialhilfegesetzes werden durch dieses Gesetz nicht berührt. Solche Leistungen dürfen nicht deshalb versagt werden, weil gleichartige oder ähnliche Leistungen nach diesem Gesetz erbracht werden können.

**4. Abschnitt
GESETZESÄNDERUNGEN UND
SCHLUSSVORSCHRIFTEN**

§16

In Art. II §1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch wird folgende Ziffer 20 angefügt: »20, das Gesetz zur Finanzierung einer besseren Pflege vom ...«

§17

Mit Inkrafttreten dieses Gesetzes treten die §§67 bis 69 Bundessozialhilfegesetz und §35 Bundesversorgungsgesetz außer Kraft. Ansprüche nach §35 Bundesversorgungsgesetz, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes begründet waren, bleiben unberührt.

§18

§33a Absatz 3 Nr. 4 Einkommensteuergesetz 1975 wird gestrichen.

§19

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des §13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes vom 4. Januar 1952 (Bundesgesetzblatt I Seite 1) auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach §14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

§20

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1986 in Kraft.

Begründung der einzelnen Vorschriften

zu §1

Abs. 1: Die Formulierung knüpft an gegenwärtige gesetzliche Regelungen in BSHG, BVG, LAG und RVO an und erweitert diese durch Aufnahme von Verrichtungen, die bisher von der Rechtsprechung nicht anerkannt oder zumindest umstritten waren, der Vollständigkeit halber aber auf jeden Fall aufgenommen werden sollten. Es handelt sich hierbei um die Grundnorm der Leistungen, die selbst noch keine Leistungen gewährt, aber Voraussetzung für die anderen Vorschriften ist.

Abs. 2: Die hier beschriebenen Arten des Hilfebedarfs sind auch nach der bisherigen Rechtsprechung schon Bestandteil der Pflegeleistungen, insofern handelt es sich nur um eine Klarstellung.

Abs. 3: Die formulierte Zielbestimmung soll von der gegenwärtig herrschenden Rechtsprechung wegführen, die als Ziel nur die Erhaltung der physischen Existenz ansieht und damit eine teilweise restriktive Handhabung im Einzelfall begründet. Der allgemein formulierte Anspruch der Nicht-Aussonderung wird durch die konkreten Regelungen etwa in §8 unterstützt. Dem gleichen Ziel dient auch die Besserstellung des/der Antragstellers/in im Verwaltungsverfahren nach §§11 und 12.

Abs. 4: Hier ist vor allem die Gleichstellung der familiären mit der sonstigen Hilfe verankert. Die gegenwärtige Ungleichbehandlung z.B. in §69 Abs. 2 BSHG wird allgemein für rechtspolitisch verfehlt angesehen und sollte ausdrücklich anders geregelt werden. Außerdem werden für die Hilfebedürftigen Gestaltungsmöglichkeiten im Verhalten zum Helfer eröffnet.

zu §2

Die einzelnen Pflegeleistungen werden in einem Überblick kurz dargestellt. Dabei sind das Unterstützungsgeld und das Pflegegeld die abstrakten Pflegeleistungen und die übrigen die konkreten Pflegeleistungen. Die abstrakten Leistungen sind unabhängig davon, ob und in welcher Weise tatsächlich Hilfe von dritter Seite dem/der Hilfebedürftigen erbracht wird. Leistungsvoraussetzung ist nur ein Bedarf an Hilfe, dem dann die abstrakte und pauschale Geldleistung entspricht.

Die übrigen Leistungen dienen demgegenüber dazu, die Hilfe konkret zu erbringen durch von Hilfebedürftigen selbst oder vom Kostenträger beschaffte Pflegepersonen.

zu §3

Das Unterstützungsgeld ist neu und für die Fälle leichter Hilfebedürftigkeit gedacht. Gerade in diesem Bereich besteht ein oft erheblicher ungedeckter Bedarf an Hilfe, wie die Untersuchung »Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger« gezeigt hat. Ein Teilbereich des nunmehr von Unterstützungsgeld abzudeckenden Bedarfs wird bisher durch Steuererleichterung nach §33b EStG gedeckt. Diese Regelung wird abgeschafft (§17) zugunsten der einheitlich für alle Einkommensbezieher/innen gleich hohen Leistung nach §3.

Als Abgrenzung für die unter Mitmenschen allgemein übliche Hilfestellung dienen die Merkmale »nicht nur gelegentliche« und »angewiesen«. Merkmal für die Entscheidung über die Höhe des Unterstützungsgeldes ist der zeitliche Aufwand des Bedarfs an fremder Hilfe. Die Abgrenzung zu §4 ist begrifflich unscharf. Dies entspricht dem Gegenstandsbereich. Sollte sich in der Praxis erweisen, daß die begriffliche Unschärfe zu Rechtsunsicherheiten führt, so ist eine Korrektur des Gesetzestextes vorzunehmen.

zu §4

Abs. 1: entspricht der bisherigen Regelung in §69 Abs. 3 BVG. Bezüglich der Abgrenzung zu §3 ist auf die Begründung zu §3 zu verweisen.

Abs. 2: die hier genannten Beträge entsprechen einem Achtel bzw. der Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach §18 Sozialgesetzbuch (Viertes Buch). Diese Bezugsgröße ist der jährlich neu berechnete Durchschnitt der Arbeitsentgelte der in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherten Arbeitnehmer/innen (1984: 2730,- DM/monatlich). Das wäre erheblich besser als bisher im Sozialhilferecht, entspräche etwa dem der Unfallversicherung und läge im Höchstbetrag etwas unter dem nach dem BVG. Vorteil bei der Anbindung an die Bezugsgröße ist die automatische jährliche Dynamisierung entsprechend der Einkommensentwicklung.

Die Rechtsverordnung soll Richtwerte für die Verwaltung festlegen, von der im Einzelfall abgewichen werden kann, weil ja nur das in der Regel zustehende Pflegegeld festgelegt wird. Beeinträchtigungen sind dabei als solche Auswirkungen der Krankheit, Behinderung oder des Alters zu verstehen, die sich bezüglich der ... Verrichtungen ... im Sinne des §1 bemerkbar machen.

Abs. 3: entspricht der bisherigen Regelung im BSHG.

zu §5

Abs. 1: Maßstab ist hier der individuelle Hilfebedarf und die tatsächlich von dritter Seite zu leistende Hilfe. Zur Festlegung im Einzelfall vgl. §11. Die Formulierung »Übernahme der Kosten« läßt es offen, ob im Einzelfall der/die Pflegebedürftige (oder die Verwaltung) eine entsprechende Pflegeperson suchen und ob die Kosten nachträglich erstattet oder direkt die Zahlung an die Pflegeperson übernommen wird.

Abs. 2: Hier soll der auch bisher schon vorgenommene Vorrang der selbstbeschafften Pflegeperson ausdrücklich im Interesse der Betroffenen festgeschrieben werden. Damit dies nicht zu Leistungslücken für diejenigen führt, die zur Beschaffung selbst nicht in der Lage sind, ist nachrangig eine Vorhaltpflicht des Leistungsträgers vorgesehen.

Die Rechtsbeziehungen zwischen Hilfebedürftigen/r, Helfer/in, evtl. ambulanten Hilfsdienst und Leistungsträger sind in der Rechtswissenschaft noch weitgehend ungeklärt. Auch der vorliegende Gesetzentwurf beschränkt sich hier auf das Auswahlrecht des/der Betroffenen, läßt aber ansonsten die konkrete Umsetzung offen. Sollte sich in der Praxis ein weiterer Regelungsbedarf ergeben, könnte dies später noch nachgeholt werden.

Abs. 3: Die Wohngruppenpflege ist neu aufgenommen und soll als Alternative zur Heimunterbringung dienen. Da sich Alternativen auf diesem Gebiet gerade erst entwickeln, verbietet sich eine eingehende rechtliche Reglementierung.

Einzig durch dies Gesetz geregelt ist dabei die Übernahme der Pflegekosten. Der Lebensunterhalt ist hiervon nicht berührt und muß grundsätzlich weiterhin selbst beschafft werden. Dies ist auch ein wesentlicher Unterschied zur stationären Pflege (§6). Durch Rechtsverordnung ist zu gewährleisten, daß in einer angemessenen Übergangszeit auch für Pflegegruppen kostendeckende Pflegesätze übernommen werden, um sie gegenüber den derzeit bevorzugten stationären Einrichtungen nicht zu benachteiligen.

zu §6

Abs. 1: nennt die Voraussetzungen für stationäre Pflege.

Abs. 2: Diese Vorschrift dient wie einige andere auch dem allgemeinen Ziel des §1, die Aussonderung zu verhüten. Es soll verhindert werden, daß durch den Heimaufenthalt »vollendete Tatsachen« geschaffen werden, durch die eine Rückkehr in den eigenen Lebensbereich nicht mehr möglich ist.

Abs. 3: In den Heimen wird neben der Pflege naturgemäß auch Unterhalt in Form von Wohnung, Nahrung etc. geleistet. Auch diese Kosten sind zu übernehmen, wobei der/die Pflegebedürftige in Höhe der »häuslichen Ersparnis« zur Kostentragung herangezogen wird. Dies entspricht dem Grundsatz, daß im vorliegenden Gesetz nur der pflegebedingte Mehraufwand gedeckt werden soll und die anderen Bereiche grundsätzlich unverändert bleiben.

Abs. 4: Hier ist am deutlichsten die grundsätzliche Ablehnung der Heimunterbringung zum Ausdruck gebracht. Die gegenwärtig bestehenden Heime sollen nur noch bis zum genannten Zeitpunkt aus öffentlichen Mitteln gefördert werden, danach nicht mehr. Die Übergangsregelung versucht Härten für die Betroffenen zu vermeiden.

zu §7

Da nicht davon ausgegangen werden kann, daß jedem sofort bei Bestehen des Bedarfs auch ein Wohngruppenplatz oder eine eigene Wohnung zur Verfügung steht, war diese Übergangsregelung verbunden mit der Vorhaltpflicht in Abs. 2 notwendig.

zu §8

entspricht der bisherigen Regelung und §68 Abs. 2 BSHG.

zu §9

erweitert die nach dem SGB I bestehenden Beratungspflichten der zuständigen Sozialleistungsträger.

zu §10

Beinhaltet eine weit gefaßte Generalnorm als Aufgangtatbestand. Abs. 2 soll den »Wettbewerbsvorteil« der großen Wohlfahrtsverbände ausgleichen.

zu §11

Abs. 1: Als Leistungserbringer neu zu schaffender Pflegeleistungen werden immer wieder die Krankenkassen, die Kommunen, die Rentenversicherung und die Versorgungsämter genannt. Hier wurden die Kommunen gewählt, weil dies relativ überschaubare Verwaltungseinheiten sind und bei den Krankenkassen möglicherweise die Gefahr besteht, daß sie zu einseitig medizinisch orientiert sind.

Abs. 2: Pflegebedürftigkeit ist ein soziales, kein medizinisches Problem. Deshalb ist ein Sozialarbeiter für die Bedarfsfeststellung geeignet, hat diese aber in Absprache mit anderen vorzunehmen. Es ist darauf hinzuwirken, daß die Stellung der/s Sozialarbeiters/in umfassend gestärkt wird. Die Stellung sollte der eines/r Amtsärztin/arztes vergleichbar sein.

Abs. 3: Auch diese Regelung ist eine Neuerung im Sozialrecht. Über Widersprüche entscheidet erstmals ein Ausschuß, an dem maßgeblich die Betroffenen selbst beteiligt sind. Außerdem wird mit der Vorschrift über vorläufige Leistung die Verwaltung in die Position dessen gebracht, der aktiv werden muß. Ansonsten erhält der Antragsteller seine beantragten Leistungen.

Abs. 4: Die Sozialgerichtsbarkeit sollte künftig einheitlich für das gesamte Sozialrecht zuständig sein, die Aussonderung des Sozialhilferechts — und damit der meisten »Pflegefälle« — an die Verwaltungsgerichte ist wenig sachgerecht.

Die Vorschrift über vorläufige Leistungen — allerdings beschränkt auf die Mindestleistungen — soll dem Pflegebedürftigen das Risiko übermäßig langer Gerichtsverfahren abnehmen.

zu §12

Abs. 1: Auch die Pflegekommissionen sind neu. Sie entscheiden nicht nur über Widersprüche (§11), sondern überwachen auch die Einrichtungen der Pflege und dienen als Ansprechpartner für die Pflegebedürftigen in Streitfällen, die nicht Gegenstand eines Rechtsstreits sind.

Abs. 2: Der Vorsitz durch eine/n Verwaltungsbeamten/in erscheint schon aus Praktikabilitätsgründen notwendig, z.B. bei der Abfassung von Widerspruchsbescheiden. Ansonsten überwiegen zahlenmäßig die Vertreter der Betroffenen, was eine sachlich fundierte Entscheidung im Einzelfall ermöglichen soll.

zu §13

Es handelt sich beim vorliegenden Gesetz um ein Bundesleistungsgesetz, dessen Kosten entsprechend aus dem allgemeinen Steueraufkommen aufzubringen sind. Die Verteilung der Kosten zwischen Bund und Ländern regelt §13. Damit ist auch eine Trennung zwischen der Kostenträgerschaft und der Durchführung des Gesetzes — Kommunen — vorgenommen.

zu §15

Doppelleistungen sollen vermieden werden, die Regelungen der Unfallversicherung bleiben ebenso erhalten wie z.B. die nach dem LAG oder nach dem Beihilferecht der Beamten. Empfänger derartiger Leistungen sollen nicht schlechter, aber auch nicht besser als die anderen stehen. Die Regelung zum Vorrang der Reha-Maßnahmen war zur Klarstellung notwendig. Die Abgrenzung der Pflegeleistungen von den Reha-Maßnahmen ist teilweise nicht ganz einfach, jedenfalls soll aber niemand durch die Neuregelungen schlechter stehen, weil ihm dann ggf. Reha-Maßnahmen verweigert werden. Dies ist nach §14 ausgeschlossen.

zu §18

Nach §33a Abs. 3 Nr. 4 EStG können Kosten der Beschäftigung eines Hausgehilfin/en zu 1200 DM jährlich steuerlich abgesetzt werden. Diese Möglichkeit wird nunmehr ersetzt durch die pauschale Leistung des Unterstützungsgeldes oder des Pflegegeldes. Diese beinhalten nach §1 nunmehr auch den Hilfebedarf bei der Versorgung des eigenen Haushalts.

Stellungnahme des DGB zum Referentenentwurf eines Zivilschutzgesetzes (Auszüge)

I.

Der Referentenentwurf eines Zivilschutzgesetzes geht offensichtlich davon aus, daß die Folgen eines Krieges für die Zivilbevölkerung auch angesichts von Art und Umfang der heute einsetzbaren Waffen planbar, organisatorisch zu bewältigen und abwehrbar sind (vgl. §1 des Entwurfs). Diese Grundannahme ist, wie die politisch Verantwortlichen wissen müßten, äußerst fragwürdig. Der DGB hält sie für falsch.

Zivilschutz unter den Bedingungen eines künftigen Krieges auf dem Boden der Bundesrepublik Deutschland, der mit hoher Wahrscheinlichkeit ein atomarer Krieg sein wird, ist unmöglich.

Die bisherigen sicherheitspolitischen Bemühungen der Weltmächte haben nicht zu einer Reduzierung des Waffenpotentials geführt. Das Prinzip der Abschreckung, das bisher zwar den Krieg verhindert hat, hat eine langfristige weltweite Friedenssicherung nicht bewirkt. Die Angst der Menschen, insbesondere in der Bundesrepublik Deutschland, vor einem gewollten oder ungewollten atomaren Konflikt wächst ständig.

äquivalentes Verhalten der Bevölkerung voraussetzen« (siehe S. 1 und 10 der Entwurfsbegründung).

Der Deutsche Gewerkschaftsverband lehnt wegen der Nutzlosigkeit der vorgesehenen Maßnahmen im Verteidigungsfall und der eher konfliktfördernden Wirkung eines solchen Gesetzes den vorliegenden Referentenentwurf eines Zivilschutzgesetzes ab. Nur durch vertrauensbildende Maßnahmen, durch eine enge Kooperation der Weltmächte, die sich auf gegenseitiges Vertrauen stützen muß, ist eine Katastrophe vermeidbar. Der Deutsche Gewerkschaftsbund empfiehlt der Bundesregierung, sich mit aller Kraft für diese Ziele einzusetzen. Dies — und nicht die vermeintliche Vorsorge für den mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht überlebenden Kriegsfall — ist das Gebot der Stunde.

Darüber hinaus fordert der Deutsche Gewerkschaftsbund die Bundesregierung auf, sich dafür einzusetzen, daß die Stationierung neuer Kurz- und Mittelstreckenwaffen in Europa gestoppt wird und die bereits stationierten und auf Europa gerichteten Waffen dieser Art von beiden Seiten abgebaut werden.

Der in einer solchen sicherheitspolitisch brisanten Zeit vorgelegte Referentenentwurf eines Zivilschutzgesetzes kann dazu beitragen, diese Angst zusätzlich zu schüren, da augenscheinlich verbindliche Vorbereitungen für einen Verteidigungsfall getroffen werden müssen.

Nach den Erfahrungen eines Atomangriffs auf Hiroshima und aufgrund der grauenhaften Folgen eines Einsatzes der heute verfügbaren, noch weit wirkungsvolleren Waffen sind alle Bemühungen des Zivilschutzes wirkungslos.

Die durch den Entwurf vermittelte Verharmlosung auch eines atomaren Konfliktfalles ist umso ernster zu nehmen, als dort auch beabsichtigt ist, diese Sichtweise im öffentlichen Bewußtsein durchzusetzen und zu verankern. So heißt es in der Begründung, Zivilschutz sei »auf die Akzeptanz durch die Bevölkerung angewiesen«, die Effizienz seiner Maßnahmen hänge entscheidend von der Einsicht und Mitwirkung der Bürger ab, »ohne entsprechende Maßnahme der Aufklärung würden staatliche Zivilschutzmaßnahmen weitgehend unwirksam bleiben, da sie ein gefahren-

»Solange wir Fleisch essen . . .«

dg-Gespräch mit dem Kinderkardiologen Peter Brode

»Baby Fae« lebte nur wenige Tage mit einem Pavianherzen. In der Öffentlichkeit wurden vor allem die ethischen Probleme der Verpflanzung diskutiert.

Für dg sprach Stephan Schölzel mit dem Privatdozenten Dr. Peter Brode, einem der führenden Kinderkardiologen der Bundesrepublik.

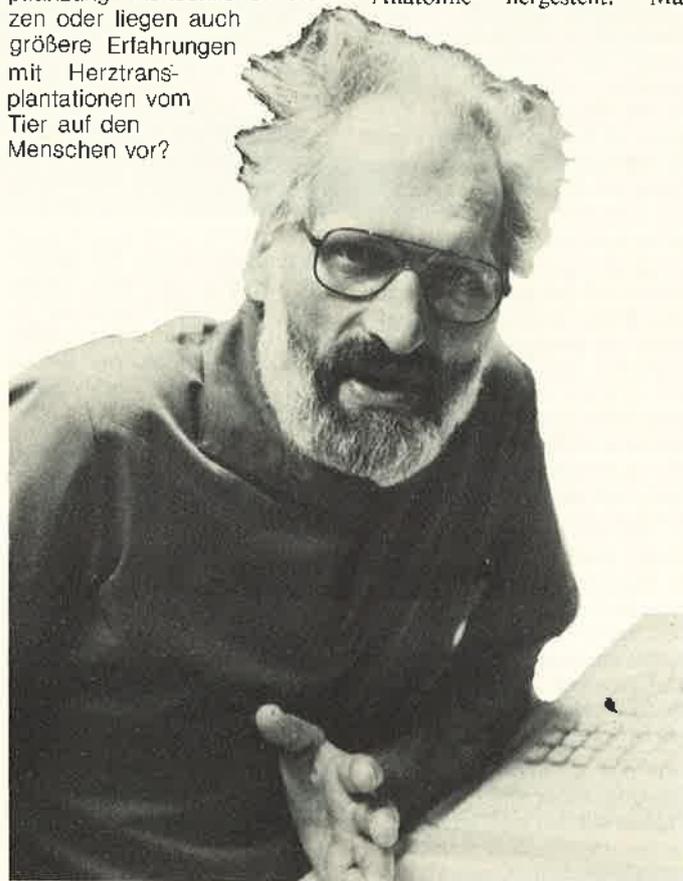
dg: Im Zusammenhang mit der Verpflanzung eines Affenherzens in ein Neugeborenes mit einem unkorrigierbaren Herzfehler ist die Problematik der Herztransplantation wieder ins Bewußtsein der Öffentlichkeit gelangt. Welches sind die grundsätzlichen Probleme der Herzverpflanzung?

Brode: Seit 1967 sind ca. 500 Herztransplantationen in der ganzen Welt durchgeführt worden. Die ersten Ergebnisse waren entmutigend. Dies war nicht bedingt durch die chirurgische Technik, die kein wesentliches Problem darstellt, sondern durch die immunologischen Reaktionen, die im ungünstigsten Fall in einer Abstoßung des transplantierten Herzens durch den Körper des Empfängers bestehen. Auf diesem Gebiet sind nun in letzter Zeit wesentliche Fortschritte erzielt worden, insbesondere durch die von Shumway und Stinson von der Stanford University in Kalifornien, USA, erarbeiteten Kriterien für Transplantationen. Diese Kriterien beziehen sich auf die Auswahl der potentiellen Empfänger, diagnostische Maßnahmen nach der Herztransplantation wie die regelmäßige Durchführung von Herzmuskelbiopsien und die Verwendung von Medikamenten zur Immunsuppres-

sion, insbesondere des Cyclosporin A.

Unter strengen Auswahlkriterien und einer standardisierten postoperativen Behandlung haben die Einjahresüberlebensraten seit 1974 60 bis 65 Prozent betragen. Die statistische Fünfjahresüberlebensrate lag bei 35 bis 40 Prozent. Bei 90 Prozent der überlebenden Patienten wurde eine völlige Rehabilitation erreicht. Bei diesen Kollektiven handelt es sich um Erwachsene.

dg: Handelt es sich bei den von Ihnen erwähnten Transplantationen ausschließlich um Verpflanzung menschlicher Herzen oder liegen auch größere Erfahrungen mit Herztransplantationen vom Tier auf den Menschen vor?



Brode: Bei den von mir erwähnten Transplantationen handelt es sich ausschließlich um Verpflanzung von menschlichen Herzen. Übertragungen von Tierherzen auf den Menschen sind bisher nur sehr selten vorgenommen worden.

dg: Wie häufig stellt sich die Notwendigkeit einer Herztransplantation bei Kindern?

Brode: Insgesamt selten. Es kommt jedoch darauf an, wie man die Indikation sieht oder

anders ausgedrückt: Was man als Ziel einer operativen Behandlung ansieht. Wenn man davon ausgeht, daß es ausreicht, einen Herzfehler soweit operativ zu korrigieren, daß die Kreislaufsituation gebessert ist, und man dadurch den Patienten in einen überlebensfähigen Zustand bringen kann, dann sind über 90 Prozent aller angeborener Herzfehler — und um diese handelt es sich bei der großen Mehrzahl der Kinder — mit den bisher entwickelten operativen Verfahren korrigierbar. Diese Operationsverfahren sind jedoch teilweise palliativ, d.h. es wird keine Normalisierung der Anatomie hergestellt. Man

oder beim Verschuß eines Loches der Vorhofscheidewand (ASD) oder der Kammerscheidewand (VSD).

Wir müssen uns darüber im klaren sein, daß auch bei einem Großteil der erfolgreich am Herzen operierten Kinder keine Normalität erreicht werden kann, sondern nur eine Korrektur der anatomischen und der Kreislaufsituation. Auf die Transplantation bezogen heißt das: Wenn ich das ehrgeizige Ziel habe, die Normalität wieder herzustellen, dann müßte ich die Indikation zur Transplantation sehr viel häufiger stellen, vorausgesetzt, daß das implantierte Herz auch über Jahre hinaus normal funktionieren kann.

dg: Stellt die Herztransplantation für Sie ein ethisches Problem dar?

Brode: Das ist ein weites Feld. Ich gehe davon aus, daß grundsätzlich jedes menschliche Lebewesen erhaltenswert ist. Die Definition von »unwertem« Leben ist nicht möglich und nicht erlaubt, da sie politischem Mißbrauch, wie uns unsere jüngste Vergangenheit auf furchtbare Weise gelehrt hat, die Rechtfertigung zur Unmenschlichkeit liefern kann. In diesem Kontext ist eine Transplantation des Herzens und anderer Organe, solange sie die Eigenart und individuelle Persönlichkeit des Menschen nicht verändert, meines Erachtens erlaubt. Ich sehe in diesem Zusammenhang auch kein ethisches Problem in der Verpflanzung von Tierherzen auf Menschen. Da sich ein Großteil der Menschheit zur Deckung seines Eiweißbedarfs durch Töten von Tieren ernährt, sehe ich keinen sittlichen Widerspruch darin, nicht das Herz eines Pavians oder eines anderen Tieres dazu zu benutzen, einem Menschen ein normales und gesundes Leben zu ermöglichen.

dg: Halten Sie die Kosten für eine Herztransplantation für gerechtfertigt angesichts von Millionen Hungernden und Sterbenden, ärztlich nicht versorgten Kindern in den sogenannten Entwicklungsländern?

Brode: Dies ist eine außerordentlich schwer zu beantwortende Frage. Wir stehen hier vor dem Problem der völligen Divergenz der Möglichkeiten der Hilfe für unsere Mitmenschen in



»Alternative: Kunstherz«

verschiedenen Regionen dieser Welt. Wie in der Tat soll man die Kosten von 60000 bis 100000 Dollar für eine Herztransplantation (dies sind die Kosten in den USA für den Eingriff und die unmittelbare postoperative Behandlung, die späteren Folgekosten sind dabei noch nicht berücksichtigt), womit also ein Menschenleben möglicherweise gerettet wird, rechtfertigen, wenn man weiß, daß täglich 40000 gesunde Kinder an Unterernährung und deren Folgen sterben? Oder ein anderes Beispiel: Daß die USA für die Modernisierung einer Luftkampfrakete mehr Geld ausgegeben haben als der Weltgesundheitsbehörde in 10 Jahren für die Bekämpfung der Pocken zur Verfügung standen. Angesichts dieser Inkongruenzen, die wir ja auch auf anderen Gebieten finden (Beispiel: Überfluß hier, Hunger dort) halte ich die Herztransplantationen nicht für gerechtfertigt.

Dies ist jedoch nicht mein letztes Wort. Zwei Dinge sprechen für solche Versuche:

Erstens: Durch den Verzicht auf eine Therapiemethode in den entwickelten Ländern werden die krankheitsverursachenden sozialen Probleme in anderen Teil der Welt nicht gebessert. Das gleiche Problem »Krankheit« bedarf je nach der sozialen und politischen Situation unterschiedlicher Lösungen.

Zweitens: Der Verzicht auf die Anwendung einer Therapiemethode bedeutet, daß man aufhört, über sie nachzudenken. Damit würden neue, bessere und vielleicht auch billigere Möglichkeiten der Behandlung gar nicht mehr bedacht, erforscht und in Erwägung gezogen werden. Das bedeutet Stillstand und Verzicht, kranken Mitmenschen das Leben zu ermöglichen. Diese Gesichtspunkte sprechen also für den Versuch und die Arbeit am Problem der Herztransplantation.

Ich persönlich denke, daß das Kunstherz als Alternative einer Transplantation von menschlichen oder tierischen Herzen vorzuziehen sei, zumal es uns die Möglichkeit gäbe, solche »Apparate« in jeder Zahl und Größe herzustellen. | |

Sicher nichts Ernstes

Prozeß um Fehldiagnose endete nach Jahren mit Freispruch

hc - Eine Zwanzigjährige starb am Blinddarmdurchbruch — der Arzt hatte auf Gastritis getippt. Nach jahrelangem Strafprozeß ist der Ehemann mürbe geworden.

An einem Junitag vor acht Jahren wurde der niedergelassene Arzt Dr. Reinhold G. (Sprechzeiten: Mo.—Fr. 9—12, Mo., Di., Do. 17—19) in einer kleinen Ortschaft im Münsterland um einen Hausbesuch bei der bettlägerigen 20jährigen Angela F. gebeten. Der Ehemann, erst seit einem halben Jahr verheiratet mit seiner um viele Jahre jüngeren Frau, machte sich Sorgen, denn Angela war bisher noch nie ernsthaft krank gewesen. Vielleicht ängstigte sich seine Frau auch nur, und er wollte sie beruhigen und einen Arzt kommen lassen. Sicher nichts Ernstes. Die Schmerzen im Bauch waren jedoch so stark, daß sie es zeitweise nur im Bett aushielt.

»Ich glaub', er kommt nicht als Arzt, sondern als Pastor«, hat sie einmal gemeint, als dann der Arzt zum wiederholten Mal zum Nachsehen gekommen war und es nicht besser wurde. Am fünften Tag nach dem ersten Besuch war sie tot.

In den Krankenpapieren der Klinik, in die sie viel zu spät eingeliefert worden war, wurde vermerkt: »Protrahierter Schock bei appendizitischem Abzeß im kleinen Becken mit Ileusoperation, Laparotomie, Appendektomie, Drainage.« Zu deutsch: Blinddarmdurchbruch. »Nach einer Erstuntersuchung wurde festgestellt, daß die Patientin nicht operabel war. Nach intensivmedizinischen Maßnahmen wurde tags drauf die Operation durchgeführt. Die Patientin verstarb am 20. 6. 1976 um 11.15 Uhr am protrahierten Schockzustand aufgrund einer von vornherein vorhandenen akuten Appendicitis.« (Zitate aus der späteren Anklageschrift des Staatsanwaltes)

Der Hausarzt wird überrascht gewesen sein. Hatte er doch nach seinem erfahrenen diagnostischen Blick auf eine Gastritis getippt. Aber schon kurz nach der erschütternden Nachricht aus der Klinik schien er sich wieder gefaßt zu haben. Er hatte eine Lösung gefunden, mit der sich's weiterleben ließ. Der fassungslose Witwer, Pavel F., sollte fortan auf Distanz gehalten werden mit der schnell zurechtgezimmerten Notlüge eines gleichsam biphasischen Krankheitsverlaufs. Phase 1: Eine Gastritis (Symptome: Oberbauchschmerz usw.), Phase 2: Darübergelagerte Blinddarmsache (Symptome durch die Gastritis äußerst schwierig zu fassen). Damit hatte er seinen Anteil zur Trauerarbeit geleistet.

Doch während sich normalerweise die medizinischen Laien von den abenteuerlichsten Sprüchen der Ärzte einschüchtern lassen, wenn sie nur energisch genug vorgetragen werden, ließ Pavel F. mit seinen Fragen nicht locker. Der Fehler des Hausarztes erschien nicht nur ihm so offensichtlich, daß er auf eine gerichtliche Klärung des Sachverhaltes drängte:

Um Geld ging es nicht

Er wandte sich an einen Rechtsanwalt aus Köln, der für ihn die Sache vor Gericht bringen sollte. Er selbst hatte als Student zwar kein Geld, aber er hoffte, daß sich die Kosten in Grenzen halten würden — vielleicht sogar durch Ferienjobs finanzierbar. Er rechnete mit ein paar Monaten für die Ermittlungen, die Anklage und den Prozeß. In einem Brief an seinen Anwalt, den Bekannte ihm empfohlen hatten, legte er Wert darauf, daß es ihm nicht um Schadenersatz ginge: »Das ist nicht mein Sinn. Mir geht es in erster Linie um Klarstellung des Falls und nicht um Geld.«

Heute, acht Jahre später, hat er weder die gesuchte Klarstellung noch das Geld. Er hat vor kurzem neu geheiratet. Wieder eine jüngere Frau. Im kommenden Jahr kommt das erste Baby.

Wir treffen uns in seinem Atelier allein. Seine Frau möchte er aus dieser Geschichte heraushal-

ten. Er zeigt auf die Akten vom Prozeß, das, was er selbst an Zeitungsausschnitten gesammelt hat und was der Anwalt ihm zugesandt hatte: »Alle haben sich daran verdient«, meint er nachdenklich, »die Rechtsanwälte, die Richter, die Gutachter, die Versicherungen, der Beerdigungsumtornnehmer . . . rausgekommen ist für mich selbst nichts.«

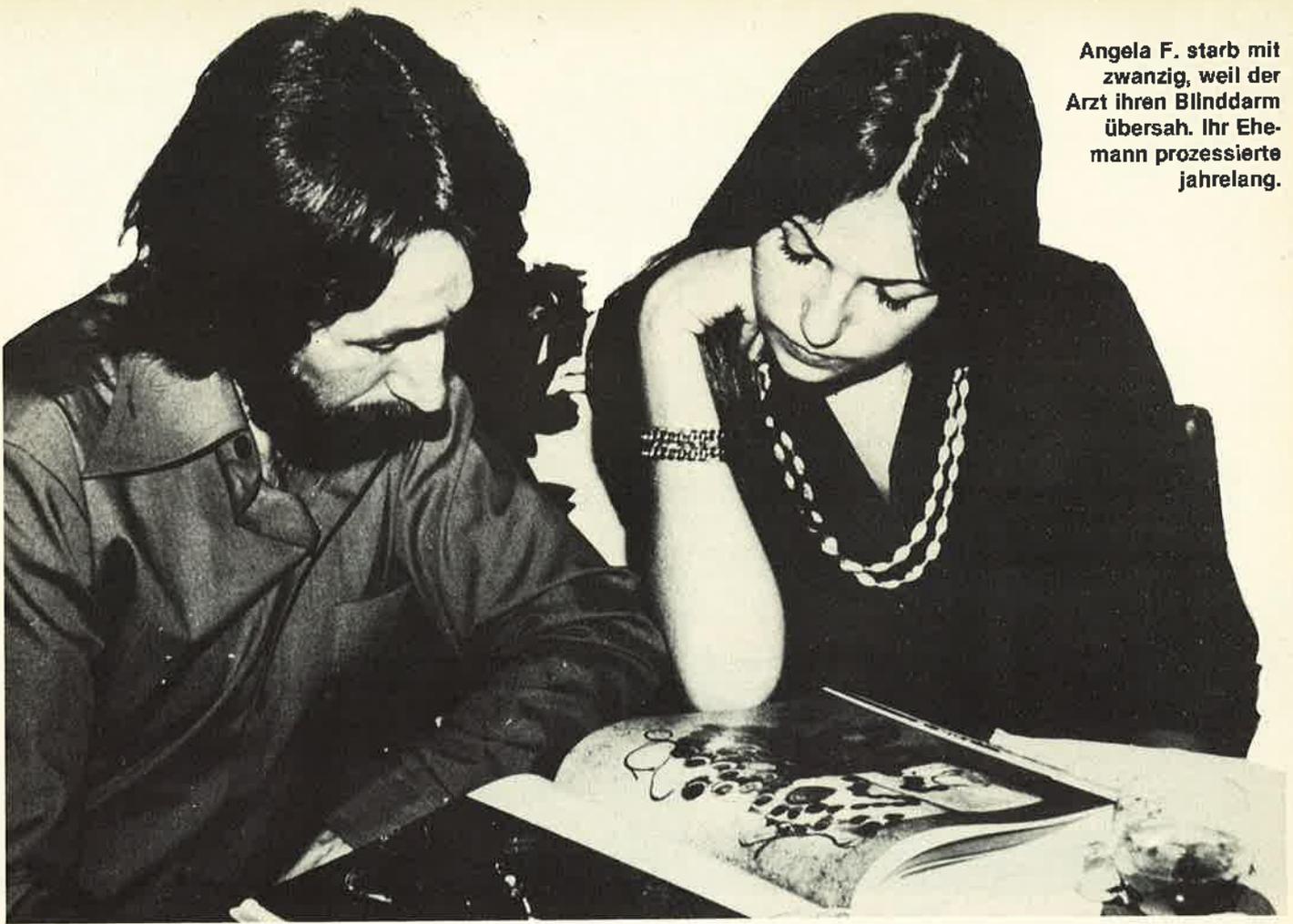
Aber immerhin läßt ihn inzwischen das Gericht in Ruhe. Man kann sich nach der Lektüre der Gerichtskorrespondenz nämlich gut vorstellen, daß man sehr schnell gegen das blöde Gefühl ankämpfen muß, nicht selbst der Angeklagte zu sein. Man liest den eigenen Namen auf Einladungen für die Verhandlung vor Gericht, die wie Befehle abgefaßt sind. Man reißt ungeduldig die Briefe vom Anwalt auf und findet nur seitenlange Protokolle von Schriftsätzen, die auch ohne eigenes Zutun in einem scheinbar endlosem Kreislauf zwischen Staatsanwaltschaft, Gutachtern, Anwälten und Richtern über Jahre herumreisen: Zur Kenntnisnahme! Und man bekommt Verhaltensmaßregeln vom eigenen Anwalt, was man wann und wie zu sagen habe.

Über dem Grab hatte es schon mehrmals geschneit. Er gewann neue Freunde, die seine verstorbene Frau nie gekannt hatten, die manchmal nicht wußten, daß er verheiratet gewesen war — und noch immer erhielt er Post vom Anwalt, in der ihm mitgeteilt wurde, daß es nun bald zur Anklageerhebung gegen den Arzt wegen fahrlässiger Tötung seiner Frau kommen würde.

Gutachter warb um Verständnis

»Lies nur,« meinte er, als er mir die Akten mitgab, »da wirst du die Daten alle finden. Ich weiß das inzwischen gar nicht mehr so genau.«

Und dann schildert er mir knapp, wie zunächst die Anklage vom Gericht gar nicht zugelassen werden sollte. Zwei Gutachten seien vom Gericht angefordert worden. Das eine, wie ich dann in Ruhe nachgelesen habe, warb um Verständnis für die Verteidigung des Angeklagten, konnte



Angela F. starb mit zwanzig, weil der Arzt ihren Blinddarm übersah. Ihr Ehemann prozessierte jahrelang.

sich zu einer entschiedenen Kritik nicht durchbringen. Das andere, wegen der Undeutlichkeit des ersten zusätzlich von einer kompetenteren Stelle angefertigt, ließ dann doch eine Anklage zu, aber beim Arbeitsgericht schien man über die Erfolgsaussichten einer Verurteilung des Angeklagten besser Bescheid zu wissen als Käger und Gutachter. So konnte man zwar nach dem wiederholten Drängen des Anwalts die Eröffnung einer Verhandlung vor dem Arbeitsgericht Münster nicht verhindern. Aber mit den bewährten Argumenten, mit denen die Anklageerhebung jahrelang vertrödelte werden konnte, war es für den Richter fast ein Kinderspiel, einen Freispruch für den Arzt durchzusetzen.

Vier Jahre waren seit dem Tod von Angela vergangen. In den Westfälischen Nachrichten, die am 15. 7. 1981 ausführlich über den Prozeß berichteten, liest sich das ganz anders. Da ist die Rede vom 17. Juni »vergangenen Jahres« als Sterbedatum. Und schon ein Jahr später der Urteilspruch? Die mutwillige Verschleppung der Anklage wird schlicht unterschlagen. Dem Leser wird das beliebte Märchen vom Krieg der Gutachter aufgetischt. Eine wirkliche inhaltliche Auseinandersetzung über das Fehlverhalten wird wohl nicht stattgefunden haben. Anders ist die Urteilsbegründung nicht zu verstehen, »es sei zwar

richtig, daß der Angeklagte eine falsche Diagnose gestellt habe, aber diese Feststellung reiche nicht aus, um zu beweisen, daß er den Tod der Frau durch Fahrlässigkeit verschuldet habe. Das Gericht sei im übrigen überfordert in dem Urteil, wer von den drei Sachverständigen in der Beurteilung des Angeklagten recht habe.«

Es wurden wieder Gutachten bestellt, und schon im Januar kam es zur Revision vor dem Landgericht. Diesmal war es nicht die gleiche Mannschaft bei Gericht, die erst keine Anklage zulassen wollte und dann doch gezwungenermaßen, sozusagen pro forma, den Prozeß durchführte. Alles neue, unvoreingenommene Leute. Es sah zum ersten Mal wirklich bedrohlich aus für den Arzt.

Das Ende der Odyssee durch die Welt der Justiz war absehbar. Aber jetzt, wo es auf der Kippe stand, zogen plötzlich die Anwälte

Das Ende: ein außergerichtlicher Vergleich

te die Notbremse und einigten sich ohne Richterspruch. Der beschuldigte Arzt konnte sich »freikaufen«. Die Anwälte kappelten sich noch eine kurze Zeit um Geld, eine Klärung des Falles in-

teressierte nicht mehr. Auch den Witwer hatte man mürrisch gemacht. Das dürfte im übrigen auch nicht schwer gewesen sein, wenn man die Dauer des Verfahrens bedenkt.

Nachdem die ersehnte Klärung doch nicht stattfinden konnte, soll nun doch was zum Geld nachgetragen werden:

Die Versicherungen freuen sich über solche langen Strafprozesse. Bis da ein Arzt schuldig gesprochen wird, sind die Rechtsansprüche der Kläger sowieso verjährt. Das galt auch bei diesem Fall. Man hätte anders herangehen sollen: Erst den finanziellen Schadenersatz fordern, die Versicherungen hechte sich zerfleischen lassen. Ob das allerdings mehr zur Klärung ärztlichen Fehlverhaltens beiträgt?

In kaum einem anderen Beruf hat fahrlässiges Fehlverhalten so gravierende Folgen für den Betroffenen. Das Risiko, einen nicht wieder gutzumachenden Behandlungsfehler zu begehen, erscheint deshalb vielen Ärzten so unverhältnismäßig hoch, daß sie die Verantwortung für ihr eigenes Handeln hartnäckig verdrängen müssen, um überhaupt noch arbeiten zu können. Sie haben alle Angst, Fehler zu machen, und sie sind meistens eher bereit, »Flüchtigkeitsfehler« ihrer Kollegen zu verstehen, als für die Rechte der Patienten zu kämp-

fen. Sie kokettieren mit dem Spruch: »Wir stehen alle mit einem Bein im Gefängnis«, gerade so, als ob sie schon wüßten, wie sie sich da wieder rausmogeln können. Mit Recht vertrauen sie auf das Verständnis der Kollegen. Die peinliche Solidarität der Ärzte bei den wenigen Strafprozessen spricht Bände. □

Der andere
Büchladen

Zürcher Straße 187 Kottbuscher Straße 41/43 Glacetrasse 80
5500 Köln 41 5000 Köln 33 5000 Köln 33
Tel. 0221/4118335 Tel. 0221/082250 Tel. 0221/020576

Bücher zum Thema:
LATEINAMERIKA

Bücherliste Lateinamerika
Die Liste enthält ca. 450 politische und literarische Titel, die zum großen Teil besprochen sind:

- Sachbücher zur politischen und sozialen Lage in den einzelnen Ländern
- länderübergreifende Themen
- Werke lateinamerikanischer Schriftsteller
- Auswahl allgemeiner Dritte-Welt-Literatur
- Zeitschriften, Unterrichtseinheiten

Wir verschicken die Bücherliste gegen DM 2,50 in Briefmarken.

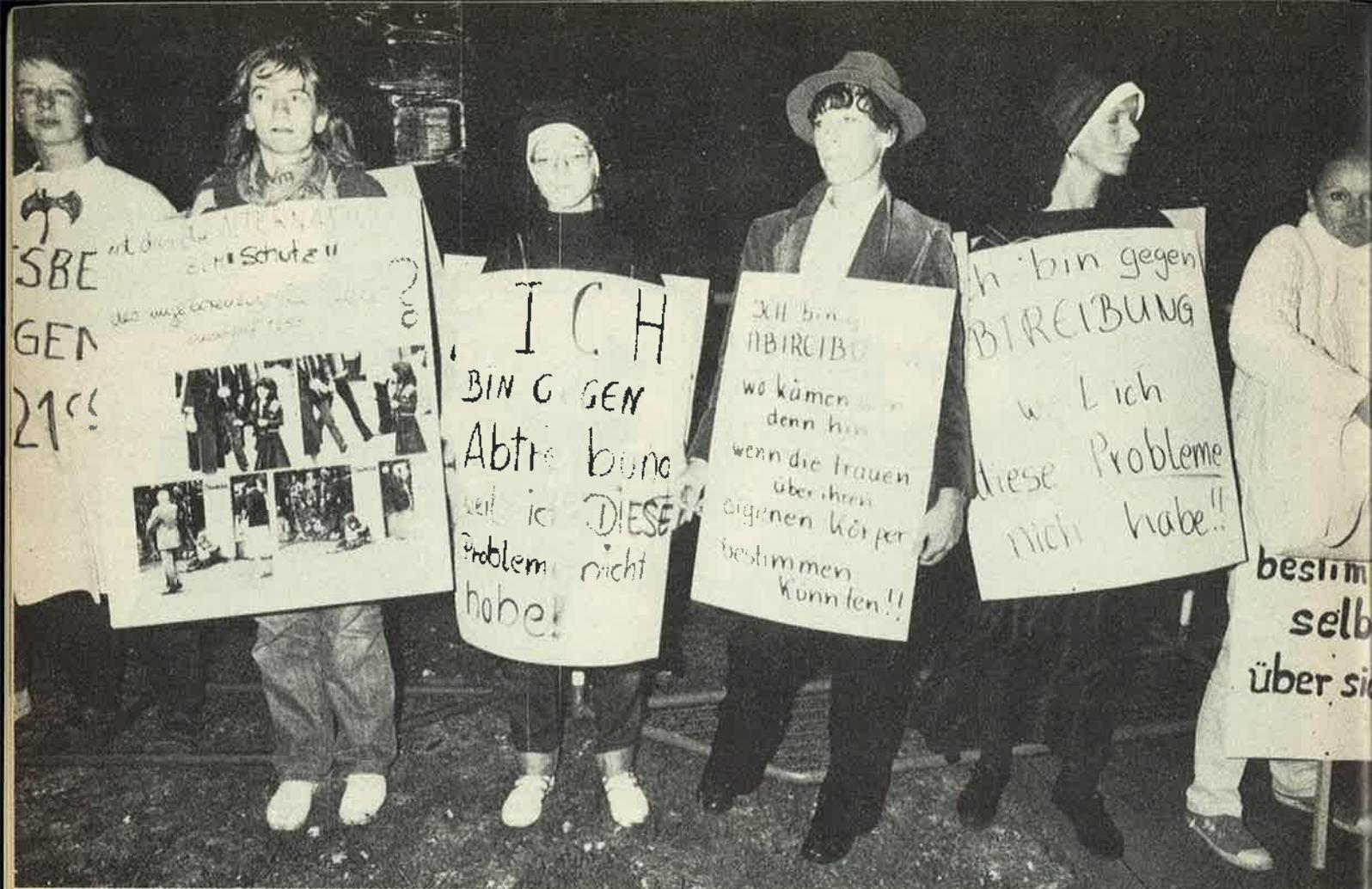


Foto: Stefan Horn

Erst wenn's einen selbst betrifft...

Jeder Arzt kann Indikation ausstellen

ufv - Der Paragraph 218 steht wieder in der Schußlinie — von rechts. Aus Unkenntnis werden oft nicht einmal die vorhandenen Möglichkeiten genutzt.

»Kann jeder Arzt die Indikation ausstellen?!« — »Wenn die Frauen halt nicht richtig verhüten, müssen sie eben mit den Folgen rechnen...« — »Ich unterschreibe doch keine Gefälligkeitsbescheinigung!«

Solche und ähnliche Argumente finden sich selbst unter linken Ärzten. Abgesehen davon, daß so die Problematik der Verhütung abgewälzt wird, sind sie Zeichen von Unkenntnis. Unwissenheit ist mit dafür verantwortlich,

daß viele Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeiten des gegenwärtigen Paragraphen 218 nicht ausschöpfen, und das, während der Paragraph von rechts unter Beschuß gerät.

Die zu einem Schwangerschaftsabbruch notwendigen Schritte sind:

- 1) Indikationsstellung,
- 2) soziale und medizinische Beratung,
- 3) Abbruch.

Die Indikation kann *jeder* Arzt stellen, er muß nicht Gynäkologe sein oder in einer Beratungsstelle arbeiten. Diese Tatsache kennen die wenigsten oder wollen sie nicht wahrhaben — Abtreibung hat schließlich den Ruch des Kriminellen: besser die Finger davon lassen. Erst wenn's einen selbst betrifft...

Die soziale Beratung wird in einer anerkannten Beratungsstelle durchgeführt, entweder bei Pro familia oder der Arbeiterwohl-

fahrt oder von einem kirchlichen Träger.

Der Abbruch kann frühestens drei Tage nach der sozialen Beratung vorgenommen werden; der den Abbruch durchführende Arzt darf nicht auch die Indikation gestellt haben. Die Kosten trägt die Krankenkasse.

Bei der Indikationsstellung wird unterschieden nach:

- medizinischer Indikation, hierhin gehört auch die sogenannte psychiatrische,
- kindlicher oder eugenischer Indikation,
- kriminologischer Indikation und
- Notlagenindikation.

Von einer »sozialen Indikation«, von der neuerdings wieder soviel die Rede ist, steht nichts im Gesetz. Die Rede von der »sozialen Indikation« ist vielmehr politisch gewollt, um die Notlagenindikation auf »Sozialfälle« einzugrenzen.

Für die medizinische Indikation besteht nach dem Gesetz keine zeitliche Begrenzung, bei der kriminologischen und der Notlagenindikation müssen Fristen von zwölf Wochen eingehalten werden, bei der eugenischen 22 Wochen. Bei der medizinischen und eugenischen Indikation entfällt die Notwendigkeit der sozialen Beratung.

Der den Abbruch durchführende Arzt ist verpflichtet, bis zum Ende des Kalendervierteljahres dem Statistischen Bundesamt in Wiesbaden eine Mitteilung über den vorgenommenen Eingriff zu machen. Diese Mitteilung, von der sich der Gesetzgeber »am ehesten in objektiver Weise Grundlagen für die Beurteilung der Auswirkungen des neuen Gesetzes« versprach, muß folgende Einzelheiten enthalten:

- Grund für den Schwangerschaftsabbruch,
- Familienstand und Alter der

Schwangeren sowie die Zahl der von ihr versorgten Kinder,

● Zahl der vorangegangenen Schwangerschaften und deren Beendigung,

● Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft,

● Art des Eingriffs und beobachtete Komplikationen,

● Ort der Vornahme des Eingriffs und im Falle eines Krankenhausaufenthaltes dessen Dauer,

● ggfs. den fremden Staat, in dem die Schwangere ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Der Name der Schwangeren darf nicht angegeben werden, auch auf den Namen des den Abbruch durchführenden Arztes wurde seit Juni 1977 verzichtet.

Obwohl nicht alle durchgeführten Abbrüche dem Statistischen Bundesamt mitgeteilt werden, kann, ohne allzu tief in die Statistik einzudringen, gesagt werden, daß nach einem anfänglichen Anstieg der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche seit 1979 annähernd konstante Zahlen vorliegen.

Der Anteil der medizinischen Indikationen wird im Laufe der Jahre immer geringer. Von 29 Prozent im Jahre 1977 sinkt er auf 16,7 Prozent im Jahre 1982. Eine ähnliche Entwicklung ist auch für den Anteil der psychiatrischen und eugenischen Indikation zu vermerken. Lediglich die kriminologische Indikation bleibt mit 0,1 Prozent im Laufe der Jahre 1977 bis 1982 konstant.

Einen sehr deutlichen Anstieg nimmt dagegen der Anteil der Schwangerschaftsabbrüche nach der Notlagenindikation. H. H. Bräutigam und D. A. Grimes schließen daraus: »Der in den Jahren seit der Reform des §218 StGB zu beobachtende Rückgang der allgemeinmedizinischen und psychiatrischen Indikation und der gleichzeitig zu beobachtende Anstieg des Anteils der Schwangerschaftsabbrüche aus Notlagen läßt vermuten, daß in den Jahren 1977 und 1978 häufiger hinter der medizinischen und psychiatrischen Indikation eigentlich eine Notlagenindikation verborgen war. . . . Es gibt keinen belegbaren Grund für die Annahme, daß in dem kurzen Zeitraum von 1977 bis 1982 sich der allgemeine Gesundheitszustand der weiblichen Bevölkerung der BRD so verbessert hat, daß seltener Schwangerschaftsabbrüche aus rein medizinischer Indikation erforderlich wurden. Die möglichen Vorbehalte der Ärzte einer Notlagenindikation gegenüber lassen sich auch bei der Indikationsstellung aus eugenischen Gründen vermuten. Der Rückgang der eugenischen Indi-

Schwangerschaftsabbrüche von 1977 bis 1982 nach der Indikation und dem Anteil an der Gesamtzahl (in Prozent)

Jahr	Anzahl	davon nach folgender Indikation:					
		(allg.- medizinisch)	psychiatr.	eugenisch	krimino- logisch	Notlage	unbekannt
1977	53 309	29,0	7,7	4,3	0,1	57,7	1,1
1978	73 548	22,9	5,0	3,7	0,1	67,0	1,2
1979	82 788	20,8	3,4	3,8	0,1	70,6	1,3
1980	87 702	20,1	2,8	3,5	0,1	72,2	1,3
1981	87 535	17,6	2,9	3,2	0,1	74,8	1,4
1982	91 064	16,7	2,6	2,5	0,1	76,9	1,2

kation von 4,3 auf 2,5 Prozent zwischen 1977 und 1982 ist angesichts der zahlreicher gewordenen Untersuchungen für pränatale Diagnostik (vorgeburtliche, vor oder während der Schwangerschaft, d. Red.) nicht verständlich. Zwischen 1976 und 1972 hat sich die Zahl der genetischen Untersuchungen in der Bundesrepublik verdoppelt.« (»Ärztliche Aspekte des legalen Schwangerschaftsabbruchs in der BRD und in den USA« von Hans Harald Bräutigam und David A. Grimes, 1984).

Der hohe Anteil der Notlagenindikation gibt Aufschluß über die Lage der Frauen in der BRD. Keine Frau läßt leichtfertig einen Abbruch durchführen, aber aufgrund mangelnder oder fehlerhafter Verhütungspraxis, eines sich aus der Verantwortung ziehenden Partners, schwerer psychischer Konflikte oder sozialer Armut müssen sie diese Notbremse ziehen. Und das, obwohl viele erstaunlich gut über Komplikationen informiert sind (Ver-

letzungen, Blutungen, Infektionen, Thrombose und evtl. Sterilität), nicht zu vergessen die schwerwiegenden, z.T. lange bestehenden psychischen Probleme nach dem Abbruch.

Nach wie vor ist das Angebot an Beratungsstellen und vor allem auch an Ärzten, die zu einer Indikationsstellung oder zum Abbruch bereit sind, regional sehr unterschiedlich. Vor allem in ländlichen, katholischen Gebieten wird der Versuch, legal die Schwangerschaft abbrechen, zu einem Wettlauf mit der Frist. Angesprochen fühlen sich — und werden — aber häufig nur die Gynäkologen. Die Entscheidung aber darüber, ob eine Notlage vorliegt, ist beileibe keine gynäkologische Spezialität.

Überhaupt läßt sich die Notlage, in der die Frau sich befindet, schwerlich »objektiv« definieren. Auch mit dem Blick auf den Lohnstreifen läßt sich nicht diagnostizieren, ob eine Notlage vorliegt. Aber selbst Ärzte, die bereit

sind, die Entscheidung der Frau zu akzeptieren, sind über ihre gesetzlichen Kompetenzen oft gar nicht informiert.

Abtreibungen an sich können nicht verhindert werden, es hat sie immer gegeben und wird sie immer geben. Es gilt nur, die Bedingungen zu ändern, damit weniger Komplikationen entstehen und der Kriminalisierung ein Ende gemacht wird.

Die Zahl der medizinischen Indikationen könnte durch eine bessere medizinische Betreuung, durch Aufklärung und Vorsorge verringert werden. Eine Frau, die wegen einer Erkrankung Medikamente einnehmen muß, die bei möglicher Schwangerschaft schädigend auf das Kind wirken könnten, muß über Verhütung informiert werden. Nur so kann den Frauen die Tortur des Abbruchs genommen oder — wenn sie die Schwangerschaft doch austrägt — die Gefahr von Komplikationen genommen werden. □

So, und jetzt nochmal für alle:

§218 Abbruch der Schwangerschaft. (1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter

1. gegen den Willen der Schwangeren handelt,
2. leichtfertig die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung der Schwangeren verursacht.

Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§68 Abs. 1 Nr. 2)

(3) Begeht die Schwangere die Tat, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe. Die Schwangere ist nicht nach Satz 1 strafbar, wenn der Schwangerschaftsabbruch nach Beratung (§218b Abs. 1 Nr. 1, 2) von einem Arzt vorgenommen worden ist und seit der Empfängnis nicht mehr als zweiundzwanzig Wochen verstrichen sind. Das Gericht kann von einer Bestrafung der Schwangeren nach Satz 1 absehen, wenn sie sich zur Zeit des

Eingriffs in besonderer Bedrängnis befunden hat.

(4) Der Versuch ist strafbar. Die Frau wird nicht wegen Versuchs bestraft.

§218a Indikation zum Schwangerschaftsabbruch. (1) Der Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt ist nicht nach §218 strafbar, wenn

1. die Schwangere einwilligt und
2. der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(2) Die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 gelten auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis

1. dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge

einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann,

2. an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§176 bis 179 begangen worden ist und dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht, oder der Abbruch der Schwangerschaft sonst angezeigt ist, um von der Schwangeren die Gefahr einer Notlage abzuwenden, die
 - a) so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann, und
 - b) nicht auf eine andere für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(3) In den Fällen des Absatzes 2 Nr. 1 dürfen seit der Empfängnis nicht mehr als zweiundzwanzig Wochen, in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 2 und 3 nicht mehr als zwölf Wochen verstrichen sein.

Volle Kassen, leere Betten

Gesundheitswesen in den USA — ein Modell?

Trotz hoher Selbstbeteiligung ist das Gesundheitswesen in den USA teurer als unseres. Eckhard Westphal vom BfO berichtet aus dem Land der unbegrenzten Kostenexplosion und der begrenzten Krankenversorgung.

Marktwirtschaft entfaltet Wohlstand. Diese eingängige Therapie will die neue amerikanische Regierung ihren Bürgern noch konsequenter verordnen als bisher. Gewinnorientierte private Krankenhausbetriebe sind auf dem Vormarsch. Die führende Krankenkassenkette der USA, die Hospital Corporation of America (HCA), schloß 1982 mit 500 Millionen Mark Reingewinn ab. Sie verfügt inzwischen über mehr als 50.000 Betten und beschäftigt 85.000 Mitarbeiter.

Private Gesundheits-Netzwerke bieten für einen festen Jahresbeitrag einen Rund-Herum-Service an. Sie schließen mit Ärzten und Krankenhäusern feste Verträge über die medizinische Versorgung ihrer Mitglieder. Für den im voraus kalkulierten Festbeitrag müssen die Vertragsärzte und Vertragskrankenhäuser eine volle ambulante und stationäre Versorgung garantieren. 13 Millionen Amerikaner waren 1983 auf diese Weise versichert. Der Staat unterstützt solche Netzwerke mit beträchtlichen Subventionen, weil er sich davon eine Kostendämpfung verspricht.

Ausgangspunkt der neuen Strategien ist die auch in den USA scheinbar unaufhaltsame Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Mit 10,7 Prozent des Bruttosozialprodukts sind die Amerikaner Weltmeister bei den Gesundheitsausgaben, dicht gefolgt von der Bundesrepublik. Hüben wie drüben ist die Ausgabenentwicklung weit von einem Gleichklang mit gesamtwirtschaftlichen Orientierungsgrößen entfernt, mühen

sich Regierungen und Interessengruppen mit immer neuen Kostendämpfungsprogrammen und haben bislang wenig Erfolg damit. Allein im Jahre 1983 stiegen die Gesundheitsausgaben für jeden Amerikaner auf 4170 Mark (plus 9 Prozent gegenüber dem Vorjahr).

35 Millionen Amerikaner leben offiziellen Statistiken der amerikanischen Gesundheitsbehörde zufolge unterhalb der Armutsgrenze und genießen überhaupt keinen Versicherungsschutz. Sie haben damit auch keine Chance, in den Genuß von Gesundheitsleistungen zu kommen. Jeder Amerikaner, der es sich leisten kann, versichert sich privat. Durchschnittlich drei Viertel der Prämien zahlt der Arbeitgeber. Die großen staatlichen Versorgungsprogramme wie Medicare und Medicaid übernehmen die Behandlungskosten für die Armen und die Alten. Da Medicare nicht alle Risiken abdeckt, schließen zwei Drittel der Leistungsempfänger private Zusatzversicherungen ab, für die sie zusätzlich noch einmal etwa 1000 Mark pro Person und Jahr zahlen.

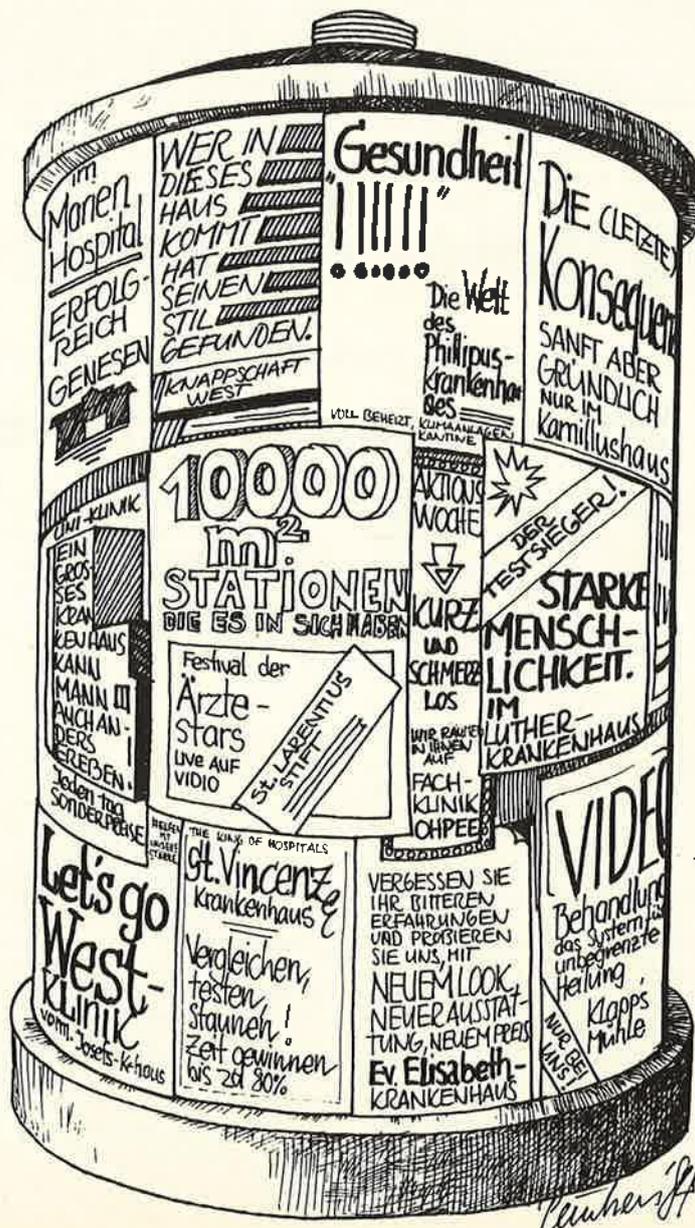
In den USA spielt die Selbstbeteiligung als Kostendämpfungsstrategie eine herausragende Rolle. Im Durchschnitt zahlt der Patient 60 Prozent seiner ambulanten Arztrechnung selbst. Der Prozentsatz für zahnmedizinische Leistungen, Arzneimittel, Brillen sowie Heil- und Hilfsmittel ist noch höher. Der internationale Vergleich weist die USA als das Industrieland mit den höchsten Selbstbeteiligungen und zugleich den höchsten Gesundheitsausgaben (in Relation zum Bruttosozialprodukt) aus. Anders ist es lediglich in der Krankenhausversorgung. Hier zahlt der Patient nur 10 Prozent seiner Rechnung selbst, sofern er nicht zu den 35 Millionen Amerikanern ohne jede soziale Sicherung zählt.

Die Ausgabenverteilung im amerikanischen Gesundheitswesen ist der bundesdeutschen Verteilung in zwei wesentlichen Bereichen nicht unähnlich: Etwa 20 Prozent erhalten die Ärzte und 42 Prozent (Bundesrepublik: 30 Prozent) die Krankenhäuser. Im Jahre 1982 gab es in den USA rund 7000 Krankenhäuser mit 1,36 Millionen Betten. Umgerechnet auf die Einwohnerzahl ist die Bettendichte in den USA damit nur gut halb so hoch wie in der Bundesrepublik.

Trotz des unvergleichbar höheren Bettenbestandes sind die bundesdeutschen Krankenhausmanager in der Kapazitätsauslastung erfolgreicher als ihre amerikanischen Kollegen. In den USA steht jedes vierte Krankenhausbett leer, in der Bundesrepublik nur jedes sechste. Daran haben auch aggressive Marketing-Kampagnen (z. B. Preisausschreiben mit einer Reise in die Südsee als erstem Preis) nichts ändern können. Eine Rolle spielt offenbar, daß der amerikanische Patient das Krankenhaus schon nach durchschnittlich 7,6 Tagen wieder verläßt, während sein bundesdeutscher Leidensgefährte diese Chance erst nach einer mehr als doppelt so langen Aufenthaltsdauer erhält.

Trotzdem ist die amerikanische Krankenhausversorgung im Vergleich zur Bundesrepublik unglaublich teuer. Beinahe 400 Milliarden Mark flossen 1982 in die amerikanischen Krankenhäuser, 15 Prozent mehr als noch ein Jahr zuvor. Damit geben die Amerikaner rund zehnmal mehr für die Krankenhäuser aus als die Bundesrepublik, obwohl ihre Bevölkerung nur knapp viermal so groß ist.

Auf der Suche nach Kostendämpfungsstrategien für die Krankenhäuser hat sich ein neues Entgeltsystem herauskristallisiert,



das die internationale Diskussion stark beeinflussen wird. Im April 1983 unterzeichnete Präsident Reagan ein Gesetz, wonach die Krankenhäuser in Zukunft feste Preise je Krankenhausfall erhalten. Für jede von 467 möglichen Krankheitsarten wird unabhängig von der Verweildauer und der

Höhe der tatsächlichen Kosten nur noch ein im voraus festgelegter Preis erstattet. Erste Erfahrungen deuten an, daß die Rechnung der Kostendämpfer aufgehen könnte. Die Verweildauer sank in den ersten Monaten des Jahres 1984 auf 6,7 Tage, die Beladung der Betten ging auf 69

Prozent zurück. Die Kostenentwicklung hat sich stark abgeflacht. Auf diese Entwicklung werden die Krankenhäuser mit Kapazitätsanpassungen und Rationalisierungsmaßnahmen bis hin zum Zusammenschluß zu größeren Betriebseinheiten reagieren müssen.

Blieben die amerikanischen Erfahrungen positiv, so werden sie die bundesdeutsche Kostendämpfungsdiskussion beeinflussen. *Eckhard Westphal*

Dr. Eckhard Westphal ist Leiter der Abteilung Krankenhäuser, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel im Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO).

Richtig sauer

Krankenschwestern wollen nächsten »Medizinischen Kongreß« mitgestalten

nm - Die Friedensbewegung im Gesundheitswesen ist ärztelastig. Vor allem Krankenschwestern wollen die akademische Dominanz knacken.

»Wir warnen vor dem Atomkrieg.« Unter dieser Formel wird im November der fünfte medizinische Kongreß zur Verhinderung des Atomkriegs über die Bühne gehen. Daß nicht nur, wie auf den vorhergehenden Kongressen, die »Ärzte warnen«, liegt vor allem an der Initiative einiger Krankenschwestern, die sich von der Form der früheren Kongresse wenig angesprochen fühlten. Eine Gruppe von nichtärztlichen Mitarbeitern der Friedensinitiativen im Gesundheitswesen traf sich im November in Münster, um das mittlerweile geänderte Motto mit Inhalt zu füllen.

Obwohl die »Medizinischen Kongresse« von den Friedensinitiativen im Gesundheitswesen ausgerichtet werden, die allen Berufen in der Branche offenstehen, ging es auf den Großveranstaltungen bisher immer betont ärztlich zu. »Ich war richtig sauer«, gestand eine Krankenschwester aus Münster, die in diesem Jahr zum ersten Mal zum Kongreß gefahren war: »Alles war auf die Ärzte abgestimmt: die Reden, die Unterschriftenlisten, das Motto, das Askulap-symbol.« Viele ihrer Kolleginnen und Kollegen waren erst gar nicht gekommen: sie hatten sich nicht eingeladen gefühlt.

Die Teilnehmer des Münsteraner Treffens wollen vor allem die Ärztedominanz in der Friedensbewegung des Gesundheitswesens abbauen helfen. Dabei soll es nicht gegen die Ärzte ge-

hen: Eher ist an eine Art »Binnenstruktur« zu denken, wo sich die Krankenschwestern und die anderen Berufsgruppen auch mal extra treffen — in Münster gibt es seit einiger Zeit eine Krankenpflegegruppe innerhalb der Friedensinitiative, die sich alle vierzehn Tage trifft. So könnte auch Nichtärzten bessere Gelegenheit gegeben werden, überhaupt zu einer solchen Gruppe zu stoßen. Klar, daß häufig auch nicht nur im vordergründigen Sinne »friedensbewegte« Themen zur Sprache kommen. — Auch innerhalb der gemischtberuflichen Initiativen dominieren häufig noch die Ärzte; die Hierarchie der Klinik setzt sich nach Feierabend fort.

Hierarchie im Gesundheitswesen ist auch eines der Themen, das die etwa 20 Teilnehmer des ersten Treffens sich zur Bearbeitung vorgenommen haben. Eine Gruppe wird sich mit der Hierarchie als »struktureller Gewalt« auseinandersetzen, die ihre Rolle nicht nur im Krankenhaus, sondern auch bei der Organisation des Militärs und in der Zivilschutzplanung spielt. Unter dem Stichwort »Vom ‚Ich dien‘ zum ‚Ich will‘« soll das Ethos des Krankenpflegeberufs kritisch untersucht werden, das der militärischen Tugend des Gehorchens entspricht und das vor allem der Funktion des Krankenpflegepersonals in zivilmilitärischer Planung entgegenkommt.

Die meisten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe sind Frauenberufe — auch dieser Umstand steht im Zusammenhang mit Hierarchie und Gehorchen. Mit den besonderen Konsequenzen dieser Tatsache wird sich eine andere Arbeitsgruppe befassen. Weitere Themen, zu denen schon auf dem nächsten Treffen Ende Januar referiert werden soll, sind die Geschichte der Krankenpflege — die ja zu einem wesentlichen Teil die Geschichte der Kriegsrankenpflege ist —, der Zusammenhang

zwischen Sozialabbau im Krankenhaus und Hochrüstung, das Zivilschutzgesetz — die Berufsverbände sollen nach ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf befragt werden —, konkrete Vorstellungen zu einer zukunftsorientierten Arbeit und, wie es heißt, mögliche und (noch) unmögliche Widerstandsformen in der Krankenpflege.

Die vorbereiteten Themen sollen auf dem nächsten »Medizinischen Kongreß« einen angemessenen Platz finden. Vorgesehen sind zwei größere Vorträge am Samstagvormittag sowie eine Diskussion in Arbeitsgruppen am Nachmittag mit anschließendem Treffen im Plenum. Auch optisch soll die Dominanz der Ärzte geknackt werden: Poster und Stellwände sollen verdeutlichen, daß sich nicht nur die studierten Mediziner den Kriegsvorbereitungen im Gesundheitswesen entgegenstellen.

Weitere wichtige Anregungen auf dem Treffen waren, die Eintrittsgelder stärker zu staffeln und den Samstag zum »Tag der Offenen Tür« zu erklären, um möglichst vielen Interessenten eine Teilnahme zu ermöglichen.

Anfang des Jahres soll auch eine Anzeigenaktion in Fachzeitschriften für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe anlaufen. Einiges an Geld wurde bereits auf dem Gesundheitstag für diesen Zweck gesammelt.

Das nächste Treffen soll am 26. und 27. Januar in Münster stattfinden (Beginn 12 Uhr). Es steht zu hoffen, daß sich dazu mehr als die zwanzig Teilnehmer vom letzten Mal — immerhin jedoch Gruppen und Einzeln aus Bochum, Duisburg, Gelsenkirchen, Hamburg, Mainz, Schmallingenberg und Münster — zum Mitmachen aufraffen.

Kontakt zu der Initiative kann hergestellt werden über: Dorothee Koch, Heerdestr. 18, 4400 Münster □



Mit großem Tamtam wurde vor einem Jahr in Berlin das »Kontakt- und Informationszentrum für Selbsthilfegruppen« ins Leben gerufen. Ein Arrangement zwischen CDU-Senat und Alternativbewegung?

Zwei Berliner Sozialwissenschaftlerinnen untersuchten für dg, was daraus wurde.

In der »Hauptstadt der Selbsthilfegruppen« rebelliert's: Gruppen um SEKIS drängen auf die Verwirklichung der Arbeitskonzeption dieser Kontakt- und Informationsstelle und wollen der DPWV-Trägerschaft — angeblich eine Interimslösung — ein Ende bereiten. Zu diesem Zweck schreiten sie zur Gründung der Berliner Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, kurz BAS genannt, und fordern fürs erste die Konstituierung des ausdrücklich vorgesehenen Beirats als Interessenvertretung der Selbsthilfegruppen gegenüber der Einrichtung SEKIS und dem Träger.

Die Fortbildungsmodalitäten der Anlauffinanzierung, die Stellenpauschale mit ihrer Ausschaltung von Tarifrechten und die Bildung dezentraler, bezirklicher »Service-Stationen« für Selbsthilfegruppen sind nicht nur die drei Schwerpunkte der gegenwärtigen Auseinandersetzung zwischen Staat und Gruppen. Vielmehr weisen sie auf den schleichenden Aufbau einer billigen Konkurrenz zu dem ausgepowerten und

Konsequenzen zeigt die zumindest finanzielle, wenn nicht auch politische Verzahnung von konservativer Sozialpolitik durch den CDU-Senat und Alternativszene bzw. Selbsthilfebewegung?

Wer in Berlin heute noch über die aktuellen Ereignisse und Aktivitäten dieser neuen Einrichtung informiert ist, muß schon in irgendwelcher Weise zur »Scene« gehören. Die »Scenes«, damit ist das alternative Berlin angesprochen, die zahlreichen Alternativprojekte, Initiativen oder -gruppierungen. Dazu zählen auch jene, die mit der »Scene« beschäftigt sind, sei es professionell, wie zahlreiche Sozialarbeiter und sonstige Angehörige sozialer und helfender Berufe oder aber wie die mittlerweile nicht unbeträchtliche Zahl von Wissenschaftlern, denen es (wie uns selbst) obliegt, natürlich immer ein bißchen zu spät, aber gerade noch rechtzeitig über soziale und politische Brennpunkte informiert zu sein.

Doch auch Vertreter verschiedenster politischer Organe gehö-

Ausland scheint das »Modell SEKIS« mittlerweile vorgestellt worden zu sein, und fast erweckt es Außenstehenden den Eindruck, als sei die Beteiligung an diesen Aktionen die Hauptbeschäftigung der Mitarbeiter in diesem ersten Jahr gewesen.

Doch in den öffentlichen Medien Berlins ist es nach anfänglicher Berichterstattung über die Eröffnung ausgesprochen ruhig im SEKIS geworden. Denn SEKIS ist den Weg nach innen angetreten, beschäftigt mit sich selbst und der eigenen organisatorischen und institutionellen Struktur. Angetreten war SEKIS unter einem anderen Motto.

SEKIS sollte für die Selbsthilfegruppen da sein, sozusagen als Serviceeinrichtung für jegliche Initiativen, die auf Selbsthilfe basieren. SEKIS wollte diese Initiativen in ihren Belangen unterstützen, einerseits ihr Sprachrohr werden, andererseits mit Informations- und Erfahrungsaustausch zur Vernetzung und Kooperation anregen und mit praktischer Hilfe die Gründung neuer Initiativen ermöglichen. Darüber hinaus sollte SEKIS Anlaufstelle

die Selbsthilfegruppen nicht informiert waren, gekündigt wurde. Auch die nachfolgenden Ereignisse mehrten solche Zweifel. Aufgrund der bei SEKIS offensichtlich herrschenden Personalkonflikte gab der Träger seine Zurückhaltung hinsichtlich der Gestaltung der neuen Stelle auf und griff aktiv in die Geschmisse ein, abermals ohne Zustimmung der beteiligten Gruppen.

Die Geschäftsführung wurde insoweit hierarchisiert, daß SEKIS nun einen »Chef« erhielt, dem aus der leitenden Mitarbeiterschaft des DPWV-Landesverband Berlin stammend, die offizielle Leitung von SEKIS nunmehr letztendlich obliegt. Daß dieses Verhalten vor dem Hintergrund des institutionellen Geflechts möglich und vielleicht konsequent oder am Ende gar, juristisch betrachtet, erforderlich war, sei dahingestellt. Tatsache ist, daß es die ursprüngliche Zielsetzung, Einrichtung von den für die Selbsthilfegruppen zu sein, ad absurdum führt.

Dieser Verdacht erhärtet sich auch angesichts der Tatsache, daß bei den Entscheidungen für die Nachfolge der beiden entlassenen Initiatoren der erarbeitete Besetzungsvorschlag der Selbsthilfegruppen übergangen wurde und die Stellen mit anderen Bewerbern nach dem Gusto des Trägers und auch der bisherigen SEKIS-Mitarbeiter besetzt wurden. Das Votum der Selbsthilfegruppen wurde erneut ignoriert. Dieser so massive Rückgriff auf institutionelle Strukturen, Argumentations- und Handlungsweisen und vor allem Machtpositionen stimmt nach-

Wer ist für wen da?

für »Betroffene« — um es im Jargon zu sagen — bzw. für jedwede Hilfe- und Ratsuchenden sein, wollte diesen auf dem Weg zur »richtigen« Selbsthilfegruppe oder auch entsprechenden amtlichen Stelle für ihr Anliegen behilflich sein. Diese Aufgabe läßt

Politiker helfen sich selbst

Das Selbsthilfezentrum SEKIS in Berlin

machtlosen öffentlichen Gesundheitsdienst, dessen Reaktivierung und Umstrukturierung im Sinne einer gemeindenahen Versorgung die politisch logische Konsequenz wäre. Führen wir uns das Lehrstück vor Augen.

Vor gut einem Jahr wurde in Berlin die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen, SEKIS, aus der Taufe gehoben.

Es ist dies die erste zentrale Anlaufstelle für Selbsthilfegruppen, die offiziell gefördert wird — in Berlin aus dem kurzfristig geschaffenen Selbsthilfetopf des Senats. Welche Erfahrungen wurden hier in dem ersten Jahr der Existenz gesammelt? Welche

ren dazu. Hier suchen sie in diesem selbst kreierte Schonraum und immer unter Hinzuziehung des Rampenlichts der Öffentlichkeit den Dialog mit den neuen Bewegungen »von unten«. Das trifft insbesondere für den Berliner Gesundheitssenat zu, der sich mit der finanziellen Förderung von SEKIS sein Alibi geschaffen hat, mit dem er vermeintlich fortschrittliche Haltung in Sachen Sozialpolitik demonstrieren kann — wie die mit SEKIS kooperierenden Selbsthilfegruppen und auch SEKIS selbst dies inzwischen zu beklagen wissen. Unmengen von offiziellen politischen oder sonstigen institutionellen Vertretern aus dem In- und

sich auch als praktische Vernetzung beschreiben. Um ihr gerecht zu werden, verfügt SEKIS mittlerweile über sechs, bald sieben weibliche Mitarbeiter und einen Geschäftsführer.

Aber wie sind die erstgenannten Aufgabenbereiche realisierbar, wenn unklar bleibt, ob SEKIS wirklich eine Einrichtung für die Selbsthilfegruppen ist oder ob diese gar am Ende für SEKIS da sind?

Diese Zweifel stellen sich insbesondere angesichts der Personalpolitik in dieser neuen Stelle. Nicht allein, daß den zwei Initiatoren Weihnachten 1983 in einer recht plötzlichen Aktion, von der

denklich. Ist er der eigenen Etablierung geschuldet oder sind die soeben beschriebenen Vorgänge Resultat dessen, daß hier eine Stelle neu geschaffen wurde, ohne — wie dies für KISS in Hamburg der Fall ist — auf gewachsenen Strukturen zu basieren?

Vielleicht drückt sich hier praktisch aus, was Folge des komplizierten organisatorischen Geflechts um SEKIS herum ist.

Versucht man das Modell SEKIS zu verstehen, so heißt es, einiges an Verwirrungen zu entflechten. SEKIS verkörpert heute einen Apparat, dem es an Einsehbarkeit und Durchlässigkeit mangelt und der in seinen Potenzen posi-

tiver und negativer Art nur schwer einschätzbar ist. Es steht zu befürchten, daß hier Strukturen reproduziert werden, die Mitbestimmung und Kooperation seitens der Basisinitiativen kaum ermöglichen und vor allem zur Ausgrenzung jener führen, die von solcherlei Strukturen abgeschreckt werden, und das sind nicht zuletzt die ehemals benachteiligten Bevölkerungsgruppen, diejenigen, die das offizielle Versorgungssystem aufgrund seines unüberschaubaren Geflechts und der Fülle unterschiedlicher Anlaufstellen meiden und — trotz vorhandener Notlagen — durch das Netz der Versorgung fallen.

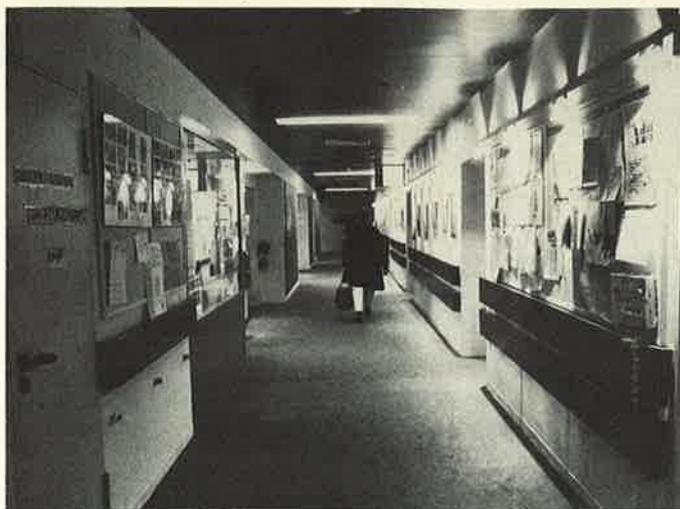
Führen wir uns das organisatorische Geflecht um SEKIS herum vor Augen: Beteiligt ist der Berliner Senat. Er finanziert SEKIS mit einem jährlichen Etat von 480000 Mark, wobei die Dauer der Finanzierung im unklaren gelassen wird. Für die Finanztransaktion — mitunter heute in etwas anderen Zusammenhängen »Wachstum« genannt — mußte ein Träger gefunden werden, eine Institution, die ein eminentes Interesse hat, den »Kopf hinzuhalten« und die Verantwortung für den ordnungsgemäßen Verlauf des Vorhabens zu übernehmen. Im DPWV wurde dieser Träger gefunden, befremdlicherweise nicht allein im DPWV-Landesverband Berlin, sondern in dessen in Westdeutschland angesiedeltem Gesamtverband und seinem Paritätischen Bildungswerk.

Jedoch ist SEKIS keine eigenständige Organisation, etwa ein eingetragener Verein, der als solcher Mitglied in diesem Verband wäre und damit über eine gewisse Autonomie verfügen würde. SEKIS wird als Einrichtung des

Autonomie von oben

DPWV betrieben, und so erklärt sich, warum der Rückgriff auf das institutionelle Machtgefüge unter Einschluß der Etablierung von hierarchischen Strukturen formal betrachtet überhaupt möglich ist. Natürlich ist auch »geplant«, dieser neuen Stelle irgendwann autonomen Charakter zu verleihen. Aber Autonomievergabe von oben — gibt es das überhaupt?

Warum betonen wir diesen Punkt des Autonomieverlusts bzw. des Eingriffs des Trägers so penetrant? Den meisten der beteiligten Selbsthilfegruppen ist bislang nicht klar, in welchem Verhältnis die doch vermeintlich für sie geschaffene Stelle zum



Die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen ist in einem ehemaligen Krankenhaus untergebracht

Fotos: Ali Paczensky



Trägerverband steht, und sie begreifen das Gebaren der Mitarbeiter und des Verbandes nicht oder nicht mehr. Nach anfänglicher Verwunderung hat sich nach den Ereignissen um die Personalentscheidungen bei einigen der Gruppen großer Ärger eingestellt.

Weitere Instanzen — wir übersehen die Geschäftsführungskommission und den Beirat — in dem Geflecht sind die SEKIS-Mitarbeiter und das Plenum. Im Plenum tagen die beteiligten Gruppen und die SEKIS-Mitarbeiter, diskutieren dort Belange der SEKIS-Arbeit (z.B. Personalentscheidungen, Raumvergaben, Beteiligung an Aktionen der Öffentlichkeitsarbeit für SEKIS und die Selbsthilfe etc.) und der Selbsthilfebewegung. Hier findet die praktische Vernetzungsarbeit statt. Entscheidungs berechtigt ist dieses Gremium nicht. Auch kann es keinerlei Kontrollfunktion oder dergleichen ausüben. Im Plenum können anstehende Probleme diskutiert, einheitlicher Meinungsbildung unterworfen und in Entscheidungen transformiert werden, Entscheidungen, die weder bindenden Charakter haben, noch als Empfehlungen

ernst genommen werden. Betrachtet man die Befugnisse dieses Gremiums, so stellt sich abermals die Frage, wer für wen?!

Dem Plenum selbst sind die verschiedenen Selbsthilfegruppen nachgeordnet. Die Unüberschaubarkeit setzt sich auf dieser Ebene dadurch fort, daß neben den »reinen« Selbsthilfegruppen eine Reihe von halbproufessionellen Gruppen entstanden sind, die zum Teil unabhängig arbeiten, zum Teil aber auch institutionell gebunden sind und in einem mehr oder minder klaren Verhältnis zu SEKIS stehen. Es offenbart sich hier eine andere Quelle von Verwirrungen, ebenfalls angetan, zur Komplizierung des Organisationsgeflechts zu führen. Viele der Gruppen (und Organisationen), die heutzutage unter dem Motto »Selbsthilfe« antreten, sind nicht erst im Rahmen der neuen Selbsthilfebewegung entstanden. Einige Jahre zuvor haben sie sich durchaus unter anderem Vorzeichen engagiert. »Selbsthilfe« gerinnt mehr und mehr zu einem Etikettenschwindel, der zumimmt, seit die Selbsthilfebewegung an Prestige gewinnt und Möglichkeiten der Finanzierung eröffnet.

Da finden sich Professionelle oder Semi-Professionelle, die eine Chance sehen, ihre berufliche Tätigkeit um einen interessanten Bereich zu erweitern, Professionelle, die als betroffene Selbsthilfer sich selbst einen Arbeitsplatz schaffen, oder Organisationen,

Profis: Per Selbsthilfe zum Arbeitsplatz

die schon über ein stattliches Maß an gesellschaftlichem Status verfügen, aber hier die Möglichkeit wittern, ihr Handlungspotential auszudehnen.

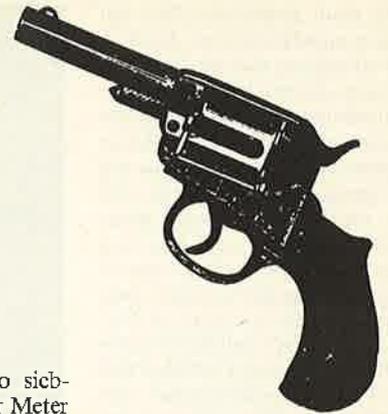
Einem Resümee der einjährigen Existenz von SEKIS haftet bitterer Beigeschmack an. Scheinbar alles, was da zu Beginn an Vorstellungen herrschte, hat sich mit dem Versuch der Realisierung in sein Gegenteil verkehrt.

Zwischen den konservativ jungdynamischen Ansprüchen des Senats und dem neuen »kämpferisch-alternativen« Selbstverständnis des DPWV hin und her geschaukelt und zerrieben, ist das SEKIS-»Team« in Bedrängnis geraten. Selbst ohne eigenes festes Konzept — dazu bestand keine Zeit —, unter Erfolgsdruck stehend und auf gute Einfälle hoffend, geriet es zum bloßen Ausführungsorgan der einen oder der anderen Stelle. Die Selbsthilfebewegung, die es zu unterstützen gegolten hätte, wurde ihrer Entfaltungsmöglichkeiten beraubt und die ansonsten so wohlwollende Eigenverantwortung in Schranken verwiesen. Eine Zersplitterung zeichnet sich ab und könnte in absehbarer Zeit nur diejenigen Gruppen im Dunstkreis von SEKIS übriglassen, die keine Schwierigkeiten haben, ihr Verständnis von Selbsthilfe mit der aufwendig propagierten Finkschen »Hilfs-Bereitschaft« oder dem Geißlerschen »Aufgabenfeld der Selbsthilfegruppen« in Einklang zu bringen. Den nicht so begeisterungsfähigen, den zögernden bis störrischen Gruppen jedenfalls wird das versprochene SEKIS e.V. in eigener Regie und Trägerschaft nicht so bald angeboten. Denn dies würde sowohl dem freien Träger um seine Vorrechte als auch dem Senat um ein Erprobungsinstrument neuer Subsidiaritätspolitik bringen.

Doris Schaeffer
Monique Kriescher-Fauchs

Monique Kriescher-Fauchs und Doris Schaeffer sind Sozialwissenschaftlerinnen und Mitarbeiterinnen der Projektgruppe Selbsthilfe im Krebsnachsorgebereich am Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin.

(Un-)Konventionelle Waffen



»Konventionalisierung« bringt noch schlimmere Waffensysteme hervor

wp · »Konventionelle Bewaffnung« — das Stichwort in den Kriegsvorbereitungen des vergangenen Jahres läßt an Hellebarden und Musketen denken. Was sich wirklich hinter dem beschönigenden Etikett verbirgt, kann das Grausen lehren.

»Anders als Korea oder der Mittlere Osten befinden sich die Nationen Europas nicht im Krieg, und ihre Menschen sind genausowenig bereit, ihre Grenzen zu befestigen, wie die Menschen in Texas oder in Nord-Dakota.« Diese Einsicht des Pentagon hinderte freilich maßgebliche militärische Planer in den USA nicht, eine unterirdische Sprengstoffpipeline an der innerdeutschen Grenze vorzuschlagen. In zwei Meter Tiefe verlegte Rohre sollten »im Kriegsfall« mit dem flüssigen Sprengstoff Nitromethan gefüllt und zur Explosion gebracht werden, um so die feindlichen Panzer aufzuhalten. Das Bundesverteidigungsministerium dementierte eilig: »Abwegig.« Freilich experimentiert die Bundeswehr seit zwei Jahren selbst mit dem Flüssigsprengstoff: Plastikrohre, in zwei Meter

Tiefe verlegt, konnten so sechzehn Meter breite und vier Meter tiefe Löcher reißen.

Die vehemente Absage an den unterirdischen Sperrgürtel fällt der Bundeswehr leicht; bekommt sie doch in den nächsten Jahren genügend neue Waffen, um die Bundesrepublik einzuebren. »Konventionalisierung« heißt das magische Wort; gemeint sind damit flächenzerstörende Waffen mit oft nuklearähnlicher Gewalt.

Eine der neuen Waffen ist die MW-1, die Mehrzweckwaffe 1. Hier hat sich deutsche Technologie mit US-amerikanischer Erfahrung gepaart. Nach dem Prinzip der Traubenbomben und Streuminen, die die USA in Vietnam eingesetzt hatten, hat Messerschmidt-Bölkow-Blohm (MBB) in München eine Waffe entwickelt, die weltweit den Tor-

nado rüsten soll. Unter dem Bauch des Tieffligers befestigt, kann die MW-1 bis zu 4000 Kleinbomben und -minen ausstoßen, die eine Fläche von 500 Metern Breite und 2,5 Kilometern Länge unpassierbar machen. »Zielgenau und flächendeckend« wird so »area denial« betrieben, d. h. die bombardierten Landstriche sind für den Gegner unpassierbar, und er muß Umwege gehen.

Die Submunition, mit der die MW-1 bestückt wird, ist bereits mannigfaltig vorhanden: Da gibts die Kleinbombe KB 44, die wegen ihrer »zusätzlichen Splitterwirkung« auch sehr gut gegen »ungepanzerte bzw. ungeschützte Ziele«, so militärische Fachzeitschriften, geeignet ist. Sie bringt also hervorragend Menschen um.

Die Flachmine MIFF explodiert dagegen, wenn ihr Sensorsystem einen vorbeifahrenden Panzer hört. Ebenfalls gut gegen »halbharte und ungepanzerte Ziele« wirken die »area-denial-Minen« (also »Flächensperrwaffen«) MUSPA und MUSA. Hat die letztere einen Zeitzünder, so arbeitet die erstere mit einem Sensor, der auf rollende und startende Flugzeuge sowie Pistenreparaturfahrzeuge anspricht.

Ideal sind beide Minen in Kombination mit der Startbahn-bombe STABO, die Flugzeugpisten alle zweihundert Meter in voller Länge aufreißt. Die Kombination von STABO mit MIFF, MUSPA und MUSA verhindert, daß Menschen sich zur Reparatur auf die zerstörten Pisten wagen können.

Flugzeuge in Bunkern kann die Anti-Shelter-Waffe ASW zerstören, die noch sieben Meter dicke Erdaufschüttungen durchschlägt und erst dann explodiert.

Um den Faktor 7 übertrifft die Münchner MW-1 bisher gebräuchliche Bombenmunition in ihrer Zerstörungskraft. Wenn in den nächsten Jahren noch »intelligente« Submunition eingeführt wird, steigt die Zerstörungskraft gar auf das Vierzigfache. Ähnliche »Erfolge« hatten die USA auch



schon in Vietnam mit den Verfahren der MW-1: Innerhalb von zwei Jahren nach Beginn der großflächigen Bombardements mit Traubenbomben stieg der Anteil der dadurch verursachten vietnamesischen Verluste auf 50 Prozent.

»System des Soldaten«, preist der Hersteller, »schlagkräftigste Artilleriewaffe der neunziger Jahre«, assistiert die Bundeswehr. Gemeint ist beide Male MARS (Mittleres Artillerie-Raketensystem; engl. MLRS), ein Raketenwerfersystem, das ab 1987 bei der Bundeswehr eingeführt wird. Mit den zweihundert MARS-Werfern (mit je 12 Rohren) können dann in weniger als einer Minute 2400 Raketen abgefeuert werden. Bis in dreißig Kilometer Entfernung ist auch hier »zielgenaue Bekämpfung« wie »großflächige Absperrung« möglich. Damit auf jeden Fall das letztere klappt, hat die Bundeswehr schon 85 000 Raketen geordert.

In Vietnam erprobt

Mit jeder der zwölf Raketen eines Werfers können noch einmal 8000 Kleinbomben transportiert werden. Bereits vorhanden sind die MARS-Werfer bei der US-Army in Grafenwöhr; groß ist dort das Lob: Mit den neun bisher vorhandenen Werfern könne eine Feuerkraft erreicht werden wie mit 324 bisherigen Haubitzen des Kalibers 203. 360 000 Raketen haben deshalb die USA auch gleich für die Serienproduktion eingepflanzt.

Scheinbar noch nicht bei der Bundeswehr eingeführt werden die neuen Flamm-Explosivgeschosse, wie sie erstmals ebenfalls in Vietnam getestet wurden. Ein Brennstoff-Gaswolken-Munition »der zweiten Generation«, wie wahrscheinlich auch die »Vakuumbomben«, der Israelis in Beirut, ist die »Fuel Air Explosives II« (FAE-II): Propylenoxid vermischt sich mit Luft und wird dann zur Explosion gebracht. Militärische Fachleute preisen die »raumfüllende, großflächige Wirkung, die in der Nähe des Nullpunktes kernwaffenähnliche Druck- und Luftstoßwirkung erreicht.«

Zu grundsätzlich neuen Munitionstypen zählen wie die FAE-II auch »selbstschmelzende Fragmente«: Metallscheiben, die beim Bersten der Untermunition zu konischen Projektilen werden und gleichermaßen gegen »gepanzerte« wie »ungeschützte« Ziele (sprich Menschen) erfolgreich sind.

»Skeet« ist eine derartige Munition, die obendrein auch schon



Aus Brechts »Kriegsfibel«

»intelligent« ist: Wird sie z.B. aus der Mehrzweckwaffe MW-1 ausgestoßen, so taumelt sie zu Boden und sucht mit ihrem Infrarotsensor panzertypische Wärmebilder. Bei Ortung eines Zieles wird der Gefechtskopf zur Detonation gebracht, und aus dem »Skeet« bildet sich ein Projektil, das einen Panzer zerstören kann. Wird kein Ziel geortet, erfolgt die Explosion in vorprogrammierter Höhe als Splitterwaffe, so daß in erster Linie »Weichziele« umgebracht werden. Aus dem Werfer MARS können immerhin mit einer Salve von zwölf Raketen 288 Stück »Skeet«-Munition verschossen werden. Gegen Bodentruppen eingesetzt, frohlocken die Militärs, wird damit das »Vernichtungspotential von Nuklearwaffen« erreicht. Gegen die Zivilbevölkerung natürlich auch.

Ähnlich »intelligent« ist »Copperhead«, die mit MARS wie auch mit jeder üblichen 155-Millimeter-Haubitze verschossen werden kann — bis zu sechzehn Kilometer weit. »Copperhead« ist lasergelenkt und kann relativ ungezielt abgefeuert werden. Ein vorgeschobener Beobachter (z. B. am Boden, z. B. in einem Hubschrauber, z. B. aber auch ein unbemanntes Cruise Missile) übernimmt die Lenkung, indem er mit einem Laserzielgerät das ausgewählte Objekt beleuchtet.

Der »intelligenten« Munition, die sich ihr Ziel selbst suchen kann, gehört bei den Militärs die Zukunft. So preist auch die fran-

zösische Hersteller-Firma der bereits im Falkland-Krieg eingesetzten Exocet-Rakete ihr Produkt: 103 irakische Einsätze der Rakete im persischen Golf hätten 57 Schiffe versenkt oder schwer beschädigt.

»Für das Gesundheitswesen nahezu unlösbare Aufgabe«

MW-1, MARS, FAE-II, »Skeet«, »Copperhead«, Exocet sind wenige Beispiele für die gegenwärtig betriebene »Konventionalisierung«. Die Neuanschaffungen allein der Bundeswehr in den nächsten Jahren umfassen ein Vielfaches an Waffensystemen und Munitionstypen. In den USA sind zur Zeit allein vier- bis siebenhundert neue Waffensysteme in der Entwicklung. Viele der neuen Waffen wirken gegenüber den älteren unterschiedloser, grausamer, flächendeckender; und viele der neuen Waffen erreichen die Zerstörungskraft von Nuklearwaffen. Damit verstoßen die neuen Waffen eindeutig gegen humanitäres Völkerrecht. So untersagt schon die Haager Landkriegsordnung von 1907 »die meuchlerische Tötung oder Verwundung von Angehörigen des feindlichen Volkes oder Heeres« und verbietet den »Gebrauch von Waffen, Geschossen oder Stoffen, die geeignet sind, unnötig Leiden zu verursachen«.

Aber das interessiert Kohl heute so wenig wie Johnson in den sechziger Jahren. Für die Bundesrepublik, in der die eventuelle mitteleuropäische Schlacht auf jeden Fall toben wird, macht die »Konventionalisierung« allenfalls



Hans-Joachim Linde, Sanitätsinspekteur der Bundeswehr

eine neue Bedrohung aus. »Da die deutsche Bevölkerung praktisch an jedem Ort bedroht ist, . . . wird insbesondere der zivile Gesundheitsdienst vor eine nahezu unlösbare Aufgabe gestellt.« Das meint H. J. Linde, Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr. Recht hat er. □



COMPENDII MALEFICARVM

LIBER SECVNDVS.

In quo agitur de diuersis generibus Maleficiorum,
& de quibusdam alijs scitu dignis.



De Maleficio Somnifico. Cap. 1.

Doctrina!



Conuenere Sage, & Malefici, alios potione, malo carmine, & certis ritibus soporare, vt interea illis venenum infundant, vel infantulos rapiant, aut necent, vel furto quid subtrahant, vel stupro, adulterioque contaminent, & hoc fieri potest naturalibus venenis soporiferis, vt erit videre per exempla. Et he non sunt fabulæ, quia si multa sunt, quæ naturaliter, vel infusa, vel a dmona, non somnium aut soporem tantum, sed etiam stuporem.



HEXEN

pw — »Im Namen des Vaters, des Sohnes und des Heiligen Geistes, Amen«, ließ der Leibarzt Edwards II., ein Bakkalaureus der Theologie und Doktor der Medizin, bei Zahnweh auf die Kinnbacken des Patienten schreiben. Wer zu dieser Zeit Arzt werden wollte, mußte erst einmal Theologie studieren. Heilung ohne den Segen der Kirche war Ketzerei, Häresie. Die Schulmedizin war weitab jeglicher Praxis, sie war männlich und selbstverständlich katholisch. Kein Wunder, daß sich Ablehnung einer Volksmedizin, abgrundtiefe Frauenfeindlichkeit sowie krankhafte Verachtung der Sexualität zu einer

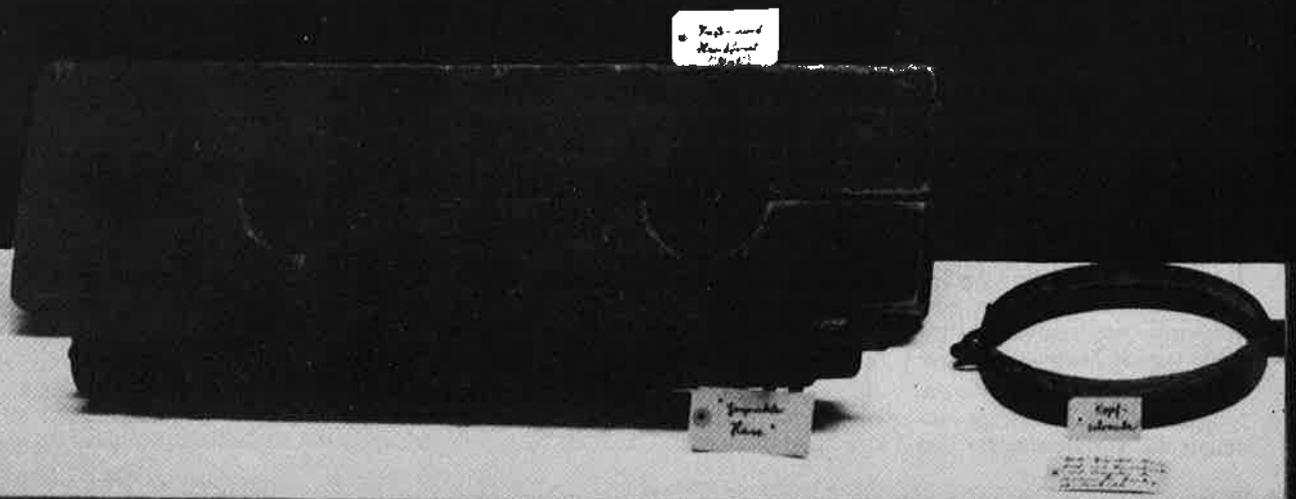
dunklen Brühe offizieller Ideologie vermischten, in deren Bodensatz hunderttausende Frauen, etikettiert mit dem alles rechtfertigenden Begriff »Hexe«, einen grausamen Tod fanden.

Am 5. Dezember 1484, vor genau 500 Jahren, erließ Papst Innozenz XII. die sogenannte »Hexenbulle« und leitete damit eines der finstersten Kapitel der Menschheitsgeschichte ein.

Hexen waren Kräuterfrauen, Heilkundige, Hebammen, Ärztinnen einer »Basismedizin«, sie waren poli-

tisch Verfolgte, aber auch die normale Nachbarsfrau, die Opfer einer Denunziation wurde. Jede Frau war potentiell eine Hexe, denn »also schlecht ist das Weib von Natur, da es schneller den Glauben ableugnet, was die Grundlage für die Hexerei ist«, heißt es im »Malleus Maleficarum«, dem Hexenhammer von 1485/86.

Die Verfasser Jakob Sprenger und Heinrich Krämer waren päpstliche Inquisitoren, ihre Schrift wurde das Standardwerk der Hexenprozesse mit genauesten Folteranweisungen und Befragungsrezepten.





Kapitel IX, Unzucht:

- Wie oft der Teufel im Jahr außer den Hexen tänzen mit ihr Unzucht getrieben, an welchem Ort, im Haus oder sonsten?
- Wie sie ihn empfunden?
- Ob er still oder laut geredet?

Keine Frage, keine Folter, kein Vorwurf wurde dem Zufall überlassen. Die Hexenverfolgung war nach den Kreuzzügen die zweite wohllorganisierte und systematisch betriebene Massenvernichtung mit päpstlichem Segen. Sie war fast ausschließlich gegen Frauen gerichtet. Schaut man/frau sich heute die §218-Kampagne der katholischen

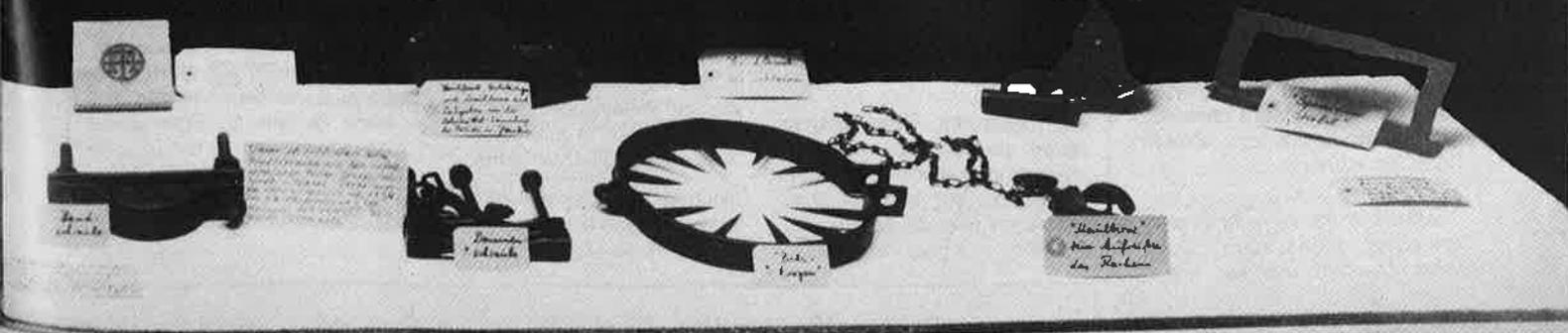
Kirche an, die Verklärung des »ungeborenen Lebens« bei gleichzeitiger Verschmähung der mütterlichen Bedürfnisse, oder die offizielle päpstliche Diffamierung der Schwangerschaftsverhütung, so scheint sich an dem Frauenbild Grundlegendes nicht verändert zu haben.

Rechtlosigkeit in der Ehe gegenüber der Gewalt der Ehemänner, inquisitorische Praktiken in Vergewaltigungsprozessen, in denen sich oft genug Anleihen an das finstere Gedankengut der Hexenprozesse (»also schlecht ist das Weib von Natur ...) nicht nur ahnen

lassen, wenn das Vergewaltigungsopfer zur eigentlichen Verführerin abgestempelt wird — die Beispiele ließen sich fortsetzen.

Das Kapitel Hexenverfolgung ist nicht passé, wenn auch die Methoden dem Zeitgeist angepaßt sind.

In Bremen ist zur Zeit eine Ausstellung der »Arbeitsgruppe Hexen« im Hamburgischen Museum für Völkerkunde zu sehen. Ort: Georg-Büchner-Buchhandlung, Vor dem Steintor 56, Tel. (04 21) 7 20 73. Die hier gezeigten Bilder sind dem lesens- und sehenswerten Katalog zur Ausstellung entnommen. Er kann über die genannte Buchhandlung bestellt werden. Kosten: 30 Mark plus Versand.



Florence Nightingale (12. 5. 1820—13. 8. 1910) kam aus reichem englischem Hause. Sie hatte großes Interesse an der Krankenpflege und informierte sich ausführlich über die Lage des Gesundheitswesens in verschiedenen Ländern.

1854 kam es zu einem militärischen Konflikt zwischen Rußland einerseits und dem Osmanischen Reich, Großbritannien und Frankreich andererseits, bekannt als Krimkrieg. Es war der erste Stellungskrieg der Militärgeschichte, und zum ersten Mal spielten Korrespondenten mit ihren Nachrichten vom Kriegsschauplatz eine wirkliche Rolle. Die katastrophalen Zustände in den englischen Lazaretten veranlaßten die »Times«, eine Verwundetenpflege, wie sie im französischen Heer bereits von den »Barmherzigkeitsschwestern« geleistet wurde, zu verlangen.

Florence Nightingale bot dem damaligen britischen Kriegsminister, Sidney Herbert, ihre Dienste an, und mit Vollmacht der Regierung übernahm sie als Leiterin einer kleinen Gruppe die Krankenpflege »in der Türkei«.

Inbesondere durch die Einführung einer angemessenen Ernährung und sanitärer Maßnahmen konnte die Sterblichkeitsziffer unter den Soldaten erheblich gesenkt werden. »Die Soldaten vergötterten Florence Nightingale und küßten ihren Schatten, wenn sie des Nachts durch die Säle schritt«, schreibt Käthe Silber in ihrer Nightingale-Biographie. In England verbreitete sich die Legende von der »Lady with the light«, der »Dame mit der Lampe«. Ein großer Geldbetrag wurde für eine Ausbildungsanstalt für Krankenpflege gespendet.

Die »Times«-Berichte über die Kriegsgeschehnisse gaben jedoch nicht nur die Anregung, die Folgen eines Krieges für die Opfer zu bekämpfen, sondern sie veranlaßten auch andere Frauen, in der »Times« alle Frauen der Welt zum Zusammenschluß gegen den Krieg aufzufordern. Florence Nightingale, die als eine der ersten Frauen die Grausamkeiten einer Kriegsschlacht unmittelbar erlebt hat, reagierte darauf wohl nicht. In ihren Schriften und in den Biographien ist nicht ein Hinweis zu finden, daß sie sich zur Friedensfrage geäußert hätte. Uns ist auch nur eine Autorin bekannt, die das überhaupt bemerkenswert fand: Ellen Key (»Florence Nightingale und Bertha von Suttner — Zwei Frauen im Krieg wider den Krieg«, Zürich 1919). Sie schreibt:

»Deshalb hat es mein Erstaunen erregt, daß ihr sonst so logisches Denken, das vor keiner

Brav, aber kriegerisch

Florence Nightingale (1820-1910)

Florence Nightingale ist international die berühmteste aller Krankenschwestern und Leitfigur der Krankenpflege schlechthin. Es gibt eine Unmenge an Literatur über sie.

Welches Kriegsverständnis hatte die Begründerin der modernen Krankenpflege? Wen ehrt das Rote Kreuz mit der Florence-Nightingale-Medaille?

Schlußfolgerung zurückwich, niemals von der Krankenpflege den Sprung zu jener Tatsache wagte, die die Pflege notwendig machte, zum Kriege selbst.«

Nach dem Ende des Krimkriegs plante Florence Nightingale eine Reform des gesamten Systems des militärischen Gesundheitswesens. Ihr Schlafzimmer wurde zu einem »kleinen Kriegsministerium«, in dem sie Experten und Staatsmänner empfing, die ihr Informationen brachten und ihre Instruktionen entgegennahm.

Ihr erster auf eigene Erfahrungen gestützter Report für eine königliche Untersuchungskommission, der sie als Frau nicht ange-

hören konnte, diente dieser als Arbeitsgrundlage: Die »Bemerkungen betreffend den Gesundheitszustand und die wirksamste Verwaltung von Krankenhäusern der britischen Armee« (Notes on Matters affecting the Health, Efficiency and Hospital Administration of the British Army). Die »Bemerkungen« wurden auch als Privatdruck veröffentlicht (1858) und gelten als »das am wenigsten bekannte, aber bedeutendste ihrer Werke« (E. Cook).

Sir John McNeill, Verwaltungsbeamter für das Gesundheitswesen der Armee, schrieb 1858: »Als Ganzes betrachtet, enthält es eine Masse von Infor-

mationen, die, soweit ich weiß, kein anderer je über einen solchen Gegenstand zum Ausdruck gebracht hat. Ich betrachte es als ein für die Armee und das ganze Land völlig unschätzbare Geschenk«.

Das Werk umfaßt über 500 Seiten mit Tatsachen, Tabellen, Statistiken, graphischen Darstellungen, damals etwas ganz Neues. Zum ersten Mal wurden hier der Gesundheitszustand der Armee, ihre Unterbringung und Verpflegung wissenschaftlich untersucht. Weitere Schriften über denselben Gegenstand folgten innerhalb kurzer Zeit; einige waren offiziell, andere blieben der Öffentlichkeit unbekannt. Sie wiesen nach, daß die Sterblichkeitsrate unter jungen Soldaten in Friedenszeiten mehr als doppelt so hoch war wie die der Zivilbevölkerung, weil die Kasernen unzweckmäßig gebaut und schlecht belüftet waren und die Ernährung ungeeignet war.

Florence Nightingale entwarf in ihren Arbeiten Pläne für bessere Bauten mit sanitären Einrichtungen und machte Vorschläge für eine wirksame Verwaltung von Kasernen. Sie betonte die Notwendigkeit von Statistiken und der Ausbildung von Militärärzten.

Königin Victoria war sehr beeindruckt von Florence Nightingale und wünschte, »wir hätten

Die Florence-Nightingale-Medaille

1907, auf der achten Konferenz des Internationalen Roten Kreuzes, schlug das ungarische Rote Kreuz vor, einen Nightingale-Fonds für eine internationale Erinnerungsmedaille zu stiften, bestimmt für Frauen, die sich in Kriegs- oder Friedenszeiten besonders ausgezeichnet hatten. Man wollte an die Aufopferung der Florence Nightingale erinnern und ihren Nachlaß durch eine Medaille honorieren. Der Prägestempel sollte die Statue der »Dame mit der Lampe« am Saint-Thomas-Krankenhaus in London wiedergeben.

Alle nationalen Gesellschaften waren einverstanden, und die neunte internationale Rotkreuz-Konferenz 1912 beschloß eine Resolution über die Stiftung der Medaille. In jedem Jahr sollten

sechs Medaillen verliehen werden — in Kriegszeiten zwölf.

Im Juni 1914 lud das Internationale Rote Kreuz die nationalen Gesellschaften ein, ihre Kandidatinnen vorzustellen. Als der Krieg ausbrach, entschied das Rote Kreuz, die erste Verleihung der Medaille bis zum Friedensvertrag aufzuschieben. Am 12. Mai 1920, dem hundertsten Geburtstag von Florence Nightingale, fand die erste Verleihung von 51 Medaillen statt.

Die dreizehnte internationale Konferenz entschied, die Zahl der zu verleihenden Medaillen von sechs auf 18 zu erhöhen — 36 Medaillen alle zwei Jahre.

Nach der jetzigen Regelung (festgelegt 1981) wird ein Teil der Medaillen an diplomierte Kranken-

schwestern und ein anderer Teil an freiwillige Helferinnen, aktive Mitglieder oder reguläre Mitarbeiter der nationalen Rotkreuz-Gesellschaften vergeben. Insgesamt wurden bisher, einschließlich der 29. Verleihung von 1983, 889 Medaillen in 67 Länder vergeben.

Auf die Frage, wie viele Medaillen für Leistungen in Friedenszeiten und wie viele für Kriegsdienste verliehen wurden, antwortete der Leiter der Abteilung für Nationale Gesellschaften und Grundsatzfragen beim »Comité International de la Croix Rouge«, daß keine Statistik im Sinne dieser Anfrage bestehe.



sie im Kriegsministerium« (in einem Brief an den Herzog von Cambridge, 1856).

Florence Nightingale diente treu und sehr eifrig unter kriegsführenden Mächtigen, an der Seite von Kriegsplanern. Obwohl sie schreckliche Kriegsverbrechen gesehen hat, wandte sie sich nie aus Empörung und mit Wut gegen die Kriegsverbrecher. Eine brave Frau, eine vorbildliche Krankenschwester.

Im amerikanischen Bürgerkrieg und im deutsch-französischen Krieg 1870/71 ersuchten beide Seiten um Hilfe aus England um Hilfe für den Lazarettendienst. In Preußen gingen aus persönlichen Beziehungen der Kronprinzessin Victoria Einrichtungen für Gesundheits- und Krankenpflege hervor. Henri Dunant berief sich bei der Gründung des Roten Kreuzes ausdrücklich auf die Inspiration durch Florence Nightingale. Ausbildungsschulen für Krankenpflegerinnen nach dem Londoner Muster wurden in vielen Ländern eröffnet.

Ausgerechnet nach ihrem Einsatz im Krieg wird der Wert von Krankenpflege in größerem Umfang erkannt. Ausgerechnet eine Militärschwester ist die Begründerin der modernen Krankenpflege. Ausgerechnet eine Frau, die keine grundsätzliche Kritik am Krieg übte, wurde berühmt.

Während Florence Nightingale vielen aus dem Englischunterricht bekannt sein wird, ist uns der Name Bertha von Suttner erst in der Literatur der Friedensbe-

wegung begegnet. Die Zeitgenossin (1843—1914) der Militärschwester sah die einzige Chance für das 20. Jahrhundert im Kampf gegen den Krieg. Als politische Journalistin (»Friedenswart«) versuchte sie, Einfluß auf die öffentliche Meinung zu gewinnen. Sie gründete die österreichische und deutsche Friedensgesellschaft und war Vorsitzende des Internationalen Friedensbüros. 1905 erhielt sie den Friedensnobelpreis. In ihrem Roman »Die Waffen nieder« (1889) schreibt sie:

Ein anderes politisches Ereignis jener Tage war, daß sich Österreich nunmehr dem Genfer Vertrage anschloß: »Nun — bist du jetzt zufrieden?« fragte mein Vater, als er diese Nachricht gelesen: — »siehst du ein, daß der Krieg, den du immer eine Barbarei nennst, mit der fortschreitenden Zivilisation immer humaner wird? Ich bin ja auch für das menschliche Kriegführen; den Verwundeten gebührt die sorgfältigste Pflege und alle mögliche Erleichterung. . . Schon aus strategischen Gründen, welche schließlich in Kriegssachen doch das wichtigste sind; durch eine gehörige Behandlung der Kranken können sehr viele in kurzer Zeit wieder kampffähig und in die Reihen zurückversetzt werden.«

»Du hast recht, Papa; wieder brauchbares Material — das ist die Hauptsache . . . Aber nach den Dingen, die ich gesehen, kann kein Rotes Kreuz ausreichen — und hätte es zehnmal mehr Leute und Mittel —, um das Elend abzuwehren, welches eine Schlacht im Gefolge hat —«

»Abwehren freilich nicht, aber mildern. Was sich nicht verhüten läßt, muß man eben zu mildern trachten.«

»Die Erfahrung lehrt, daß eine ausreichende Milderung nicht möglich ist. Ich möchte daher, der Satz würde umgekehrt: Was sich nicht mildern läßt, soll man verhüten!«

Was sich nicht mildern läßt, soll man verhüten! Der Satz hat im Atomkriegszeitalter sicher an Aussagekraft dazugewonnen. Man sollte meinen, daß die Krankenpflege als Berufsgruppe im gleichen Maße ihre Florence Nightingale-Tradition hinter sich gelassen hätte. Doch in Krankenpflegeschulen wird leider — 39 Jahre nach Hiroshima — immer noch im Zusammenhang mit der Vermittlung dieser Persönlichkeit das Ideal des Dienens und Helfens ohne politische Stellungnahme gegen Kriegsplaner und eine innige Verbundenheit von Krankenpflege und Militär weitergegeben. Ellen Sperling

Ellen Sperling ist Kinderkrankenschwester und arbeitet in der AG Krankenpflege der Münsteraner Friedensinitiative im Gesundheitswesen.

»Manly fellows«

Diesen Brief schrieb Florence Nightingale am 4. Oktober 1899 an H. Herbert, den Präsidenten der Balacava-Gesellschaft. Die Gesellschaft hatte ihren Namen von einer Schlacht im Krimkrieg.

Verehrter Herr, wenn ich auch zu Ihrer jährlichen Gedenkfeier nicht persönlich erscheinen kann, so bin ich doch mit dem Herzen und der Seele bei Ihnen. Es freut mich sehr, Ihnen trotz angegriffener Gesundheit einige Zeilen schreiben zu können. Ich wünschte, ich könnte sagen, es wäre Frieden — wie wir es noch vor wenigen Tagen hätten sagen können. Aber dennoch können wir, wie einst jemand über die Vorteile der Verfol-

gung schrieb, einiges über die Vorteile des Krieges sagen, wenn auch nur wenige Männer, und vielleicht noch nie eine Frau, so viel von den Schrecken des Krieges miterlebt haben. Aber man schaue sich doch nur einmal die tapferen Burschen (»manly fellows«) an: Im Krieg benehmen sie sich nicht wie Tiere, wie es manchmal leider in Friedenszeiten zu beobachten ist; keiner betrinkt sich, niemand treibt sich mit Frauen herum; jeder ist bereit, sogar sein Leben für seinen Kameraden aufzuopfern, ihn vom Schlachtfeld zu holen, ohne daß er auch nur entfernt mit Anerkennung in Wort oder Schrift rechnen kann; und wenn er bei diesem Versuch ums Leben kommt, erhält sein Name lediglich den Vermerk »Gefallen«; er, der sich stets aufgeopfert hat, sogar bis zum Tode, so wie unser großer

Herr und Freund Jesus Christus für seine Mitmenschen. Ach, wenn es so mit ihm war, dann werden wir nicht sagen: »Der Tod kommt nicht vor der Zeit zu dem, der bereit ist, zu sterben. Je kürzer das Leben, desto früher die Unsterblichkeit! Und wer würde ihn denn wohl zurückhalten? Nicht einmal seine Frau. Meine Freunde, Überlebende von Balacava, ich trinke diesen Becher auf Sie, der nicht nur mit Kummer, sondern mit lebendigem Leben gefüllt ist, der vielleicht genau soviel wert ist wie alle die flaumweichen Sessel, die uns vertraut sind. Die von uns gegangen sind, sind noch bei uns, sie arbeiten weiter mit uns für das Gute und Gerechte und für das Glück unserer Mitmenschen. Bitte glauben Sie mir, immer Ihre treue Freundin,

Florence Nightingale



**Norbert Schmacke/H.G. Güse
Zwangssterilisiert
Verleugnet — Vergessen.
Zur Geschichte der
nationalsozialistischen
Rassenhygiene am Beispiel
Bremen
Brockkamp Verlag, Bremen
1984, 189 Seiten, 18,80 Mark**

Was unterscheidet Eugen Gerstenmeier, den früheren CDU-Bundestagspräsidenten von den Opfern der Zwangssterilisation der NS-Zeit? Gerstenmeier beantragte und erhielt 192.000 Mark Wiedergutmachung dafür, daß er bei den Nazis nicht habe Professor werden können. Dagegen begründete der damalige Bundesminister F.J. Strauß die Ablehnung einer Wiedergutmachung an den Zwangssterilisierten am 17.11.67 mit folgenden Argumenten: »Bei unserer derzeitigen Haushaltslage bin ich der Meinung, daß eine solche Maßnahme auch finanziell nicht zu verantworten wäre. Da im Bundesgebiet etwa 175.000 bis 200.000 Zwangssterilisierte leben dürften, würde sich eine finanzielle Belastung von fast einer Milliarde Mark ergeben, wenn man jedem der Betroffenen auch nur eine Entschädigung von 5000 Mark gewähren würde ... Gegen eine Pauschalabfindung spricht überdies noch, daß von dem gesamten Entschädigungsbetrag von fast einer Milliarde Mark bis zu 60 Prozent an Geisteskranken, Schwachsinnige oder schwere Alkoholiker gezahlt werden würde.«

»Fünfzig Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« legen die beiden Bremer Ärzte Norbert Schmacke und Hans-Georg Güse die kritische Analyse über einen Abschnitt der deutschen Medizingeschichte vor, der in der Öffentlichkeit bislang nur wenig Beachtung gefunden hat, schreibt der Bremer Gesundheits-Senator Herbert Brückner in seinem Vorwort. Diese trockenen Worte beschreiben dieses Buch nur unzulänglich, löst es

doch beim Lesen Gefühle wie Wut und Scham aus.

Dabei bleiben die Autoren sachlich, arbeiten die Ursprünge dieses Gesetzes heraus und bringen eine Vielzahl einzelner Beispiele, was durch den lokalen Bezug dieses Buches gefördert wird. Die Hauptstärke dieser Arbeit liegt jedoch darin, daß sie nicht nur die Zwangssterilisationen in der NS-Zeit darstellen, sondern den weiteren Weg der Opfer und Täter nach dem Krieg beschreibt. Die Täter (Mediziner und Juristen) rechtfertigen nach dem Krieg noch ihr Tun und fungieren als »Gutachter« in den von den Opfern angestregten Prozessen. In einem beispiellosen Zynismus wandten sie die Tatsache, daß das Gesetz von 1933 in der Weimarer Republik Vorläufer gehabt habe und wesentliche Gedankengänge der Rassenhygiene bereits vor 1933 entwickelt worden waren, gegen die Opfer des faschistischen Sterilisierungsgesetzes.

»Eugenische« Gesetzgebung und Praxis ist nicht einfach »lange her«. Trotz der Erfahrungen mit dem Faschismus wird deren Wiederbelebung heute wieder offen gefordert. So von Prof. Nachshheim vom Max-Planck-Institut für vergleichende Erbbiologie und Erbpathologie, einem der »Sachverständigen« beim Ausschuß für Wiedergutmachung: »Jedes Volk braucht eine Eugenik, im Atomzeitalter mehr denn je.«

Die Autoren weisen darüberhinaus auf aktuelle Gefahren: »Die Entwicklung der Biochemie, Gentechnologie und des medizinisch-industriellen Komplexes wirft neue Fragen auf, deren Dimensionen wir erst zu erahnen beginnen.« Bis heute steht hingegen die politische und moralische Ächtung des »Gesetzes zur Verhütung des erbkranken Nachwuchses« aus.

Eine weiteste Verbreitung ist diesem Titel zu wünschen, damit Erfahrenden von Worten wie »Entschädigungsneurose« das Handwerk gelegt werden kann. *gs*

**Benno Müller-Hill
Tödliche Wissenschaft. Die
Aussonderung von Juden,
Zigeunern und Geisteskranken
1933—1945
rororo aktuell 5349, 10,80 Mark**

1961 schrieb Karl Saller im Vorwort zu seinem Buch »Die Rassenlehre des Nationalsozialismus«, er sei der einzige Anthropologe in der Bundesrepublik, der eine kritische Haltung zur NS-Anthropologie eingenommen habe. Es dauerte 23



Jahre, bis ein Nachfolger der Generation von NS-Rassenhygienikern auf einem Lehrstuhl für Genetik an der Universität Köln, Benno Müller-Hill, eine anklagende Auseinandersetzung mit jener ihrem Selbstverständnis nach wertfreier Wissenschaft vorlegt, die in ihrer historischen Darstellung und Analytik über Sallers weitgehend unbekannt Arbeit hinausgeht. Hill schildert auf dem Boden umfangreichen Quellenstudiums die Einbindung der Phalanx der rassenhygienisch orientierten Psychiater und Anthropologen in die Vernichtungsstrategie des NS-Staates.

Das Buch ist ein weiteres Dokument der Prostitution von Wissenschaftlern, die im Nationalsozialismus zum einen die Verwirklichung ihrer Utopien sahen und sich zum anderen »die gigantische Förderung ihrer Forschungen« erhofften. Den hemmungslosen Karrierismus faßt die Tochter des NS-Psychiaters Rüdin in die Worte: »Er hätte sich dem Teufel verkauft, um Geld für sein Institut und seine Forschung zu bekommen.« Müller Hill sieht in diesen Wissenschaftlern »Theologen des Vernichtungskultes«, welche das Rätsel des »anderen Menschen«, des Juden, Schizophrenen und des Zigeuners auf den »Altären« von Auschwitz lösen wollten. Der Mensch wurde, so Müller-Hill, für die menschenverachtenden Anthropologen »zum gehorchenden Objekt oder Tier reduziert«. Und: »Das war es, was Psychiater, Anthropologen und Hitler einte.«

Im zweiten Teil des Buches gibt Müller-Hill Gespräche mit noch lebenden NS-Anthropologen, ihren Mitarbeitern und Kindern wieder. Und noch immer stößt der Leser auf eine Mauer von Schweigen, Verharmlosung und Ignoranz. 1946 schrieb der um den Fortgang seiner Karriere besorgte v. Verschuer an einen ausländischen Kollegen: »Lassen Sie mich von all dem Furchtbaren schweigen, das hinter uns liegt«. Und im selben Jahr konnte v. Verschuer an den Dekan der medizinischen Fakultät in Frankfurt schreiben: »Für den von Ihnen übersandten Persilschein (eine sehr gute Bezeichnung!) danke ich vielmals.« Und unerschütterlich wird das Leid vom unpolitischen

Wissenschaftler gesungen, so die Tochter Rüdins über ihren Vater: »Er war Wissenschaftler, nicht Politiker. Politik ist schmutzig, damals wie heute.«

Es ist ein verzweifelt Buch, das Müller-Hill geschrieben hat, eine Anklageschrift, die der Autor selber bescheiden einen Aufsatz nennt. Jede Zeile spiegelt die Fassungslosigkeit des Autors angesichts der »Normalität« einer Wissenschaft wider, auf deren Fundamenten sich der Universitätsbetrieb der Bundesrepublik gegründet hat. Müller-Hill: »Es gibt nur eine Hoffnung, die mag sich in nichts auflösen, und die heißt: Öffentlichkeit und kein Geheimnis in der Wissenschaft«. Und schließlich: »Die Beschäftigung mit der Destruktion verletzt und beschmutzt. Aber das Verdrängen ins Unausprechliche blendet und lähmt.« Bleibt zu hoffen, daß Müller-Hills Warnungen bei den Humangenetikern der Gegenwart nicht ungehört bleiben.

Norbert Schmacke



**Durch Dick und Dünn. emma-
Sonderband 4 (1984/85), 10 Mark.**

Das neue Sonderheft von emma habe ich mit viel Interesse gelesen. In zahlreichen Artikeln wird der Diätsinn und -unsinn und was damit zusammenhängt von mehreren Seiten beleuchtet. Jetzt, vor Weihnachten, beginnt die Backerei, nach dem Fest wird gefastet; Ostern gegessen, dann für den neuen Bikini gefastet ... ein ewiger Dauerbrenner aller Frauenzeitschriften. Ich bin sicher, daß sich jede Leserin (Leser?) in einem der Artikel wiederfindet.

Sie sind ehrlich geschrieben, zeigen Schwächen auf, nehmen die Schlankheitsideale unter die Lupe und diskutieren Magersucht und Fettsucht mit ihrer Nähe zur Krankheit. Die Idealfigur wird in Frage gestellt: jede Frau muß ihre eigene »Figur« finden, in deren Haut sie sich wohlfühlt. Denn nichts ist so sehr fremd bzw. männerbestimmt wie die schlanke Linie! Neben psychologischen Erklärungsmodellen enthält das Heft Tips, Bücher und Adressen. Sicher könnte zu dem Thema noch manches gesagt werden, aber es sind viele Denkanstöße darin enthalten, nicht immer nur für Frauen. *ufv*

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: 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)

Redaktion

Chefredakteur: Norbert Mappes (nm)

Aktuelle Gesundheitspolitik: Detlev Uhlenbrock (du), Walter Popp (wp); **Gesundheitsversorgung:** Gregor Weirich (gw), Uli Menges (um), Joachim Gill (jg); **Arbeits- und Lebensverhältnisse:** Norbert Andersch (na), Kurt Straif (ks); **Pharma- und Geräteindustrie:** Ulli Raupp (urp); **Umwelt:** Peter Walger (pw); **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Matthias Albrecht (ma), Edi Erken (er); **Ausbildung:** Eckard Müller (em), Peter Liebermann (pl); **Internationales:** Gunar Stempel (gst), Felix Richter-Hebel (frh), Stefan Schölzel (sts); **Frauenprobleme:** Ulla Funke-Verhasselt (ufv); **Pflegeberufe:** Thomas Wettig (tw); **Historisches:** Helmut 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 eingegangene Manuskripte keine Haftung übernehmen.

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint monatlich bei:

Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/364051, Konten: Postgiroamt Köln 6514-503, Stadtparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für das Februarheft: 2. 1. 85.

Graphik: Christian Paulsen

Titelfoto: Avinash Pandey

Layout: Peter Liebermann, Holmut Schaaf, Stefan Schölzel, 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, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (02 41) 754 59; **Ansbach:** Birgitta Eschenbacher, Am Helmweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (09 81) 144 44; **Berlin:** Hermann Dittich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (0 30) 822 63 28; **Bonn:** Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hangela), Tel. (022 41) 291 78; Stefan Schölzel, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 23 35 26; Kurt Straif, Reuterstr. 121, 53/1, Tel. 21 26 96; Gregor Weirich, Schumannstr. 30, 53/1, Tel. 21 97 78; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (04 21) 23 43 71; **Bremerhaven:** Gunar Stempel, Virchowstr. 34, 2850 Bremerhaven-Geestemünde, Tel. (04 71) 2 72 72; **Darmstadt:** Jürgen Frohnert, Neutschlag Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; **Dortmund:** Mathias Albrecht, Am Kühlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (02 31) 75 38 80; Detlev Uhlenbrock, Droste-Hülshoff-Str. 1, 46/1, Tel. 42 17 68; **Düsseldorf:** Joachim Gill, Fruchtstr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (02 11) 34 92 04; **Duisburg:** Thomas Wettig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (02 03) 34 21 88; **Essen:** Christian Paulsen, Overbeckstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 74 37 31; Walter Popp, Kotthausgang 5, 43/16, Tel. 40 68 13; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (06 9) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (06 41) 7 52 45; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (05 51) 3 97 10; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (04 0) 6 56 48 45; **Hansa/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06 81 81) 4 72 31; **Hannover:** Martin Walz, Tiestest. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d: (05 1 32) 90 65 57/p; (05 11) 81 88 88; **Hattlingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattlingen, Tel. (023 24) 6 74 10; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06 221) 47 41 01; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (07 21) 84 99 48; **Kassel:** Matthias Dippel, Weitzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (05 61) 5 49 25; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrückener Str. 176B, 2300 Kiel 1, Tel. (04 31) 68 63 97; **Kleve:** Ulla Funke-Verhasselt, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (028 25) 84 24; **Köln:** Peter Liebermann, Garthestr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (02 21) 76 38 44; Eckard Müller, Säckinger Str. 4, 5/11, Tel. 43 29 19; Helmut Schaaf, Rhöndorfer Str. 16, 5/41, Tel. 42 87 26; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederringel 3, 4540 Lengerich; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (04 51) 50 33 55; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (06 21) 85 54 05; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3650 Marburg; **Minden:** Volker Happmann, Bäckerstr. 41, 4950 Minden; **Mülheim/Ruhr:** Norbert Andersch, Muhrenkamp 36, 4330 Mülheim/Ruhr, Tel. (02 08) 3 38 46; **München:** Margret Lambert, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (0 89) 78 15 04; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08 261) 97 33; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (02 51) 79 46 88; Barbara Halbelsen-Lehnert, Hoyastr. 11, Tel. 28 74 31; Uli Menges, Seppenradeweg 44, Tel. 78 83 99; Ulli Raupp, Peter Walger, Willi-Halscher-Weg 7, Tel. 78 0 14 37; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (04 41) 8 38 56; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (023 61) 1 54 53; **Remscheid:** Michael Sünner, Lockfickerstr. 50, 5630 Remscheid 11, Tel. (02 191) 5 52 79; **Riedstadt:** Harald Skrobles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06 158) 61 61; **Siegburg:** Richard Beitzner, Hegebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (022 41) 39 35 90; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (02 71) 7 68 60; **Solingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5650 Solingen 1, Tel. (02 122) 4 78 85; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07 0 71) 21 27 98; **Ulm:** Wolf Scheinzer, Ringsstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (07 31) 6 65 44; **Viersen:** Sebastian Stiert, Hermann-Ehlers-Str. 5, 4050 Viersen 12, Tel. (021 62) 7 76 94.

Wir über uns

Sechzig Redakteure, Autorinnen und Autoren, Leserinnen und Leser sind zur Fünfjahrfeier von dg in die Bonner Harmonie gekommen. Unter den Gästen: Dieter und Raimund, Setzer der Firma Farbo in Köln, ohne deren Einsatz, deren aktiven Mitdenken und deren Bereitschaft, an und ab auch ungewöhnliche Terminwün-

sche zu tolerieren, dg ganz bestimmt nicht jeden Monat pünktlich erschiene. Außerdem: Franziska und Gudrun vom Pahl-Rugenstein Verlag, die den Vertrieb betreuen. Einen herzlichen Dank an sie und an alle, die sonst mit der technischen Herstellung befaßt sind: Drucker, Metteurinnen und Metteure.

Die Revolution im Layout, die wir im vergangenen Jahr auf einem Redaktionsseminar beschlossen und in diesem Jahr auch vollführt haben, bedurfte noch einiger Korrekturen: die Kopfzeilen haben ihre Funktion verloren und fallen weg. Typographie und Namensnennung der Autoren wurden vereinheitlicht. Die Redakteure erscheinen nur noch mit ihren Kürzeln. Mit Namen und Adressen sind jetzt alle Redakteure unter »dg-Kontakte« auf dieser Seite zu finden. Übrigens: nach wie vor sind wir auf Feedback angewiesen.

Dieses Heft kostet (im Abonnement) 3,60 Mark. Die Preiserhöhung um 10 Pfennig ist notwendig geworden, weil das Papier wieder teurer geworden ist.

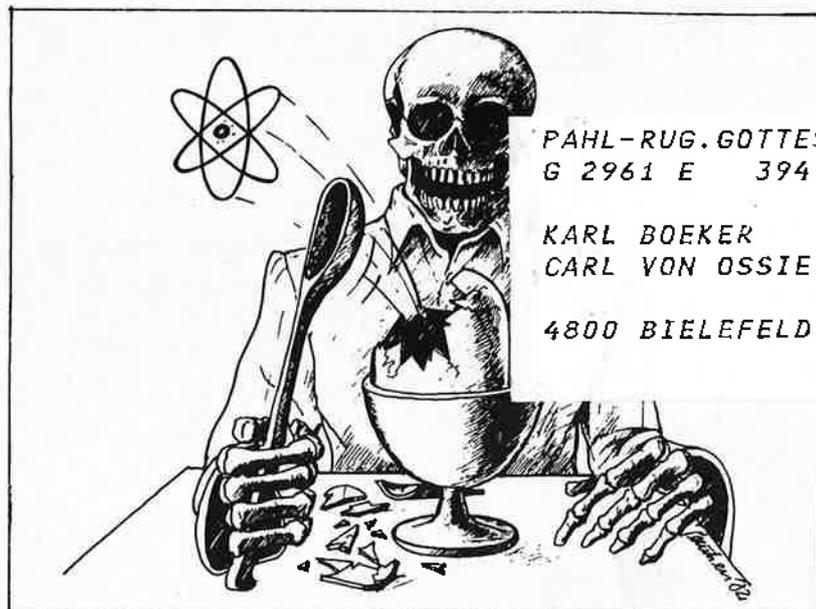
Ein frohes Neues Jahr

wünscht die dg-Redaktion



dg-Report im nächsten Heft: Modellprogramm in der Psychiatrie

Graphiken und Illustrationen von Christian Paulsen



PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000KOELN
G 2961 E 394711 373

KARL BOEKER
CARL VON OSSIETZKY STR. 23 A

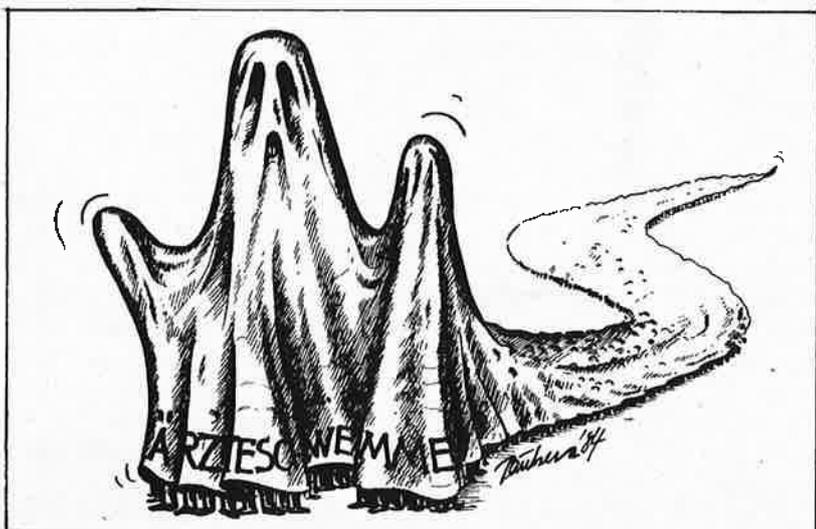
4800 BIELEFELD 1

↑ 25,5 x 21,5 cm



21 x 30 cm ↑

↓ 18 x 24 cm



29 x 21 cm ↓

↓ 29 x 20,5 cm



Diese und einige andere Graphiken, Illustrationen und Karikaturen von Christian Paulsen können bei der dg-Redaktion käuflich erworben werden.

Preise: Graphiken und Illustrationen 15 Mark, Wiesel 10 Mark.

Bestellungen gegen Voreinsendung des Betrages an:
dg-Redaktion, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3

Ich bestelle:

Expl. »Apotheker«

— Expl. »Schneller Brüter«

— Expl. »Schwester Wiesel«

— Expl. »Arztenschwemme«

— Bitte schicken Sie mir eine Liste mit allen vorrätigen Graphiken.

— Expl. »Krankenhaus GmbH & Co. KG«

(Name) _____

(Anschrift) _____

(Unterschrift) _____

