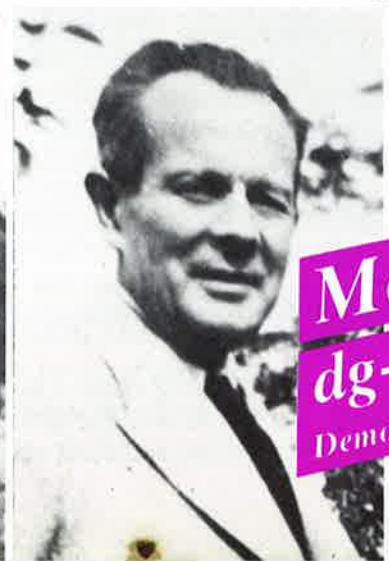


dg

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE



Mediziner im Widerstand
dg-Gespräch mit Winfried Beck

Demokratische Ärzte gründen einen Verband

Haiti in Hessen

Herz-Kreislaufzentrum Rotenburg

der kommentar



Kirsten Jung
ist gelernte
Krankenschwester
und studiert jetzt
in Dortmund

Der Poker

Das Spiel ist aus, die Ergebnisse liegen auf dem Tisch. Ob bei dem Tarifpoker, in dem es unter anderem auch um die Ausbildungsvergütungen für die Krankenpflegeschüler und -schülerinnen ging, die Pflege-Azubis die besseren Karten gezogen haben, bleibt dahingestellt. Zunächst einmal sieht es so aus, als ob die ÖTV die zur Hauptforderung erklärte Rücknahme der 30prozentigen Kürzung im Gesundheitswesen durchgesetzt hätte.

Denn für die, die im Herbst 1985 ihre Ausbildung begonnen haben, ist die Kürzung vollständig zurückgenommen worden. Sie dürfen sich freuen, wenn auch mit gemischten Gefühlen. Die bittere Pille in Form einer von 30 auf neun Prozent reduzierten Kürzung müssen nicht sie, sondern ihre Nachfolger schlucken. Die Folgen der ÖTV-Schadensbegrenzungs-politik im Gesundheitswesen müssen die ab 1986 eingestellten Krankenpflegeschülerinnen und -schüler tragen. Mit der vereinbarten Laufzeit des Tarifvertrags von 40 Monaten ist auch die Chance vertan, bei den nächsten Tarifverhandlungen eine Verbesserung der Ausbildungssituation zu erzielen.

Honorarstillstand oder gar »Einkommensminderung« sind »unerträglich«, meint ein Beschäftigter im Gesundheitswesen. Allerdings handelt es sich hierbei um den Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Bundesvereini-gung, Wilfried Schad. Und er meint auch nicht die Auszubildenden in der Krankenpflege, son-dern seine Kollegen, die über ein durchschnittliches Monatseinkommen von 17 611 Mark verfügen. In den Honorarverhandlungen mit den Ersatzkassen will Schad selbstbewußt fünf Prozent mehr fordern.

Treffen Einkommensminderungen wieder einmal nur die schwachen Gruppen, die keine starke Lobby im Rücken haben? Kürzungen in der Vergütung hat die ÖTV nämlich sowohl in der Krankenpflege, als auch beim sogenann-ten Tutorenmodell an der Berliner Universität akzeptiert. Für die Tutoren, die als studenti-sche Beschäftigte für Kommilitonen in den An-fangssemestern Hand in Hand mit den Profes-soren die Lehrveranstaltungen durchführen, besteht ein Tarifvertrag. Nach dem gleichen Strickmuster wie die Arbeitgeber der Kranken-pflege-Azubis wollte der Wissenschaftssenator Kewenig vorgehen, indem er den Tarifver-trag aufkündigte und eine 30prozentige Lohn-kürzung durchsetzen wollte. Kewenigs Vorha-ben scheiterte nun am Widerstand der Studen-ten, die mit Demonstrationen und Klausuren-Bojkott die ÖTV in den Verhandlungen mit dem Senat unterstützten. Eine vollständige Rücknahme konnte die ÖTV jedoch auch hier nicht erwirken, so daß die Tutoren nun zwis-schen zwei und fünf Prozent weniger in der Lohntüte vorfinden werden.

Während also für andere in der Gewerkschaft organisierte Berufsgruppen eine Einkommens-verbesserung von etwa vier Prozent erstritten wurde, war bei den Pflege-Azubis und Tutoren von einem »Mehr« keine Rede. Die Frage war, wieviel weniger sie kriegen sollen.

Und das widerspricht der Aufgabe einer Ge-werkschaft. Seit wann duldet eine Gewerkschaft Lohnkürzungen und damit eine Ver-schlechterung der Lebenssituation von Arbeit-nehmern? Ist es eine Kapitulation vor den Ar-betgebern? Oder vielmehr ein fauler Kompro-miß?

Es trifft wohl eher das zweite zu. In Verhandlu-ngen wird auch eine Gewerkschaft verstärkt die Interessen derjenigen vertreten, die den höheren Organisationsgrad aufzuweisen haben. Müssen dann während der Tarifrunde Abstri-che von den Forderungen gemacht werden, geschehen diese natürlich auf Kosten der zah-lemäßig kleineren Berufsgruppe.

Für die Krankenpflegeschüler/innen wäre das Ergebnis zwar wesentlich schlechter ausgefal-len, hätte sich nicht die ÖTV-Vorsitzende Mo-nika Wulf-Mathies höchstpersönlich dieses Themas angenommen. Aber die Rücknahme der Kürzungen nur für die 1985 eingestellten Auszubildenden heißt nur, den Schein zu wahren. Zuvor hatte die ÖTV nämlich erklärt, nie und nimmer einer Kürzung zustimmen zu kön-nen.

Sie doch noch durch die Abmilderung von 30 auf neun Prozent als verzuckerte Pille anzubie-ten, ist schwer zu schlucken.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE

3/86

Foto: Inge Aicher-Scholl



Medizin, Faschismus und Widerstand:
dg-Report von Barbara Bromberger und
Hans Mausbach auf Seite 10



Ein Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte steht kurz vor der Gründung. dg sprach mit dem Initiator Dr. Winfried Beck. Seite 16



Foto: Mienzen

Der dg-Kunstwettbewerb an der Fachhochschule Münster ist abgeschlossen. Eindrücke von der Schlusspräsentation auf Seite 30

Inhalt

dg-Report

Außenseiter	10
Ärzte im Widerstand	
Einer der «leichteren» Fälle	
Der Arzt Joseph Scholmer berichtet aus seiner Arbeit im Widerstand	14

Aktuelle Gesundheitspolitik

»Wir gehen einen anderen Weg«	
dg-Gespräch mit W. Beck	16
von den Demokratischen Ärzten	
Mit der Bitte um Verständnis	23
Rita Süßmuth in der Münsteraner Uni	24
Schlüsselwirtschaft	

Frieden

Früh übt sich ...	
Ärzte für Zivilschutz verplant	33

Pharma

Null — null — null	
Hoechst zog zwei Antidepressiva zurück	18

Frauen

»Verschleuderung von Volksvermögen«	25
-------------------------------------	----

Gesundheitsversorgung

Werkstätten, die behindern?	26
Halti in Hessen	28
Statt eines Kommentars ...	
Krebskranke Kinder	34
Warum ist es im Heim so schön?	
Stiftung Warentest untersucht Altersheime	36

Ethik

Zwingt alt raus, bringt neu rein	
Ein Kommentar zum Sterbehilfe-Boom	27

Kultur

dg-Kunstwettbewerb »Kunst und Umwelt«	30
---------------------------------------	----

Psychiatrie

Nur ein Appendix?	
Neues Psychiatrlegesetz in Frankreich	32

Dokumente

Zur Situation der Auszubildenden in der Krankenpflege	
Die Argumente der Gewerkschaft ÖTV	19
Ansätze humaner Patientenversorgung	
Beitrag von Hilde Steppe im ÖTV-Buch	20
»Gesundheit ist keine Ware«	
Walter Baumann/Klaus Priester: Alternativen und Veränderungspotentiale in der Gesundheitspolitik	21

Rubriken

Leserbriefe	5
Aktuelles	6
Kleinanzeigen/Termine	9
Buchkritik	37
Comix	38
Wir über uns	39

leserbriefe

an dg. siegburger str. 26.
5300 bonn 3

Bizarr

dg-Leser Reimund Witt hat eine Stellungnahme zu Gregor Weinrichs dg-Report zur Drogentherapie (dg 2/86) geschrieben

Das »Drogenproblem« taucht wieder in den Medien auf; gleichzeitig wird wieder neue Hoffnung auf eine saubere Lösung geweckt = Methadon, laut G. Grimm »Die Lösung des Drogenproblems« (Buchtitel). Natürlich wird sofort betont, die Methadon-Vergabe allein reiche nicht aus, schließlich seien ja im wesentlichen soziale und psychische Bedingungen an der Suchtentstehung beteiligt. Dennoch fasziniert der Gedanke, das Problem medizinisch auszuhebeln, wobei sich besonders die »schwierigen Fälle« eignen, die mehrere stationäre Langzeitaufenthalte erfolglos durchlaufen haben.

Die Kapitulation vor den nur beschränkten Möglichkeiten der Langzeittherapie führt zu der bizarren Idee, Drogenabhängigkeit mit Drogen zu bekämpfen. Die Vorstellung, Alkoholiker im Rahmen eines Bier-Programms zu behandeln, ist nicht einmal witzig. Denkbar allerdings scheint, daß sich die Pharma-Industrie schon jetzt intensiv auf die zu erwartende Kokain-Welle vorbereitet.

Was ist so schlimm an der Methadon-Idee?

a) Die Substanz selbst.
Zwischen den Jahren 1971 und 1981 starben in den USA über 4.000 Menschen durch Methadon (im Staat New York zeitweise mehr als während des gleichen Zeitraums durch Heroin). Methadon hält die Suchtstrukturen beim User aufrecht. Erfahrungen innerhalb von Methadon-Programmen haben gezeigt, daß wider Erwarten Gewöhnungseffekte auftreten, was dazu führt, entweder die Dosis zu steigern oder zusätzlich zum verordneten Methadon andere Suchtmittel einzunehmen. Dies läßt sich beim größten Teil der an solchen Programmen teilnehmenden Personen beobachten. Weiterhin zeigt sich, daß im Rahmen einer Methadon-Reduktion beim Unterschreiten einer kritischen Dosis (50 mg) die Wahrscheinlichkeit eines Suchtmittelrückfalls erheblich wird.

b) Die Illusion, Methadon erleichtert die soziale Integration. Die (Wieder-)herstellung der sozialen Integration gilt als Königsweg in der Behandlung Suchtmittel-Abhängiger. Der

Methadon-Vergabe wird dieser Effekt von seinen Befürwortern zugeschrieben, de facto jedoch nicht erreicht. Gerade die bevorzugte Vergabe von Methadon an die »Schwierigen« stigmatisiert die Betroffenen; sie werden institutional mit dem Prädikat versehen, therapieresistent zu sein. Die immanenten Mängel der Langzeittherapieeinrichtungen haben diejenigen auszubaden, für die sich derartige Programme nicht eignen. Die Hoffnungslosigkeit der Anbieter von Methadon-Programmen erreicht den Tiefgang der Resignation des Fixer-Verhaltens.

Auch die Illusion, der Methadon-User wende sich nun ab vom kriminellen Versorgungsverhalten, hält einer Prüfung nicht stand. Beschaffungskriminalität und Prostitution sinken nur vorübergehend und steigen analog zum Gewöhnungseffekt des Methadon wieder an. Der Schwarzmarkt hat in den entsprechenden Ländern durch Methadon eine weitere Bereicherung erfahren (Außerdem hat sich mittlerweile bei Drogenkonsumenten herumgesprochen, daß Methadon in Verbindung mit Kokain einen besonderen High-Effekt bewirkt.).

c) Negative Auswirkungen auf positive individuelle Therapieresultate. So wenig wie der Depressive, der mit Psychopharmaka »behandelt« wird, Motivation verspürt, sich einer anstrengenden Psychotherapie zu stellen, sowein wird auch vom Heroin-Abhängigen zu erwarten sein, daß er neben seiner »Behandlung« mit Methadon den zugegebenermaßen schweren, weil selbst zu verantwortenden Weg zu sozialer Integration und psychischer Stabilisierung gehen wird.

Auch sind Forschungsergebnisse über »state-dependent-learning« (Lerninhalte werden am besten während desjenigen Organismuszustandes reproduziert, der auch zu Zeiten der Lernphase bestand; d.h. das unter Drogeninfluß – Methadon – gelernte neue Verhaltensmuster wird im angestrebten drogenfreien Zustand kaum abrufbar sein) nicht dazu angetan, zu hoffen, daß »Erfolge« psychotherapeutischer Interventionen von Dauer sind. Für Prof. Schönhöfer vom Zentrum für Pharmakologie und Toxikologie an der Medizinischen Hochschule Hannover ist ein Methadon-Programm zur Überwindung von Abhängigkeit vor allem aus drei Gründen nicht akzeptabel: 1.) Die Wegnahme von Methadon bedeutet für den Konsumenten eine starke

psychische Belastung und schafft ein besonderes Rückfallrisiko. 2.) Methadon unterdrückt entscheidende Therapiemotivationsfaktoren und steht somit letztendlich dem Ziel Drogenfreiheit entgegen und 3.) Methadon-Programme halten die Erwartungshaltung von Opiatabhängigen aufrecht und schreiben somit die Verhaltensnorm der Abhängigkeit fest.

d) Negative Auswirkungen auf die Entwicklung weiterer Alternativen zur Drogentherapie.

Es hat sich in denjenigen Ländern, innerhalb derer Methadon-Programme angewendet werden, gezeigt, daß Forschung und Planung anderer Drogenprogramme ausblieben bzw. stark vernachlässigt wurden. Dr. Heckmann (Drogenbeauftragter in Berlin) berichtet, daß nach Einführung von Methadon-Programmen in Amsterdam von 1978 bis zumindest Ende 1984 keine weiteren Therapiemodelle mehr entstanden und das, obwohl die Wartezeiten für Therapieprogramme auf ein Jahr anwuchsen. Dr. Dreissler aus Luzern beschrieb darüber hinaus auf einer Sitzung des hessischen Landtags im November 1984, daß in der Schweiz durch Einführung von Methadon-Programmen bekannte therapeutische Einrichtungen geschlossen haben bzw. in arge Schwierigkeiten geraten sind.

In Zürich seien Geldmittel für neue therapeutische Einrichtungen abgelehnt worden, was lt. Dr. Dreissler ebenfalls auf die Einführung von Methadon-Programmen zurückgeführt wird.

Es gibt viele weitere ernstzunehmende Argumente gegen Methadon-Programme, die von der bekannterweise geringen Akzeptanz bei Drogenabhängigen (»chemische Gängelung durch den Staat«) bis zu moralisch-ethischen Bedenken reichen.

Festgehalten aber werden muß, daß die Methadon-Idee aus der Unzufriedenheit mit den bestehenden Einrichtungen entstammt. Von diesem gemeinsamen Nenner aus gilt es m.E. andere Wege zu gehen. Aus der Einsicht, daß Langzeittherapieeinrichtungen mit dem Problem der Drogenabhängigkeit alleine stehen, muß die Forderung nach Etablierung alternativer drogenfreier Konzepte abgeleitet werden.

Ansatz dabei ist die konstruktive Auseinandersetzung mit den immanenten Mängeln der stationären Therapie: durch Herauslösung des Abhängigen aus seinem gesamten

sozialen Umfeld können verschiedene konkrete Auslösefaktoren bzw. aufrechterhaltende Bedingungen des Suchtverhaltens nur unzureichend berücksichtigt werden; das direkte Umsetzen von Veränderungsprozessen und deren therapeutische Begleitung ist eingeschränkt; der Aufbau eines drogenfreien sozialen Bezugsrahmens am Heimatort kann meist erst nach der Therapie erfolgen; unmittelbare Rückfallgefahren (z.B. Szene-Kontakte) können kaum systematisch in den Veränderungsprozeß miteinbezogen werden; zu wenig Raum bleibt für individuelles Reagieren auf den Abhängigen (z.B. Umgang mit Rückfall vs. Hausordnung); zu groß ist der »Realitätsschock« nach Beendigung stationärer Therapie, der meist auch durch Nachsorgebehandlung nicht aufgefangen werden kann; generell tun sich stationäre Einrichtungen schwer in der Frage des »Clean-Anspruchs« (das Therapieziel Drogenfreiheit als Voraussetzung zu seiner Erreichung).

An diesen und weiteren Schwachpunkten der stationären Langzeittherapie haben sich Alternativen auszurichten. Strukturierte ambulante Programme, die sowohl psychotherapeutisch als auch soziotherapeutisch (Arbeitsprojekte, Freizeitprojekte) arbeiten, sollten verstärkt aufgebaut werden. Erste Ansätze gibt es (z.B. am Max-Planck-Institut in München), weitere sind in Planung (z.B. vom VAE in Frankfurt).

Methadon-Programme sind keine Ergänzung der stationären Langzeittherapie, sie sind Ausdruck tiefer Resignation, sind Eingeständnis der Niederlage im Kampf gegen die Drogenabhängigkeit.

Wer sich wirklich Gedanken über die Ursachen des Problems macht, kann nicht ernsthaft die Pharmazie um Hilfe bitten; es darf nicht bei der Verwaltung des Drogenproblems stehengeblieben werden, sondern ursachenbezogene Therapieprogramme sind notwendig und sind bislang bei weitem noch nicht ausreichend vorhanden. Diesen Ansatz dürfen wir nicht gefährden durch Methadon.

REIMUND WITT
Frankfurt

Das Foto zu dem Artikel »Auch eine deutsche Anamnese« in 1/86 zeigte nicht, wie in der Bildunterschrift angegeben, das Jugendschutzzäger Moringen in Solling, sondern ein polnisches Lager. Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen.

an dg. Siegburger Str. 26.
5300 Bonn 3

leserbriefe

Noch eine deutsche Anamnese

dg 1/86: Auch eine deutsche Anamnese

Nachdem ich den Artikel gelesen habe, sitze ich voller Stolz, aber auch voller Wehmut an meinem Schreibtisch und denke an meinen Vater. Auch er gehörte nicht zu denen, die »Heil Hitler« riefen. Nach einigen Verwamungen hat sich der öffentliche Dienst seiner entledigt. Hin und wieder ging er »kurzzeitig« ins Gefängnis, da er sein Kolpingzeichen weitertrug! Dann ging er »langzeitig« nach Rußland an die Front! Es war ein fast endloser Weg, der ihn schließlich 1949 wieder nach Steinfurt brachte. Die Heimkehrerfotos zeigen einen schlanken, vorgealterten Mann, dessen Augen eine Traurigkeit ausstrahlen, die sie nie wieder verloren haben.

Wiedergutmachung! Natürlich hat er Geld bekommen! Wie teuer sind die zehn besten Jahre seines Lebens? Wie bezahlt man Angst und Verachtung? Leer fühlt er sich heute. »Ausgebrannt« nennt er es. »Depressiv« sein Hausarzt. Medikamente lehnt er ab. »Die machen die Welt und mich nicht besser«, sagt er. Hin und wieder weint er. Meist bei den abendlichen Nachrichten. Aufgereggt hat er sich schon lange nicht mehr. Nur neulich – er hatte gerade das Buch »Ganz unten« gelesen – platzte es plötzlich aus ihm heraus: »Mein Gott, geht das denn wieder von vorne los?«

MECHTHILD MÜGGE
Steinfurt

Ganz anders

dg 12/85: dg-Report von Ulli Menges zu Tiersuchen

Sie zitieren mich mit der (angeblichen) Äußerung: »Verbraucherschutz ist Sicherheitswahn«. In Wirklichkeit habe ich geschrieben (und mehrmals öffentlich gesagt): »Eine Folge des Irrglaubens an die Allmacht der Wissenschaft und Technik ist auch die in den Industrieländern verbreitete, illusorische Vorstellung eines völlig risikolosen Lebens, aus der das Bedürfnis nach totaler Sicherheit resultiert. Angetrieben von der Werbung, erwartet die Gesellschaft neue Medikamente, Chemikalien, Kosmetika und Bedarfsgegenstände, ist aber nicht bereit, die möglichen Nachteile und Risiken dieser Produkte in Kauf zu nehmen. Warum sollte sie auch, wo doch die Industrie der Bevölkerung wider bes-

seres Wissen einredet, die Gefahren ließen sich durch Tierversuche ausschließen. So werden Staat und Gesetzgeber veranlaßt, geradezu wahnwitzige »Sicherheitsprüfungen« (oft Tierexperimente) zu verlangen, deren Art und Ausmaß kaum noch gerechtfertigt werden können. Die Frage, ob wir Tiere überhaupt opfern dürfen, nur damit immer »neue« Chemikalien und Kosmetika auf den Markt kommen können, stellt sich offenbar niemandem; nicht einmal den Natur- und Umweltschutzverbänden, die ständig scharfe Chemikalien-Prüfungen, letztlich also immer mehr Tierversuche, fordern. Umweltschutz auf Kosten der Tiere einen größeren Widersinn kann man sich kaum noch vorstellen.« (s. u.a. Weiss: »Tierversuche zum Wohle des Menschen«, Bonn, 1983, S. 18)

Ihr Zitat ist also eine sinnentstellende Verkürzung meiner Aussage, die sich nicht auf den Verbraucherschutz, sondern auf das vorherrschende Sicherheitsbewußtsein und dessen Auswirkungen bezieht. Das ist etwas ganz anderes als die Äußerung, die Sie mir fälschlicherweise zuschreiben.

Sie stellen fest, wenn es (Tierversuchsgegnern) darum gehe, sich für »leicht absitzige Positionen« die Sympathie der Mehrheit zu sichern, komme es gelegentlich zu »Vergröberungen und Geschmacklosigkeiten«. Als Beleg dafür verwenden Sie den Inhalt eines Kapitels in dem 1979 (!) erschienenen Buch »Tödliche Tests«, an dem ich als Co-Autor mitgearbeitet habe und in dem einige besonders grausame Tierversuche beschrieben werden. Sie bemängeln, die »große Mehrzahl« der Beispiele stamme aus dem Ausland und liege Jahre bis Jahrzehnte zurück.

Abgesehen davon, daß der Leser Ihres Artikels nicht erfährt, was Sie unter »leicht absitzigen Positionen« verstehen, bleibt auch unklar, weshalb die Beschreibung der 1978/79 kleinen Jahren oder sogar Jahrzehnte zurückliegenden Tierexperimente grausamer Art »Vergröberungen und Geschmacklosigkeiten« darstellen soll. Grob und geschmackslos sind vielmehr solche Tierversuche, deren Existenz mittlerweile auch hierzuende nachgewiesen wurde (Mitte/Ende der 70er Jahre lag noch zu wenig aktuelles Material aus der Bundesrepublik vor). Zudem behandelt das Buch Tier- und Menschenversuche schlechthin; nicht nur die Mißstände in der Bundesrepublik.

Sie berichten, die Haltung der Tier-

versuchsgegner zu den verschiedenen Entwürfen betr. die Neufassung des Tierschutzgesetzes sei unterschiedlich: »Während Bernd Knöfel, erster Vorsitzender der Tierversuchsgegner Norddeutschland, nach wie vor ein totales Verbot aller Tierversuche fordert, schlägt Ilya Weiss, Vorsitzender des Bundesverbandes der Tierversuchsgegner, moderatere Töne an. Früher ein entschiedener Gegner aller Tierversuche, reduzierten sich seine Vorstellungen inzwischen auf das »politisch Machbare«. Er sieht jetzt in der beschleunigten Entwicklung, Erfassung, Anerkennung und Anwendung von Ersatzmethoden eine realistische Möglichkeit, Tierversuche kurzfristig wirk-

reichen Katalog kurz-, mittel- und längerfristiger Maßnahmen einschließlich eines eigenen Gesetzentwurfs zur Änderung des Tierschutzgesetzes erarbeitet und in die öffentliche Diskussion eingebracht haben. Die Einsicht in realpolitische Zwänge und Erfordernisse ändert jedoch nichts an der klaren Zielvorstellung, aus ethischen, methodischen, politischen, wirtschaftlichen und rechtlichen Gründen sämtliche Tierversuche im Interesse von Tieren und Menschen so schnell wie möglich abzuschaffen.

ILJA WEISS
1. Vorsitzender des
Bundesverbandes der
Tierversuchsgegner e.V.



Vermißt

Ich finde, daß die Medizinausbildung unterrepräsentiert ist, und vor allem habe ich aktuelle Nachrichten aus dem Gebiet sehr vermisst. Eine bundesweite Zeitschrift des Gesundheitswesens sollte meiner Meinung nach gerade solche aktuellen Nachrichten oder Mißstände aufgreifen, die viele betreffen und in anderen Zeitungen nicht oder zu wenig ausführlich ohne Hintergrundinformationen berichtet werden, wie z.B. jetzt der Überschuß für das Praktische Jahr, wo jede Uni zwischen 70 und 100 Studenten nicht oder schlecht unterbringen kann.

JUTTA WEINERTH
Mainz-Kastel

aktuelles

800 Ärzte gegen SDI

Den Aufruf der Naturwissenschaftler-Friedensinitiative »Wir warnen vor der Strategischen Verteidigungsinitiative« haben bislang in einer gesonderten Aktion über 800 Ärztinnen und Ärzte unterschrieben. Nun bemühen sich die Initiatoren, unter ihnen die Professoren Bonhoeffer, Gottstein und Begemann, darum, den Aufruf als Anzeige im Deutschen Ärzteblatt zu veröffentlichen. In der Vergangenheit hat der Deutsche Ärzte-Verlag mehrfach ähnliche Aufträge mit Hinweis auf die Pflichtgliedschaft der Ärzte in den Ärztekammern abgelehnt. Ähnlich wie den verfaßten Studentenschaften stünde den Ärztekammern kein allgemeinpölitisches Mandat zu.

Euthanasie-Prozeß eröffnet

Das Frankfurter Landgericht hat Ende Januar den Prozeß gegen die drei ehemaligen NS-Ärzte Bunke, Ullrich und Endruweit eröffnet, nachdem die Verhandlung wegen Verhandlungsunfähigkeit der Angeklagten seit mehr als zehn Jahren immer wieder verschoben worden war. Der Anklage zufolge sollen die drei Ärzte an der Ermordung von Tausenden von geistig Kranken mitgewirkt ha-

ben. In Anwesenheit des als »Dr. Schmitt« getarnten Ullrich seien in der Vernichtungsanstalt in Brandenburg an der Havel mehr als 5000 Personen in Gaskammern getötet worden. Ullrichs Nachfolger in Brandenburg war der Angeklagte Bunke, der später auch an Vernichtungsaktionen in Bernburg beteiligt gewesen sein soll.

Oberstaatsanwalt Eckert machte eine zu nachsichtige Justiz für den späten Verhandlungsbeginn verantwortlich. Es sei ein Skandal, daß die Beschuldigten zwar als Ärzte hätten praktizieren dürfen, nicht aber in der Lage gewesen sein sollen, sich vor Gericht zu verantworten.

Patentschutz für Pharmaka verlängert

Die Forschungsergebnisse von Arzneimittelherstellern sollen künftig länger vor dem Zugriff durch Nachahmer geschützt werden. Mit einem Mitte Dezember gefaßten Kabinettsbeschuß soll die seit zehn Jahren geltende Praxis aufgehoben werden, wonach sogenannte Zweitanmelder nach Auslaufen des Patentschutzes bei der Zulassung ihres Medikaments auf die Unterlagen des Erstanmelders beim Bundesgesundheitsamt zurückgreifen kön-

nen. Der Beschuß wird Eingang in den Entwurf zur Novelle des Arzneimittelgesetzes finden, der noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werden soll.

Mit der alten Regelung hatte man vermieden wollen, daß ein großer Teil der Forschung und der Tierversuche von jedem Nachahmer wiederholt werden muß. In dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf sollen die Unterlagen des Erstanmelders auch nach Beendigung des Patentschutzes weitere fünf bis zehn Jahre unter Vertrag gehalten werden.

Dem Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie ist diese Schutzzeit noch nicht lang genug. Seit einigen Jahren üben Generika-Nachahmer einen nicht unerheblichen Druck auf die großen Pharmahersteller aus, da sie nach Auslaufen des Patentschutzes oft ein sehr viel billigeres Präparat als das Original auf den Markt bringen. So mußte Hoechst beispielsweise nach dem Auslaufen des Patentschutzes den Preis für das Medikament »Egulicon« um mehr als ein Drittel senken, um den Nachahmern nicht den ganzen Markt zu überlassen.

Baden-Württemberg: Neuer Erlaß zum Paragraphen 218

Die baden-württembergische Landesregierung hat in einem Richtlinienerlaß zum Paragraphen 218 verfügt, daß Beratung und Indikationsstellung in Zukunft räumlich und personell getrennt zu erfolgen haben. In einem ministeriellen Begleitschreiben war darüber hinaus behauptet worden, daß »eine Beratung, in welcher der werdenden Mutter der Schwangerschaftsabbruch empfohlen und vermittelt wird, verfassungswidrig und daher unzulässig« sei.

Laut Erlaß gehört es zu den Pflichten der Beratungsstellen, »sich schützend und fördernd vor das ungeborene Leben zu stellen und es der werdenden Mutter dadurch zu ermöglichen, ihre Not- und Konflikte zu bewältigen.« Wenn die Beratungsstelle ihre Tätigkeit nicht in diesem Sinne ausübe, müsse die Anerkennung entzogen werden.

Richtlinienerlaß und Begleitschreiben wurden von der Arbeiterwohlfahrt scharf kritisiert. Sie verwahrte sich gegen die Unterstellung, Schwangerschaftsabbruch werde in den Beratungsstellen empfohlen. Außerdem sei eine Beratung bei ei-

Psychiatrie:

Unbotmäßig

nm – Mit einem Disziplinarverfahren will der Landschaftsverband Westfalen-Lippe gegen den prominenten Sozialpsychiater Klaus Dörner vorgehen.

Einer Ärztin und einem Arzt, dem ärztlichen Direktor Professor Klaus Dörner und den übrigen Mitgliedern der Leitung des Westfälischen Landeskrankenhauses in Gütersloh wird vom Träger und Dienstherrn der psychiatrischen Großklinik, dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Illoyalität vorgeworfen. Die Klinikmitarbeiter hatten sich gegen die Absicht des Trägers gestellt, ein von Langzeitpatienten bewohntes Haus für eine benachbarte Suchtklinik zu räumen.

Das Albert-Schweitzer-Haus gilt als das komfortabelste Gebäude

der Gütersloher Klinik und hatte bis zu Dörners Amtsantritt im Jahre 1980 als eine Art Vorzeigestation gedient. Dörner hatte damals mit Unterstützung des Landschaftsverbands das Haus mit den am meisten benachteiligten sogenannten »Langzeitpatienten« belegt. Zur Einweihung der neuen Station, die nun in Wohngruppen unterteilt war, kam der Leiter der Abteilung Gesundheitswesen beim Landschaftsverband, Pittrich, angereist und versprach den Patienten ausdrücklich, daß sie dort bis an ihr Lebensende würden wohnen können.

Ungeachtet dieses Versprechens oder jedes Kündigungsschutzes, wie er für vergleichbare Wohnverhältnisse außerhalb von Kliniken üblich ist, plant der Landschaftsverband jetzt die Auflösung der Station und die »Verlegung« der Langzeitpatienten in freie Betten der Klinik. Die Ärztin und der Arzt, die der Landschaftsverband jetzt maßregeln will, hatten Vormünder



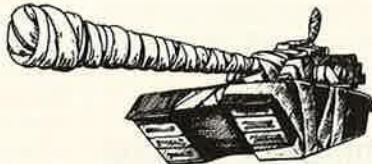
und Pfleger der Kranken in Briefen auf die Pläne des Trägers und die Möglichkeit hingewiesen, dort noch einmal vorstellig zu werden. Wie verlautet, wertet der Landschaftsverband dies als Verstoß gegen die Treuepflicht. Der Klinikleitung wirft er vor, das Handeln der beiden Ärzte mindestens unterstützend gebilligt zu haben. In der Sache wurde nach den Worten des Verwaltungsdirektors von Gütersloh, Voßhenrich, mittlerweile Einigung erzielt. Für die Langzeitpatienten aus dem Al-

bert-Schweitzer-Haus soll ein Personalwohnheim geräumt werden, das ähnlichen Ansprüchen genügt. Das Disziplinarverfahren, das unter anderem eine Suspendierung zur Folge haben kann, bleibt davon allerdings unberührt. Näheres über die Pläne zur Maßregelung der unbotmäßigen Psychiater möchte der Sprecher des Landschaftsverbands nicht mitteilen.

Der Gütersloher Klinikchef Klaus Dörner gilt als einer der profiliertesten Sozialpsychiater. Seine sozial- und geistesgeschichtliche Untersuchung zur Entwicklung der Psychiatrie in der bürgerlichen Gesellschaft, 1969 unter dem Titel »Bürger und Irre« erschienen, gilt als Standardwerk und erreichte zahlreiche Auflagen. Weite Verbreitung auch außerhalb von Fachkreisen fand das Kurzlehrbuch »Irren ist menschlich« (1978 zusammen mit Ursula Plog).

Daß Dörner 1980 als profiliert Psychiatriekritiker selbst die Leitung einer Großklinik übernahm, erregte Aufsehen und wurde teils als Beweis für die Reformfähigkeit des psychiatrischen Apparats, teils als unbilliges Einlassen auf repressive Strukturen gewertet. □

ner Frau, die sich zum Abbruch entschlossen hat, sinnlos, wenn ihr nicht auch ein Arzt oder eine Klinik, die die Abtreibung vornimmt, empfohlen werden könne. Die Arbeiterwohlfahrt bewertete den Richtlinienentwurf als Verunsicherungstaktik gegenüber betroffenen Frauen und Beratungsstellen.



Verbot von Embryonenhandel gefordert

Das Verbot des Handels mit menschlichen Embryonen haben Wissenschaftler bei einer Anhörung vor dem Rechtsausschuß des Bundestages gefordert. Thema der Anhörung war die geplante Änderung des Paragraphen 168 im Strafgesetzbuch, der bisher lediglich die »Wegnahme toter Embryonen« verbietet.

Die Experten bestätigen, daß medizinische Forschungseinrichtungen menschliche Embryonen über gewerbliche Firmen beziehen. Ihrer Ansicht nach gebe es aber ansonsten keine kommerzielle Verwertung von Embryonen, etwa von der Kosmetikindustrie, wie vermutet wird. Die Experten kritisierten auch, daß die geplante Gesetzesänderung zukünftige Entwicklungen durch die In-vi-

tro-Fertilisation nicht berücksichtige. Bei der Anhörung haben Vertreter der Ärzteschaft, der Pharma- und Kosmetikindustrie, der Kirchen und Juristen ihre Stellungnahme abgegeben.

schwestern und -pfleger die Idee, über die Mitarbeit in Gewerkschaften, Krankenhausinitiativen hinaus einen berufspezifischen Beitrag zur Friedensbewegung leisten zu wollen.

Themen wie Zivilschutz, Notstandsgesetze und Sozialabbau werden, wie Elvira Kleine, Krankenschwester aus Münster und Mitinitiatorin des Arbeitskreises, im Vordergrund der Aktivitäten stehen. Vor allem will man sich bemühen, Widerstandsaktionen, etwa gegen die Registrierung von Krankenhauspersonal, für den Zivilschutz zu koordinieren.

Aber Schwestern und Pfleger wollen darüber hinaus aus dem Klischee herauskommen, klaglos, stumm und demütig in jeder Situation für alles zur Verfügung zu stehen. So gibt es Pläne, das eigene Berufsbild kritisch aufzuarbeiten. Im kleinen Kreis möchte der Arbeitskreis mit seinen Diskussionsergebnissen nicht bleiben. Sie sollen zusammengestellt und als Unterrichtsmaterial den Krankenpflegeschulen zur Verfügung gestellt werden.

Über rund 100 Adressen verfügt die Gruppe bereits, eine Anzahl, die die Beteiligten aus dem ersten bundesweiten Treffen gleich dazu veranlaßte, vier Regionalgruppen ins Leben zu rufen. Interessierte können sich bei Sabine Drube, Silberstr. 36, 4600 Dortmund 1 melden.

Verbot für Arzneimittelmuster gefordert

Überraschend hat der Bundesrat am 31. Januar beschlossen, daß ein generelles Verbot von Arzneimittelmustern in die Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) Eingang finden soll. Das Vorhaben der Bundesregierung, die Musterabgabe auf sechs Originalpackungen pro Jahr und Arzt zu beschränken, wurde dagegen abgelehnt.

Der Bundesrat entsprach damit den Forderungen der SPD-regierten Länder. Zwei der Länder, in denen die Union die Mehrheit stellt, schlossen sich nach heftigen Auseinandersetzungen dem SPD-Vorschlag an. Die SPD hatte die bisher unkontrollierte Abgabe von Arzneimittelmustern abgelehnt, da sie darin ein Marketinginstrument der Pharmaindustrie sieht, das aus gesundheitspolitischen Gründen nicht vertretbar sei.

Die Bundesregierung muß nun zu dem Änderungsbeschuß innerhalb von vier Wochen Stellung nehmen. Anschließend wird der Gesetzentwurf im Gesundheitsausschuß beraten und dann an den Bundestag weitergeleitet.

Grünes Arzneimittelgesetz:

Enttäuschung

nm-Nach der Bundesregierung und der SPD-Fraktion haben nun auch die Grünen im Bundestag einen Entwurf zur Novellierung des Arzneimittelgesetzes vorgelegt.

Der Entwurf, der im Januar vorlag und zu dem am 4. Februar in Bonn Experten gehört wurden, soll die Marktchancen der »Arzneimittel einer besonderen Therapierichtung« verbessern, die Medikamentenflut insgesamt eindämmen und die Anzahl der für die Zulassung unternommenen Tierversuche senken. Im einzelnen sieht der Entwurf vor,

- für die Neuzulassung von Arzneimitteln zu verlangen, daß diese »bereits zugelassenen Arzneimitteln gleicher Wirkstoffzusammensetzung therapeutisch überlegen« sind;



- Tierversuche und randomisierte klinische Menschenversuche zum Nachweis der Wirksamkeit nicht mehr zu verlangen;
- die Abgabe von Arzneimittelmustern einer Regelung zu unterwerfen, nach denen Ärzten eine bestimmte Anzahl von Bezugsscheinen zugeteilt wird, die in Apotheken eingelöst werden können;
- alle auf die Psyche wirkenden

(»psychotropen«) Medikamente mit einem deutlichen Warnhinweis auf das Suchtpotential zu versehen;

- für zum Export bestimmte Medikamente die gleichen Zulassungskriterien zu verlangen wie für Arzneimittel auf dem Binnenmarkt.

Der Entwurf insgesamt und auch einzelne Regelungen stießen bei vielen der geladenen Experten auf starke Kritik. Dr. Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin traf die Stimmung vieler Pharmakritiker, als er den Entwurf der Grünen eine Enttäuschung nannte. Die Schwelle zur Zulassung neuer Medikamente werde sogar noch gesenkt, da Doppelblind- und Tierversuche nicht mehr verlangt würden. Zwar erkannte Rosenbrock ebenso wie die Vertreterin der ÖTV, Ingeborg Simon, die Absicht zur Senkung der Tierversuchszahlen an, die vorgesehene Regelung laufe aber darauf hinaus, dieses Ziel über eine Senkung der Sicherheitsstandards zu erreichen. In der »Nützlichkeitschwelle« bleibe der Entwurf sogar hinter dem der SPD-Fraktion zurück, der immerhin fordere, daß Neuzulassungen »anderen Arznei-

mitteln des gleichen Anwendungsbereites mindestens gleichwertig oder überlegen« sein müßten. Ingeborg Simon erinnerte daran, daß der DGB darüber hinausgehend »therapeutische Überlegenheit im Verhältnis zu vergleichbaren Arzneimitteln und alternativen Therapieformen« fordere. Bedenken wegen einer möglichen Senkung der Sicherheitsstandards machte auch Dr. Ernst Girth von der Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärzte geltend.

Die vorgesehenen Beschränkungen bei der Abgabe von Arzneimittelmustern wurden allgemein als unzureichend kritisiert, zumal sogar der Bundesrat mit deren völliger Abschaffung eine wesentliche weitergehende Lösung empfohlen habe.

Begrüßt wurde vor allem der Plan der Grünen, die hiesigen Sicherheitsstandards auch für den Export verbindlich zu machen.

Nach gründlicher Auswertung der Anhörung planen die Grünen eine Neuvorlage. Dem Entwurf werden wegen der Mehrheitsverhältnisse im Bundestag jedoch allgemein sehr wenig Chancen eingeräumt.

aktuelles

Vergewaltigungsprozeß wird wiederholt

Das Revisionsverfahren gegen zwei Berliner Gynäkologen, denen Vergewaltigung, sexuelle Nötigung und gefährliche Körperverletzung vorgeworfen wird, ist am 4. Februar eröffnet worden. Bereits im September letzten Jahres waren die beiden Ärzte vom Berliner Landgericht für schuldig befunden und zu je zwei Jahren und drei Monaten Haftstrafe verurteilt worden. Der Prozeß wird jetzt erneut aufgerollt, weil dem Revisionsantrag der Verteidigung aufgrund eines formalen Verfahrensfehlers stattgegeben wurde.

Die Verteidigung war in den Brennpunkt öffentlicher Kritik geraten, da sie mit einer Vielzahl von Beweisanträgen und Zeugen, die über das sexuelle Vorleben und Verhalten der betroffenen Ärztin aussagen sollten, versucht hatte, die Nebenklägerin unglaublich zu machen. Das Gericht kündigte an, alle Zeugen, die bereits im ersten Verfahren gehört worden waren, noch einmal zu befragen.

Kündigung bei Kirchenaustritt statthaft

Einem Arzt, der an einem kirchlichen Krankenhaus arbeitet, darf gekündigt werden, wenn er aus der Kirche austritt. Dies hat im Januar das Bundesarbeitsgericht in Kassel grundsätzlich entschieden. Die Kirche, so stellte das Gericht fest, dürfe ihre Arbeitsbeziehungen selbst regeln.

Damit wurde die Klage eines Assistenizarztes in letzter Instanz abgewiesen, der nach knapp einjähriger Tätigkeit an einem katholischen Krankenhaus aus der Kirche ausgetreten war und dem daraufhin gekündigt wurde.

Die Bundesrichter sind in ihrer Entscheidung davon ausgegangen, daß ein Arzt, der unmittelbar an der Patientenversorgung beteiligt ist, gleichzeitig auch an den speziellen karitativen Aufgaben der Trägerin mitwirkt. Die Tatsache, daß der Kirchenaustritt in keinem Zusammenhang mit der beruflichen Eignung steht, wurde von den Richtern nicht berücksichtigt. Mit dem Austritt sei

weniger der Leistungsbereich, sondern der Vertrauensbereich im Arbeitsverhältnis berührt. Das Bundesarbeitsgericht wies gleichzeitig darauf hin, daß eine so begründete Kündigung unter Umständen dann nicht zulässig sei, wenn das Krankenhaus bislang Kirchenaustritte von Ärzten hingenommen hat, ohne das Arbeitsverhältnis zu beenden.

Behindertenheime dürfen überall gebaut werden

Heime für Behinderte dürfen in allgemeinen Wohngebieten gebaut werden, auch wenn Anlieger und Nachbarn dagegen Einspruch erheben. Dies geht aus einem Beschuß hervor, den der 11. Senat des nordrhein-westfälischen Verwaltungsgerichts in Münster kürzlich faßte.

Ein Grundstückseigentümer aus Hamm hatte dem Oberstadtdirektor per einstweiliger Verfügung untersagen lassen wollen, seine Genehmigung für den Bau eines Heimes für 18 geistig Behinderte auf dem Nachbargrundstück zu geben.

Zwangsunterbringung genauer prüfen

Anstalten und Gerichte müssen in Zukunft genauer prüfen, ob bei einer Sicherungsverwahrung von Straftätern in der Psychiatrie der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt ist. Dies geht aus dem kürzlich gefaßten Urteil des Bundesverfassungsgerichts hervor.

Im vorliegenden Fall haben die Karlsruher Richter Gerichtsbeschlüsse aller voriger Instanzen auf, die einem Mann die Aussetzung der Strafvollstreckung verweigert hatten. Er war 1970 wegen Diebstahls unter Alkohol zu neun Monaten Gefängnis verurteilt und danach in eine psychiatrische Anstalt zwangseingewiesen worden. Ein Gutachter hatte festgestellt, er leide an einer schizophrenen Psychose. Werde er freigelassen, so sei damit zu rechnen, daß er weiterhin in ähnlicher Weise straffällig werde.

Das Bundesverfassungsgericht machte nun geltend, daß die vorigen Instanzen den Freiheitsanspruch des Mannes nicht in ausreichendem

NS-Opfer:

Wiedergutmachung?

»Wiedergutmacht?« ist der Titel einer Broschüre über »NS-Opfer Opfer der Gesellschaft noch heute«, die die Hamburger Initiative »Anerkennung aller NS-Opfer« herausgibt.

»Kein neuer Skandal« ist nach den Worten der Herausgeber, die in ihrer Arbeit vom Gesundheitsladen, der GAL, einer mit dem Thema befaßten Projektgruppe und der Vereinigung der Verfolgten des Nazi-Regimes (VN) unterstützt werden, das Thema Wiedergutmachung, auch wenn jetzt die Öffentlichkeit überrascht sei angesichts der Nicht-Entschädigung von Zwangsarbeitern durch Firmen wie Flick.

Wer von den Nazis verfolgt wurde, ist noch lange kein Nazi-Verfolgter. Die Liste der nicht anerkannten, nicht entschädigten Gruppen ist lang. Es sind Gruppen, die auch heute noch diskriminiert werden. Die sogenannte Wiedergutmach-



chung hat neues Unrecht und neue Demütigung geschaffen.

Mit diesem »alten Skandal«, der Geschichte wie den heutigen Auswirkungen der selektiven, an die alten Ver- und Aburteilungen anknüpfenden Wiedergutmachung, beschäftigt sich die Hamburger Broschüre. Beispielhaft wird dabei das Schicksal noch lebender, immer noch nicht anerkannter NS-Opfer nachgezeichnet.

Auf 61 Seiten finden sich sowohl

Informationen über Ausmaß, Form und Versuche zur Rechtfertigung des Wiedergutmachungs-skandals wie Kommentare, Forderungen und Dokumentationen von exemplarischen Einzelschicksalen. Stefan Romey erwähnt in seinem Beitrag eine Frau, deren Einstufung als »Arbeitsverweigerin« durch die Nazis nach 1945 fortglitt, und fordert das Beispiel einer anderen Frau zutage, die als »Mischling« unter den Rassegesetzten der Nazis nicht heiraten durfte und von der es später in einem Urteil hieß: »Frau E. war bei Beendigung der Verfolgungseinwirkungen 36 Jahre alt, so daß hier durchaus noch die Möglichkeit gegeben gewesen wäre, unter optimalen Verhältnissen zu einer Eheschließung zu kommen und den Kinderwunsch zu erfüllen.« Eine Frau, die Lebensmittelkarten gefälscht hatte, um Kriegsgefangenen, Fahnenflüchtigen und politischen Gegnern des Faschismus das Leben zu retten, blieb auch nach bundesdeutschem Recht vorbestraft: das Nachmachen von Lebensmittelkarten sei eine unpolitische Handlung, entschied das Hamburger Oberverwaltungsgericht.

Über die Lage der Sinti und Roma vor und nach 1945 gibt ein Interview mit dem Rechtsanwalt Eber-

hard Fellmer Aufschluß, der seit Jahrzehnten Sinti und Roma in Entschädigungsfragen vertritt. Michael Wunder befaßt sich mit der Opfergruppe der Schwulen.

»Damit die Nachgeschichte des Nationalsozialismus nicht zu einer neuen Vorgesichte wird«, stellt die herausgebende Hamburger Initiative folgende Forderungen:

- Einrichtung eines Härtefonds als Soforthilfe für alle bisher ausgeschlossenen NS-Opfer;
- grundsätzliche gesetzliche Neuregelung der Anerkennung und Entschädigung, was seinen Ausdruck gefunden habe in einer Gesetzesinitiative der Grünen im Bundestag (dg berichtete);
- und Aufarbeitung der ganzen Geschichte des Nationalsozialismus, um heutigen gefährlichen Entwicklungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik, in der Technologie-Entwicklung usw. besser entgegentreten zu können.

Die Broschüre ist zu beziehen bei VN Bund der Antifaschisten, Simon-von-Utrecht-Straße 4/d, 2000 Hamburg 4. Der Preis von 6 DM inklusive Porto und Verpackung ist zu überweisen auf das Postgirokonto Hamburg 487 233-205. Stichwort: »Wiedergutmacht?«

Kleinanzeigen

Maße gewürdigt hätten. Bei Zwangsunterbringung dürfe nicht immer der gleiche Gutachter herangezogen werden, und es müsse von Zeit zu Zeit auch ein anstaltsfremder Sachverständiger herangezogen werden, damit nicht rein routinemäßig begutachtet werde.

USA: Aus für Pessare

In den Vereinigten Staaten ist die Produktion von Intrauterinpessaren weitgehend eingestellt worden, wie die Ärzte Zeitung berichtete. Der letzte große Produzent, die G.D. Searle, nahm im Januar ihr Kontrazeptivum vom Markt. Nach Überprüfung der Firmendaten durch einen Epidemiologen war das Risiko, durch die Spirale steril zu werden, für dreimal so hoch eingeschätzt worden, wie die Firma angab. Ein Sprecher der Firma begründete die Entscheidung mit wirtschaftlichen Argumenten. Medizinisch seien die von Searle hergestellten Pessare sicher und effektiv.

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

Krankenpfleger, 38, led., Krankenpflegeexamen 1975, Erfahrung in Schwerkrankenpflege, OP, Dialyse, bis heute in der Suchttherapie tätig, gesundheitspolitisch engagiert, orientiert sich nach Berlin und sucht dort eine neue interessante Tätigkeit möglichst im Rehabilitationsbereich. Angebote unter Chiffre 010386 an dg, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3.

Gesundheitsbrigaden für Nicaragua

Wir suchen auch in diesem Jahr

DRINGEND

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

- ÄRZTE/INNEN

vor allem mit Erfahrung in
Chirurgie, Pädiatrie, Allgemeinmedizin

Kontakt: Gesundheitsbrigaden Berlin, Greifswalder Str. 2, 1000 Berlin 61, Tel. 230/451 29 90

Gemeinschaftspraxis, seit 1980 bestehend, sucht 2 Ärztinnen/Ärzte für allgemein- u. kinderärztl. Tätigkeit mit Interesse an ganzheitlicher Medizin. 3000 Hannover 91, Limmerstr. 78, Tel. (0511) 2 10 51 47

Ich bin **Krankenpfleger und Sozialarbeiter** mit sozial-psychiatrischer Fortbildung und mehrjähriger Berufserfahrung in der Psychiatrie (z.Zt. Tagesklinik) und suche eine Stelle als Krankenpfleger, die die Möglichkeit einschließt, daß Jahrespraktikum für Sozialarbeit zu machen. Tel.: 02323/40540

Termine

3.-7.3.

Hamburg

Seminar: »Gesundheitsversorgung und Krankenpflege im Nationalsozialismus«

Kontakt: Berufsfortbildungswerk des DGB, Billhorner Deich 94, 2000 Hamburg 28, Tel. (040) 78 13 71-74

10.3.

Bonn

Hearing der Grünen im Bundestag zur konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen und zu gesundheitspolitischen Perspektiven. U.a. mit Michael Kasten, Helmut Hildebrandt, Michael Wunder, Ingrid Schubert. Anmeldung: Die Grünen im Bundestag, Helga Burkert, Bundeshaus, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 16 92 09

13.-20.3.

Düsseldorf

präventa 86
Kongress und Ausstellung des Internationalen Arbeitskreises Prävention
Kontakt: IAP, Sekretariat Frau Mikliss, c/o Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Auf'm Hennekamp 70, 4000 Düsseldorf 1, Tel. (02 11) 33 43 90

für Öffentliches Gesundheitswesen in Europa und der WHO.

Kontakt: Kongreß-Büro präventa, Kielstraße 13, 2000 Hamburg 13, Tel. (040) 45 92 90

16.-20.3.

Düsseldorf

Internationaler Kongreß über gemeindebezogene Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung

Kongreß der Dtsch. Gesellschaft für Sozialhygiene und prophylaktische Medizin in Zusammenarbeit mit der Vereinigung der Ausbildungsstätten

11.-13.4.

Osnabrück

(Ir-)Wege aus der Isolation

Fachtagung der Dtsch. Gesellschaft f. Soziale Psychiatrie zu Lebensräumen geistig Behindeter zwischen Anstaltsreform und Integration in die Gemeinde.

Kontakt: DGSP, Bruno Schädler, Postfach 1409, 3000 Hannover, Tel. (0511) 80 01 85

11.-13.4.

Köln

Klausur des Dachverbands psycho-

18.-20.4.

Bonn

6. Bundestagung und Mitgliederversammlung des Arbeitskreises Kunstfehler in der Geburtshilfe (AKG)

Kontakt: AKG, Bremer Str. 19, 4600 Dortmund 1

19.-21.4.

Bonn

17. Tagung des Arbeitskreises Medizin/Psychologie der deutschen Sektion von amnesty international

Kontakt: Dr. Schmitz-Burchartz, Idastr. 65, 4270 Dorsten 21, Tel. (02362) 6 21 56

24.-27.4.

Karlsruhe

4. Intern. Fachausstellung für Rehabilitationshilfen (Rehab '86)

Kontakt: Rehab '86-Ausstellungsleitung, inter-Service Borgmann GmbH, Postfach 748, 4600 Dortmund 1, Tel. (02 31) 12 80 10

14.-16.4.

Marl

Seminar: »Anspruch und Wirklichkeit in der ambulanten Kranken- und Altenpflege«. Besonders für Kranken- und Altenpflegepersonen der ambulanten Dienste.

Kontakt: Allgemeiner Krankenpflegeverband, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstr. 55, 4370 Marl/Westf., Tel. (02365) 3 35 66

18.-20.4.

Hübingen/Westerwald

Jahrestreffen der Arbeitsgemeinschaft freier Stillgruppen

Kontakt: Thomas Pleiss, Weingartenstr. 4, 6330 Wetzlar-Münchholzhausen, Tel. (06441) 7 11 39



Nicht wenige Mediziner ließen sich von den Nationalsozialisten vor den Karren spannen oder zogen ihn selbst. Ärzte waren an der Entwicklung der Rassenhygiene beteiligt, Ärzte selektierten und experimentierten.

Barbara Bromberger und Hans Mausbach sammelten Daten und Dokumente von den wenigen Ärzten, die Widerstand leisteten, und untersuchten, warum sie Ausnahmehrscheinungen blieben.

Außenseiter

Ärzte im Widerstand

Bei der Darstellung ärztlichen Widerstands gegen das NS-Regime erheben sich Fragen der Begrifflichkeit und Verständigung:

Was kann als Widerstand bezeichnet werden? Allein die Teilnahme an der Opposition oder auch schon der gelegentliche Protest gegen einzelne Maßnahmen, ihr stiller Boykott, die aus der Situation entstehende Hilfeleistung für Betroffene, Gefährdete und Verfolgte?

Je nach Standpunkt ist daraus eine unterschiedlich wertende Beurteilung abgeleitet worden. »Vereinzelt und ineffektiv, eher kläglich«(*) erscheint der ärztliche Widerstand, mißt man ihn an den Einflußmöglichkeiten der großen medizinischen Berufs- und Standesorganisationen, die sich weitgehend widerstandslos anpaßten und zum Teil sogar der Naziherrschaft den Weg bereiteten. Geht man dagegen davon aus, »daß die ganz überwiegende Zahl der deutschen Ärzte die humanitären Pflichten ihres Berufs stets höher geachtet habe als die den hippokratischen Eid verletzenden Zumutungen des Systems« und meint, das lasse sich »sehr wohl mit dem von militärischer und politischer Seite geleisteten Widerstand messen«(**), so fördert man eine Unterscheidungslosigkeit, in der zwischen Anpassung an das System, sogenannter »innerer Emigration«, und engagierter, häufig auch riskanter humanitärer Hilfe oder entschiedener handlungsbereiter Systemgegnerschaft kaum noch differenziert werden kann.

Beim heutigen Rückblick aus zeitlichem Abstand möchten wir der Tendenz, ent-

schiedenen politischen Widerstand mit hohem persönlichen Risiko und deutlichem Destabilisierungseffekt für das NS-System zu verschweigen oder herabzusetzen, ebenso wenig Raum geben wie dem mangelnden Respekt für Einzelentscheidungen zugunsten persönlicher humanitärer Hilfe. Mag auch der Wortsinn nahelegen, was politischer Widerstand und was Hilfe für Verfolgte ist, es wird sich dennoch nicht immer trennen lassen, und wir werden nicht wertend differenzieren, sondern versuchen zu beschreiben, was auch immer an Beispielen der Verteidigung des Humanismus aus dieser Notzeit überliefert ist.

Wissenschaftlern und Künstlern und aus christlichen Kreisen hinzugekommen. Insgesamt war der vorhandene Widerstand ja nicht etwa schwach, sondern nur durch fehlende Einigkeit erheblich beeinträchtigt.

Die Gründe für das Ausbleiben eines Widerstands der ärztlichen Mehrheit sind vielschichtig und können hier nur kurz und angedeutet beschrieben werden:

Damals wie heute gehörten die Ärzte vorwiegend mittelständischen Gesellschaftsschichten an. Ihr Interesse und ihre Bewußtseinslage befanden sich in weitgehender Konformität mit der für diese

Ärztlicher Nachwuchs stammte größtenteils – wie die Basis des Nationalsozialismus – aus mittelständischen Schichten

Ein von der Ärzteschaft und ihren Verbänden mehrheitlich und entschieden getragener Widerstand gegen das Aufkommen des Nationalismus schon vor 1933 hätte ein nicht unerhebliches Gewicht zur Verteidigung der Weimarer Republik in die Waagschale geworfen. Er wäre zu dem Widerstand der Parteien der Arbeiterbewegung und aus den Gewerkschaften, von

Schichten typischen konservativen und teilweise auch rechtslastigen politischen Zuordnung. Der aufkommende Faschismus rekrutierte in diesem gesellschaftlichen Bereich durchaus auch beachtliche Teile seiner Unterstützungsbasis.

Die Zugehörigkeit zum ärztlichen Beruf ist eingebettet in eine besonders stabile Mittelstandsbindung. Ärztlicher Nachwuchs

rekrutierte sich stärker und beständiger aus den Mittelschichten als andere akademische Berufe. Diese hohe ärztliche Nachwuchsrekrutierung aus dem Mittelstand ist auch in der Nachkriegszeit noch nachweisbar gewesen. Sie vermittelte bis heute entsprechende Bewußtseinsprägungen.

Hinzu kommt die ebenfalls hohe familiäre Selbstrekrutierung: ein ungewöhnlich hoher Anteil der Medizinstudenten waren und sind Arztkinder. Angehende Ärzte waren und sind tendenziell eher Kinder von Akademikern, Kinder von Ärzten, aus Mittelschichtsfamilien oder aus den gesellschaftlichen Führungsschichten des Bürgertums als etwa aus Unterschichten. Diese über Generationen hinwegreichende Nachwuchsrekrutierung und gesellschaftliche Statusstabilität geht Hand in Hand mit akademisch mittelständischer Exklusivität und Abgrenzung gegenüber den unteren sozialen Schichten.

Das wirkt sich auch auf das Verhältnis zum Patienten aus. In einem Gesundheitswesen mit Zweck-Klassen-Medizin wird ja ohnehin der Mehrheit der sozialversicherten Patienten eine sehr abhängige Patientenrolle zugewiesen, während die Privatpatienten in Versorgung und Behandlung Privilegien genießen. Auch dadurch ergibt sich ein Zuordnungssog mit Bindung an die bürgerlichen Führungsschichten. Die berufsprägende Ausbildung war zudem verknüpft mit den Einflüssen der studentischen Korporationen deutsch-nationaler, rechtsliberaler, antisozialistischer, antigewerkschaftlicher und militaristischer Färbung, in denen »Ideale« eines Eliteakademikertums hochgehalten wurden.



Furtwängler, Scholl, Naumann und Schmorell

Die patriarchalische Autorität und die vom Staatsinteresse abgeleiteten Kontrollfunktionen des Arztes markieren ebenfalls eine starke Distanz zu den Sozialversicherten, den Gewerkschaften und der Arbeiterbewegung und fördern kaum das Verständnis für deren Zielsetzungen und Forderungen. Es fehlte den Ärzten an Berührung und Verständigung mit den gesellschaftlichen Kräften, die früh die Gefahr des Faschismus erkannten.

In den Auseinandersetzungen zwischen arm und reich, Privileg und Benachteiligung, industrieller, finanzieller und staatlicher Macht und den Interessen des »kleinen Mannes«, in dem Interessenfeld der Hoffnung auf Arbeit, Brot und Frieden einer-

seits und dem Drang nach Ausdehnung von Handels- und Marktzentren, nach militärischer Stärke und Weltmachtgeltung andererseits, waren die deutschen Ärzte schon bald nach der bürgerlich-industriellen Umwälzung ganz gegen ihr rechtverstandenes Berufsinteresse eher auf die Seite der gesellschaftlichen Herrschaftskräfte geraten.

Zwar war die Zeit vorüber, in der der Arzt nur die Privilegierten aus Adel, Patrizierhäusern und zahlungsfähige Klientel versorgte. Seit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung wurden die Ärzte immer mehr zur Versorgung auch der unteren Schichten herangezogen. Ihre Existenz hing von da an immer mehr von der Krankenversicherung, d.h. von Lohnanteilen der Arbeiter und

Rudolf Degkwitz

Rudolf Degkwitz wurde am 19. Januar 1889 in Ronneburg in Thüringen geboren. Bei Kriegsausbruch 1914 meldete er sich als Freiwilliger. Nach dem Kriege schloß er sich dem Freikorps Oberland an. Durch Rudolf Heß, der im Ersten Weltkrieg im gleichen Bataillon gewesen war, kam Degkwitz in Berührung mit der NSDAP und wurde auch mit Hitler bekannt. Am 9. Mai 1923 nahm er am Marsch zur Feldherrnhalle teil.

Seit 1919 war Dr. med. Rudolf Degkwitz Kinderarzt an der Universität München. Er führte die passive Masernschutzimpfung ein. 1925 wurde er zum Professor der Kinderheilkunde an der Universität Greifswald ernannt. 1926 war er für ein Jahr in den USA und dort für den Öffentlichen Gesundheitsdienst tätig.

Ab 1923 war Degkwitz Ordinarius für Kinderheilkunde und Chefarzt der Universitätsklinik in Hamburg. Während des Krieges äußerte er sich gegen die »Euthanasie«, die in Hamburg im Kinderkrankenhaus Rothenburgsort unter der Leitung von Dr. Bayer durchgeführt wurde. Er wandte sich

nun auch politisch gegen das NS-System und versuchte in seinem Arbeitsbereich, im Eppendorfer Krankenhaus, Ärzte unterzubringen, die antifaschistisch eingestellt waren. Seine drei Söhne standen in den Jahren 1942/43 in Verbindung mit der »Weißen Rose« Hamburg.



Am 22. September 1943 wurde Rudolf Degkwitz, nachdem er schon längere Zeit unter Beobachtung der Gestapo gestanden hatte, im Krankenhaus Wintermoor festgenommen, wo er seit der Bombardierung des Eppendorfer Krankenhauses gearbeitet hatte. In dem am 24. Februar 1944 von Freisler verkündeten Urteil hieß es unter anderem: »Rudolf Degkwitz hat sein Leben

als forschender, lehrender und heilender Arzt mit außergewöhnlichem Erfolg und unter Volleinsatz seiner Person dem deutschen Volke gewidmet. Unter dem unmittelbaren Eindruck der Terrorangriffe auf Hamburg verlor er aber den Siegglauben, schrieb Briefe, die die Vernichtungswirkungen übertrieben, und schrieb vor allem auch seinem Sohn an die Front, er möge sich möglichst wenig exponieren, es habe ja doch keine Zweck mehr... Nur weil er allein durch seine Masernprophylaxe 40.000 deutschen Kindern das Leben gerettet hat, von seinen anderen ärztlichen Großerfolgen ganz abgesehen, wird er nicht mit dem Tode bestraft, sondern kommt mit 7 Jahren Zuchthaus bei 7 Jahren Ehrverlust davon...«

Degkwitz wurde in das Zuchthaus Celle eingeliefert und von dort beim Herannahen der britischen Armee in Richtung Lübeck auf Transport geschickt. In der Nähe von Lauenburg flüchtete er aus dem Transport und hielt sich von da an bis Kriegsende bei einem Freund verborgen.

Im Juni 1945 wurde er von der englischen Militärregierung als Leiter der Hamburger Gesundheitsbehörde eingesetzt und nahm auch seine Arbeit als Chefarzt der Kinderklinik in Eppendorf und als Hochschullehrer an der Hamburger Universität wieder auf. 1947 übersiedelte er in die USA. Nach seiner Rückkehr in die Bundesrepublik starb er am 11. Mai 1973 in Emmendingen.

Angestellten ab, die für ihr Honorar zur Verfügung standen. Und doch verführte sie der strukturelle Schein des Sozialversicherungssystems dazu, ihre eigenen materiellen Interessen gegen die Interessen der Krankenversicherten zu stellen, wo es in Wirklichkeit recht viele Gemeinsamkeiten gab.

zugleich die Rolle des Beschützers der Arbeiterkraft, die Aufgabe der Wiederherstellung der Gesundheit und die Rolle von Mitbewerbern um die Lohnanteile ihrer Schützlinge zu. Diese ambivalente Rolle stört bis heute das Arzt-Patienten-Verhältnis und setzt es erheblichen Belastungen aus.

Beim Tauziehen um das Geld der Sozialversicherten gewannen die Nazis für die Ärzte an Attraktivität

Die kassärztlichen Vereinigungen der Ärzte traten als gewerkschaftsartige Gruppierungen nur der Form nach, doch keineswegs in der Zielsetzung auf. Im Tauziehen um das Geld aus der Sozialversicherung sahen sie ihre Hauptaufgabe darin, den Krankenkassen als einheitlicher Block entgegenzutreten. Im Rahmen einer Sozialversicherungsstruktur, in der Unternehmerinteresse und Patienteninteresse zum Schein zusammengespannt waren, gerieten die Ärzte in eine ambivalente Situation: ihnen kam

Solche Umstände beförderten beim Arzt der Weimarer Zeit eher ein elitäres Privilegiertentum, eine Staatsuntertanengesinnung und antirepublikanische Einstellung als etwa ein entschiedenes Eintreten für demokratische Perspektiven. Da die NS-Strömung, gefördert von Industrie, Hochfinanz und militaristischen Kreisen, immer energetischer als antidemokratische Ordnungskraft auftrat, konnte sie einem in der beschriebenen Weise beeinflußten ärztlichen Mehrheitsbewußtsein durchaus auch



Rainer Fetscher

attraktiv erscheinen.

Ärztlicher Widerstand erforderte damals vom einzelnen ein besonders hohes Maß an Einsicht und Entschlossenheit bis hin zu der Bereitschaft, sich gegenüber der eigenen Standesmehrheit abzugrenzen. Der Druck dieser Mehrheit, verstärkt durch den zunehmenden Rechtsdruck gegen Ende der Weimarer Republik, wurde immer spürbarer.

Die Ärztekammern, der Hartmann-Bund und der Deutsche Ärztevereinsbund

Elfriede Paul wurde am 14.1.1900 in Köln geboren. Nach einem Lehrerstudium verdiente sie sich ihr anschließendes Medizinstudium als Werkstudentin. Das bedeutete zur damaligen Zeit, daß sie nach Fleißprüfungen ein Darlehen von einigen hundert Mark vom Studentenwerk erhielt.

Während ihres Studiums war Elfriede Paul mit den Ideen der Arbeiterbewegung bekanntgeworden und hatte sich der Kommunistischen Partei angeschlossen. Nach dem Staatsexamen war sie als Schulärztin in Berlin tätig. Da sie nicht bereit war, in die NSDAP einzutreten, war diese Arbeiter gefährdet. Daher ließ sie sich 1936 als praktische Ärztin in Berlin-Wilmersdorf nieder. Seit 1936 war Elfriede Paul Mitglied der Widerstandsorganisation »Rote Kapelle«.

Die »Rote Kapelle«, in der Menschen aus den verschiedensten Berufen zusammenarbeiteten, baute ein Netz antifaschistischer Gruppen und Stützpunkte in der Rüstungsindustrie auf. Dort wurde eine umfangreiche Aufklärungsarbeit betrieben. Ihre Zeitschrift »Die innere Front« rief zum Sturz des faschistischen Regimes auf. Über ihre weitverzweigten Verbindungen gelang es der Organisation auch, der Sowjetunion Informationen über faschistische Kriegspläne zukommen zu lassen.

Elfriede Pauls Praxis war das »Sprechzimmer der Organisation«.

»Das Sprechzimmer tarnte unsere Zusammenkünfte, und die Patientenkartei enthielt, ihrer Funktion entsprechend, manches über unsere Kameraden. Daß die Gestapo sie nach unserer Verhaftung unzureichend ließ, ist mir bis heute ein Rätsel. Die Kartei eines Arztes ist in vieler Hin-

Elfriede Paul



sicht aussagekräftig. Hätten die Faschisten meine Notizen sorgfältig geprüft, wären sie manchem Genossen noch zusätzlich zum Verhängnis geworden. In erinnere mich, mit welchem Herzklagen ich nachts in meiner Zelle an diese Kartei dachte. Allein die Suche nach Abtreibungsvergehen hätte ausgereicht. Nach meiner Befreiung erhielt ich die Kartei mit der Praxiseinrichtung zurück; meine Schwester hatte alles rechtzeitig in Sicherheit bringen können. Heute sind die Blätter nichts als ein Erinnerungsstück.

Wirklich, eine bessere Tarnung als meine Praxis gab es für uns politisch Gefährdete kaum. Wenn die Genossen zu mir kamen, fielen sie in keiner Weise auf. Kurt und seine Frau Elisabeth waren gut gekleidet,

sportliche und angesehene Bürger. Harro fand überall freundliche Aufnahme. Jung und schlank, sehr freundlich im Umgang, wirkte er auf alle Menschen anziehend. In seiner imposanten Uniform des Fliegerleutnants konnte er meinem bösartigen Etagen-nachbarn Hinkel ruhig begegnen. Hinkel, einer der engsten Mitarbeiter von Goebbels, organisierte die »Endlösung« der Judenfrage im Osten. Eines der gefährlichsten Raubtiere wohnte also Wand an Wand mit mir.

Wir kamen, meist nach vorheriger Verabredung, kurz nach neunzehn Uhr zusammen, saßen bei einer Tasse Tee, manchmal aßen wir gemeinsam Abendbrot. Jedem Fremden vermittelte unsere Runde den Eindruck zwangloser Geselligkeit. Der eine kam auch mal später, ein anderer ging früher. Bis spät in die Nacht wurde ohnehin nur beraten, wenn eine besondere Frage zu Ende diskutiert werden mußte oder eine spezielle Aktion vorzubereiten war. Zu den Beratungen, Aussprachen gehörten auch Lesungen. Zum Beispiel die des Manuskripts »Die Moorsoldaten« von Wolfgang Langhoff, der inzwischen als emigrierter Schauspieler in der Schweiz lebte. Oder das Entwerfen von Flugblättern und Rundbriefen.«

Im Sommer 1942 kam die Gestapo auf die Spur der Organisation. Vom August 1942 bis Anfang 1943 wurden 130 Widerstandskämpfer festgenommen. 31 Männer und 18 Frauen, unter ihnen Harro Schulze-Boyse, Arvid Harnack und die Ärzte John Rittmeister und Helmut Himpel wurden hingerichtet. Die meisten anderen Angeklagten, darunter die Ärztin Elfriede Paul, erhielten langjährige Zuchthausstrafen.



Johannes Kreiselmaier

samt ihren Publikations-Organen gerieten schon in den beginnenden 30er Jahren zunehmend unter den Einfluß der NS-Strömung. Im Gegensatz z.B. zu Wissenschaftlern, Künstlern und Schriftstellern, unter denen sich schon vor 1933 nicht wenige profilierte Gegner des »Nationalsozialismus« fanden, die auch vor der durch ihn heraufbeschworenen Kriegsgefahr warnten, waren entschieden republikanische, engagiert demokratische und antifaschistische Auffassungen innerhalb der Ärzteschaft eher

Außenseiterpositionen, und es gibt für ihr öffentliches Wirken relativ wenige Beispiele.

Wo findet sich Widerstand von Ärztinnen und Ärzten? Die Art der Arbeit von Ärzten im Widerstand ist häufig geprägt von den typischen Möglichkeiten und Umständen ärztlicher Berufspraxis. Ärzte waren Mitglieder von Widerstandsorganisationen oder sympathisierten mit ihnen. Praxisräume konnten unter konspirativen Bedingungen relativ unauffällig zur Kommunikation der Widerstandskämpfer untereinander genutzt werden. Ärzte betreuten kranke Widerstandskämpfer, die versteckt vor den Verfolgern und der Gestapo leben mußten. Ärztliche Bescheinigungen für Medikamente und zusätzliche Lebensmittel halfen den Widerstandskämpfern und ihren Familien, ebenso auch Kriegsgefangenen und Zwangsarbeitern. Ärzte konnten deutsche und ausländische Arbeiter, besonders in der Kriegsindustrie, krankschreiben und somit die Kriegsproduktion behindern. Soldaten auf Heimurlaub konnten krankgeschrieben werden, um ihre Rückkehr an die Front zu verhindern.

Verknüpft mit diesen ärztlichen Tätigkeiten war in vielen Fällen die politische Widerstandarbeit, z.B. die Herstellung und Verbreitung von Flugblättern. □



Friedrich Wolf

Unser Beitrag über die Ärzte im Widerstand ist Teil des Buches »Medizin, Faschismus und Widerstand« von Barbara Bromberger, Hans Mausbach und Klaus-Dieter Thomann, erschienen 1985 in Köln im Pahl-Rugenstein Verlag.

Die Gruppe »Onkel Emil«

Die Gruppe »Onkel Emil« war ein Diskussions- und Freundschaftskreis mittelständischer Intellektueller, dem unter anderem der Dirigent Leo Borchard (Deckname: »Andrik«), der Landgerichtsrat a.D. Dr. Günther Brandt (Deckname: »Flamm«), die Journalistin Ruth Friedrich und der Redakteur Dr. Heinrich Mühsam (als rassistisch Verfolgter 1944 in Auschwitz ermordet) angehörten. Ende 1940 kam der Arzt Dr. Walter Seitz (Deckname: »Frank«) hinzu, der auch noch einen Spitznamen hatte, »Onkel Emil«. Dieser Spitzname gab der Gruppe den Namen.

In einem Tätigkeitsbericht der Gruppe ist ihr zusammengefaßtes Aktionsprogramm niedergelegt:

»Beherbergung und Betreuung von Untergetauchten und politischen Flüchtlingen, sowohl Gewährung von vorübergehenden Quartieren als auch Beschaffung von Dauerwohnungen. Beschaffung von Lebensmitteln und Lebensmittelkarten für Untergetauchte. Versorgung Untergetauchter und politischer Flüchtlinge mit Ausweispaieren durch Falschdruck von Naziausweisen und Fälschung von Nazistempeln. Entziehung zahlreicher Nazigegner vom Wehr- und Volkssturmdienst durch Ausstellung entsprechender ärztlicher Atteste und künstliche Herbeiführung von Krankheitszuständen. Werksabotage. Entfernung von Nazihheitssymbolen, Mauerschlägen und Nazipropagandamitteln. Weiterleitung politischer Informationen und Lageberichte ins Ausland. Einsatz für zahlreiche

politische Strafgefangene. Betreuung der Familienmitglieder Gefangener und zum Tode Verurteilter. Unterstützung ausländischer Arbeiter. Einsatz sämtlicher Mitglieder in der »Nein«-Aktion der Widerstandsgruppen Ernst, wobei unsere Gruppe in der Nacht vom 18. zum 19. April 1945 in den Stadtteilen Steglitz, Südende, Schöneberg, Wilmersdorf, Friedenau und Zehlendorf mit Ölfarbe und Kreide das »Nein« als Ausdruck der Ablehnung des Hitler-Regimes und der weiteren sinnlosen Kriegsfortsetzung an sämtlichen ins Auge springenden Punkten aufmalte und niederschrieb. Während der letzten Kampftage Aufspürung und Bekämpfung von Werwölfen.«

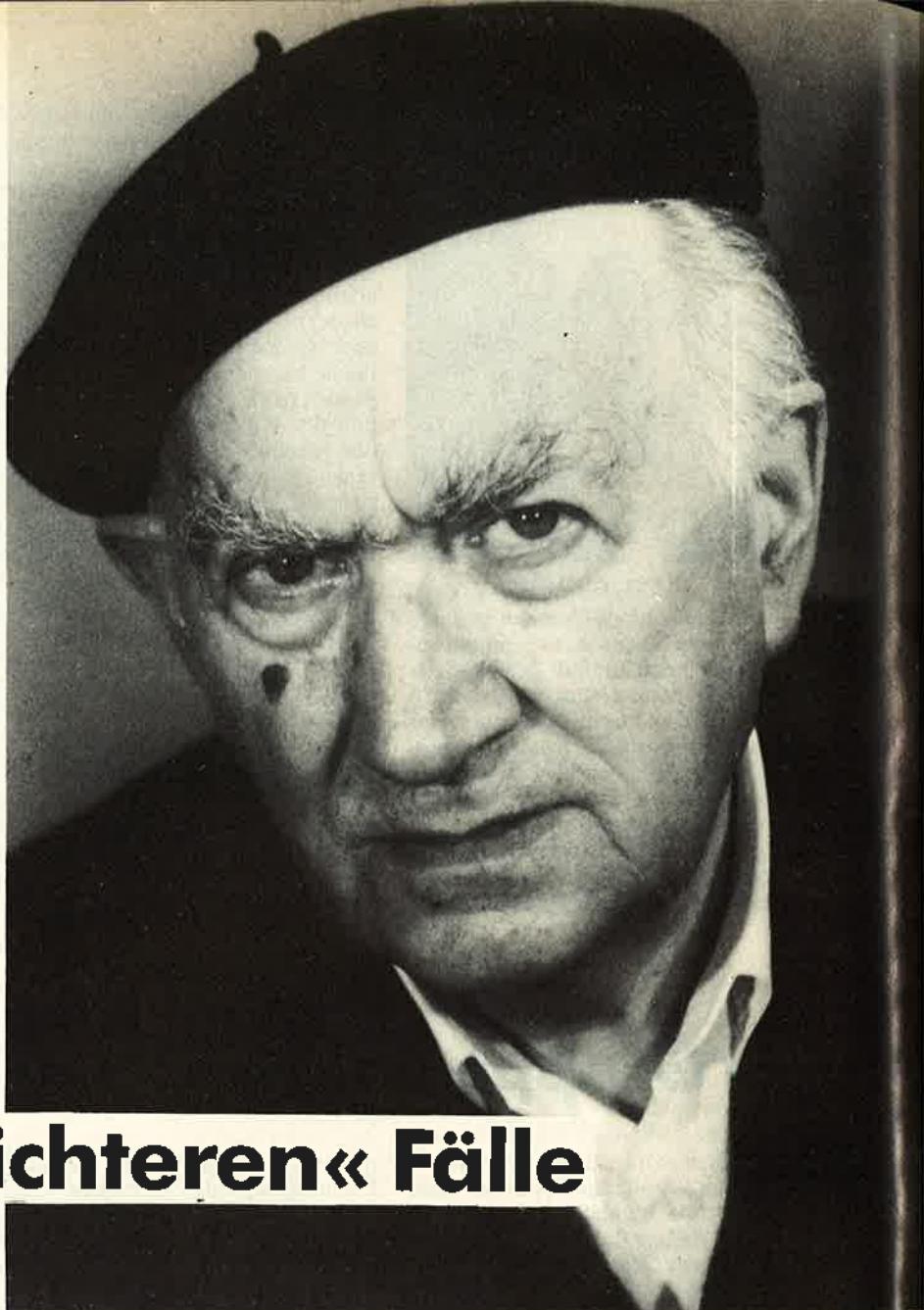
In Ruth Friedrichs Tagebuch findet sich eine bemerkenswerte Notiz der Selbsteinschätzung des Widerstands aus der Sicht dieser Gruppe vom 26. Juni 1944: »Daß es zahlreiche Gruppen und Grüppchen gibt, die sich zum aktiven Handeln gegen das Regime zusammengetan haben, ist uns kein Geheimnis. Wir wissen, daß die Kommunisten arbeiten, daß die Sozialdemokraten eine Kampfgruppe bildeten, daß auch die Katholiken nicht untätig sind... Kann denn ein Grüppchen von zehn oder zwanzig Entschlossenen das Dritte Reich ins Wanken bringen? Und wir sind nur Grüppchen. Grüppchen in Berlin, Grüppchen in München, in Breslau, in Dresden oder Hamburg. Eine Handvoll hier, eine Handvoll dort, die, wie die Königskinder im Märchen, niemals zusammenfinden.«

Diese sich anbahnende Einsicht in die Notwendigkeit der Bildung eines weitausegriffenden Bündnislagers war eine Folge der Lernprozesse, die die Widerstandsbewegung seit Beginn der Machtergreifung Hitlers durchgemacht hatte.

Durch ihre Flexibilität, ihre Disziplin und die Gewissenhaftigkeit ihrer Arbeit war die Gruppe »Onkel Emil« schwer angreifbar und überstand mit gutem Glück das Kriegsende. Sie verlor keines ihrer Mitglieder und hat auf ihrem Arbeitsgebiet mit beachtlichem Erfolg den Berliner antifaschistischen Widerstand unterstützt.



Joseph Scholmer, ausgebildeter Radiologe, war in den letzten 30 Jahren als Mediziner, immer aber auch publizistisch tätig. Er veröffentlichte in diesem Zeitraum mehrere gesundheitspolitische Bücher. Nach Kriegsende war er zeitweise Personalchef der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der damaligen Sowjetischen Besatzungszone. Wegen antistalinistischer Opposition wurde Scholmer von den Sowjets zu 25 Jahren Zwangsarbeit verurteilt, 1954 aber, nach Stalins Tod, amnestiert. Seitdem lebt er in der Bundesrepublik in der Nähe seines Heimatortes.



Einer der »leichteren« Fälle

Der Arzt Joseph Scholmer berichtet aus seiner Arbeit im Widerstand

Ich bin 1913 geboren und in einem kleinen Dorf in der Nähe von Linz, Kasbach heißt es, bei meiner verwitweten Mutter großgeworden. Dort lebten ursprünglich Winzer, die, als die Reblaus ihren Wingert in den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts zerstörte, in Steinbrüchen arbeiten mußten. Damals in den zwanziger Jahren gehörten die Steinarbeiter zu den Ärmsten.

Meine Mutter hatte eine Pension, die für einen besseren Lebensstandard ausreichte, ohne daß wir in den eigentlichen Mittel-

stand aufgestiegen wären. Mein Bruder und ich besuchten das Gymnasium in Linz, und wir kamen dort in Kontakt mit den Kindern reicherer Eltern. Ich habe mir natürlich über die Diskrepanz ihres Lebensstandards zu dem der Kinder, mit denen ich gemeinsam die Grundschule besucht hatte, Gedanken gemacht und habe auch versucht, Literatur zu bekommen, die erklärte, warum diese Gegensätze existierten. 1930, also mit 17 Jahren, bin ich auf das Buch »ABC des Kommunismus« von Bucharin und Preobrashenski gestoßen, in dem die Idee der totalen sozialen Gerechtigkeit entwickelt wurde. Es stimmte völlig mit meinen Auffassungen überein. Aber damals war ich in der Obersekunda und lebte in einem völlig katholischen Dorf, es gab also keine Möglichkeit, dort selbst aktiv zu werden.

Als ich zum Sommersemester 1932 nach Bonn ging, lernte ich die sogenannte Sozialistische Arbeitsgemeinschaft, die SAG, kennen und trat ihr und gleichzeitig dem Kommunistischen Jugendverband bei. Die wunderten sich, daß da mitten aus der katholischen Provinz einer kam, der die soziale Problematik gut kannte und voll in die

Arbeit einsteig. Wir haben damals in den Straßen von Bonn Zeitungen verkauft und Demonstrationsschutz gemacht und Saalschutz und Saalschlachten, teilweise übrigens auch im Ruhrgebiet. Einmal bin ich in ein Haus gegangen, um kommunistisches Informationsmaterial zu verteilen. Ich wußte aber nicht, daß ich in das Haus eines SA-Sturmführers geraten war. Seine Frau nahm die Zeitung, guckte darauf und schrie dann nach oben – es war Sonntagvormittag und er lag wohl noch im Bett: »Franz, komm runter und bringe den Revolver mit!«

Medizin habe ich sozusagen nebenher studiert. Sie interessierte mich weniger aus wissenschaftlichen Gründen, es waren eher soziale und sozialpolitische Erwägungen, die mich dazu geführt hatten. Wenn ich meinen Interessen nachgegangen wäre, hätte ich Germanistik und Geschichte studiert. Aber dann hätte ich eben nicht sozialpolitisch tätig sein können.

1933, nach dem Reichstagsbrand, als dann offiziell die Verfolgung begann, löste sich die SAG auf. Vorsichtshalber bin ich erst einmal aus Bonn weggegangen, zurück nach Kasbach, wo ich nicht als Kommunist

»Ich habe mich den Patienten gegenüber, denen ich helfen konnte, niemals zu erkennen gegeben.«

Gnossen gefunden und waren dem nachgegangen. Meine Verwandten erklärten, ich sei aus Interesse an einem Auslandsstudium nach Basel gegangen, die politischen Hintergründe erwähnten sie natürlich nicht. Ich konnte also zurück nach Deutschland. Das war 1934.

»Die Nazis hätten sehr viel über mich wissen können, und dann wäre mir das KZ sicher gewesen.«

bekannt war. Im Sommersemester habe ich zwar weiter Veranstaltungen belegt, war aber kaum mehr an der Universität. Inzwischen war der Mord an Renois passiert, und Messinger hatte sich angeblich aufgehängt. Ich wollte mich jedenfalls der Polizei nicht präsentieren. Mein Vorphysikum habe ich aber in Bonn noch gemacht.

Ich habe in der Zeit in Bonn auch einige Vorlesungen des Kieferchirurgen und Zahnmediziners Kantorowicz erlebt. Er hatte aus dem Ersten Weltkrieg eine Fülle von Photos, die Menschen mit den entsetzlichsten Gesichtsverstümmelungen zeigten. Menschen, die nicht frei herumlaufen durften, sondern in speziellen Heimen gehalten wurden. In den Vorlesungen zeigte er diese Photos, und der Saal war total schockiert. Er sagte dann am Schluß nur: »Wenn Sie wollen, daß sich ähnliche Dinge wiederholen, dann wählen Sie NSDAP!«

Im Juli 1933 bekam ich eine Art Gestellungsbefehl, das heißt, ich mußte studentischen Arbeitsdienst leisten, Wege bauen zum Beispiel. Eines Abends komme ich von der Baustelle in die Baracke, da erscheint ein Mann im Büro. Er sagt: »Heute hat die politische Polizei aus Bonn hier angerufen. Sie wollten wissen, ob du im Lager bist. Naja, du warst auf der Baustelle, deshalb habe ich 'nein' gesagt.« Der Mann kannte mich gar nicht, aber wußte, was lief. Er meinte noch, daß die Nazis auf jeden Fall dahinter kommen würden, daß ich im Lager war, aber daß es mindestens ein, zwei Tage dauern würde. Am selben Abend bin ich mit dem letzten Zug von Mayen weggefahren und bei Freunden untergekrochen. Das Schlüsselproblem war, daß ich nicht darüber informiert war, was die Nazis wußten. Sie hätten aber sehr viel wissen können, und dann wäre mir das KZ sicher gewesen. Deshalb beschlossen wir, daß ich in die Schweiz gehen sollte.

Das habe ich dann auch gemacht. Über Karl Barth und seinen Assistenten bekam ich eine Immatrikulation an der Universität Basel. Ich studierte also dort weiter, war aber auch mit anderen kommunistischen Emigranten weiterhin politisch tätig – illegal selbstverständlich. Ich hätte dort bleiben und mein Studium abschließen können, aber ich kam zu der Überzeugung, daß die Emigration nichts für mich war. Ich hatte den Eindruck, meine Basis zu verlieren, ich war dort nicht verwurzelt.

Ein Onkel und eine Tante aus Bad Honnef gingen für mich zur politischen Polizei und sie erfuhren, daß im Grunde nichts gegen mich vorlag. Sie hatten nur meinen Namen im Notizbuch eines festgenommenen

Vorsichtshalber bin ich nicht direkt an die Universität zurückgegangen, sondern habe erst einmal ein halbes Jahr lang Arbeitsdienst geleistet. Es sollte wie eine Art »Good-will-Erklärung« wirken. Nach diesem halben Jahr studierte ich weiter, hatte auch Kontakte zur KP in Boppard, aber nicht mehr zur KP in Bonn oder zu den hier tätigen Gruppen, etwa der um Markov. Nach und nach standen dann die Examensvorbereitungen an. Über das, was sich damals in der Bonner Arbeiterschaft abspielte, kann ich also nichts sagen. Eine Sache habe ich allerdings noch gut in Erinnerung. Ein alter Genosse, den die Gestapo ins Zuchthaus gebracht hatte, wurde nach seiner Entlassung in die Universitätsklinik eingeliefert. Der Internist Martini stellte ihn uns als Patienten in einer seiner Vorlesungen vor. Ich saß im Auditorium und sah meinen Genossen dort vorne – er hatte eine schwere Herzkrankung. Martini hat ihn sicherlich nicht ohne Absicht vorgestellt, denn er machte einige Andeutungen über die Ursachen der Krankheit. Der Genosse war im Zuchthaus schwer mißhandelt worden.

Am 1. Mai 1940 ging ich nach Leipzig, um dort in der radiologischen Abteilung der Universitätsklinik zu arbeiten. Mein Freund Dupuis, der mit mir in Bonn studiert hatte, war ebenfalls dort, und er hatte durch eine Reihe von Zufällen Kontakte zu einem Kreis von Kommunisten herstellen können. Über Dupuis bin auch ich in diese Gruppe hineingekommen, die neben den Berlinern um Saefkow, Bästlein und Jacobs und der Thüringer Gruppe eine der wichtigsten Widerstandsgruppen war.

Zu unseren Aufgaben zählte es, Flugblätter zu verteilen. Ich bekam meine Materialien, jeweils etwa 50 bis 100 Flugblätter von meinem Kontaktmann, einem Mann namens Heinze. Man zog also los, nicht mit dem ganzen Paket auf einmal, sondern mit 20, 30 Blättern, die man in der Tasche oder im Mantel versteckte, und mußte versuchen, die Papiere in die Briefkästen zu stecken. Dazu eignete sich am besten eine Tageszeit, wenn die Straßen nicht menschenleer waren, weil man natürlich nicht auffallen durfte. Ich persönlich fühlte mich relativ sicher, weil ich aufgrund meiner Arbeit über jeden Verdacht erhaben war. Man hätte nur durch einen dummen Zufall auf mich stoßen können, etwa wenn die Putzfrau in meine Schränke geschlichen hätte.

Außerdem versuchte man, in seinem beruflichen Umfeld mit Leuten zu diskutieren und sie zu gewinnen. Wir waren im ganzen Bereich Leipzig das einzige ambulant arbeitende Röntgeninstitut, und in den Rüstungsbetrieben der Umgebung wurden während des Krieges etwa 80000 ausländische Arbeiter, Zwangsdeportierte, beschäftigt. Da die Nazis sie zumindest einigermaßen arbeitsfähig halten wollten, lie-

ßen sie ihnen ein Minimum an gesundheitlicher Versorgung zukommen, unter anderem durch unser Institut. Es kamen jeden Tag wenigstens 100 Patienten, davon ein Drittel Ausländer, viele Russen und Ukrainer. Wenn dann einer von ihnen sagte: »Ich habe Magenbeschwerden«, dann hatte ich die Möglichkeit, den Befund zu agravieren. Er hatte dann eben ein Magengeschwür, auch wenn er keins hatte. Wenn ich das sagte, war es so. Kontrolliert wurden meine Befunde nie. Der Betreffende hatte dann zumindest vier Wochen Luft, um sich ein wenig von den furchtbaren Arbeitsbedingungen zu erholen, und wenn er zur Kontrolle kam, konnte man die Krankenschreibung unter Umständen auch noch einmal verlängern.

Ich habe mich den Patienten gegenüber aber niemals zu erkennen gegeben, während Frau Blank, eine praktische Ärztin, mit der ich kooperierte, sich nicht zurückhalten konnte. Ich habe sie mehrmals gewarnt: »Seien Sie vorsichtig, Sie können nie sicher sein, daß nicht einmal etwas in falsche Ohren kommt.« Sie hat dafür mit dem Leben bezahlt. Einige Tage vor mir wurde sie verhaftet und in Dresden hingerichtet.

Aufgeflogen sind wir im Sommer 1944 durch einen Spitzel in der Zentrale, einen alten Kommunisten, den die Nazis umgedreht hatten. Sie hoben die Organisation vom Kopf her aus, nahmen also zuerst Schumann, Engert und Kresse fest. Insgesamt bekamen sie an die 30 Genossen, von denen acht zum Tode und die anderen zu Haftstrafen verurteilt wurden. Damit war aber die Gruppe noch nicht vollständig ausgelöscht. Es kamen weiter Flugblätter heraus, und es wurden weiter Parolen gemalt.

Auch ich gehörte eher zur Peripherie. Heinze aber, mein Kontaktmann, stand in engerem Kontakt zum Kopf. Seine Kontakterson wiederum, der Leipziger Graphiker Frank, hat dann unter der Folter meinen Namen preisgegeben. Sie haben ihn unbeschreiblich gefoltert. Am 4. August 1944 wurde ich festgenommen und im Herbst zu einer Gefängnisstrafe verurteilt. Frank und Heinze hatten ihnen nichts über meine wirkliche Tätigkeit gesagt. Bis Ende März 1945 war ich in verschiedenen Gefängnissen, unter anderem in Plötzensee, zum Teil unter infernalischen Umständen. Sie ließen mich dann tatsächlich frei als einen der »leichteren« Fälle – während die »schweren« erschossen wurden. Mit einem der letzten Züge kam ich zurück nach Leipzig und schlug mich in mein Krankenhaus durch, diesmal war ich dort als Patient. Ich wog noch 45 Kilo. Am 8. Mai fand dann das Tausendjährige Reich sein Ende. □

»Wir gehen einen anderen

dg-Gespräch mit Winfried Beck von den Demokratischen Ärzten

Die Gründung eines linken Ärzteverbandes steht bevor. dg sprach mit dem Initiator.

dg: Herr Beck, was haben eigentlich kritische Ärzte in den standesbewußten Kammerversammlungen zu suchen?

Beck: Wir haben 1976 die hessische Liste gegründet, weil mit dem Geld, das wir als Zwangsmitglieder der Ärztekammer zahlen mußten, keine Gesundheitspolitik im Interesse der Patienten gemacht wurde, sondern reine Standespolitik und Privilegienverwaltung. Durch die Arbeit in der ÖTV und im Bund gewerkschaftlicher Ärzte konnten wir dagegen nichts ausrichten, wir mußten in die Institution Ärztekammer hineingehen. Die Kammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, haben also einen quasi-staatlichen Auftrag – übrigens deshalb, weil man davon ausgeht, daß ihre Tätigkeit überwiegend gemeinnützig ist. Wir haben kandidiert und waren dann überrascht über den Wahlerfolg: gleich zu Anfang etwas über zehn Prozent. Beim zweiten Mal, 1980, bekamen wir schon 12,5 Prozent. In dieser Zeit wurden auch in den anderen Kammerbezirken Listen gegründet, die mittlerweile zwischen zehn und 15 Prozent der Stimmen erhalten. Bei uns waren es zuletzt 17 Prozent.

dg: Wie erklären Sie sich diese enormen Wahlergebnisse?

Beck: In erster Linie mit der Politik der Kammerfunktionäre, die an den Interessen der Bevölkerung völlig vorbeigeht und ausschließlich die spezifisch ärztlichen Interessen berücksichtigt. Bei unserer Wählerschaft, gerade bei den angestellten Ärzten, steht die Privilegienerhaltung nicht im Vordergrund. Die Kammer macht

eben eher Politik für die Niedergelassenen, auch weil sie dort besser repräsentiert sind. Auf den Funktionärsposten sitzen in der Regel keine Krankenhausärzte, sondern Niedergelassene, vor allem aus Großpraxen.

dg: Menschenfreundlichkeit als Wählermotiv?

Beck: Natürlich muß man diesen sozialen Motiven gegenüber mißtrauisch sein. Aber deshalb haben wir ja auch nur 17 Prozent und keine 50, und bei diesen 17 Prozent gibt es auch sicher welche, die uns nicht aus menschenfreundlichen Motiven wählen. Aber die soziale Problematik steht mit Sicherheit im Vordergrund.

dg: Sie haben die geschlossene konservative Front der Ärzteschaft aufbrechen können und sind mittlerweile in der Presse und im Fernsehen durchaus zitiertwürdig. Jetzt ist die Gründung eines bundesweiten Verbandes geplant. Was soll dieser Verband darüber hinaus bewirken?

Beck: Den Verband brauchen wir aus zwei Gründen. Der eher formale: es kommen zunehmend Aufgaben auf uns zu, für die wir Geld benötigen. Bisher lief die Arbeit auf Spendenbasis; das reicht jetzt nicht mehr aus. Der wichtigere Grund: bisher wird die Arbeit von einigen Kammermitgliedern gemacht, aber eine aktive Basis, die an der Meinungsbildung mitwirkt, fehlt. Für alle diejenigen, die nicht nur Kammerarbeit machen wollen, sondern auch an der gesundheitspolitischen Arbeit interessiert sind und daran mitwirken wollen, sollte es aber ein Forum geben. Wir brauchen eine organisierte gesundheitspolitische Alternative angesichts der Konzeptionslosigkeit der Bonner Parteien, der reaktionären Politik der Bundesärztekammer und des fortschreitenden Sozialabbaus.

dg: Die jetzige Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärzte ist nur ein lockerer Zusammenschluß. Gibt es da auch unterschiedliche Positionen?

Beck: Die acht Listen, die sich auf den Namen der Arbeitsgemeinschaft geeinigt haben, sind im Grunde sehr ähnlich, wenn auch die Namen unterschiedlich sind. Die Hamburger Ärzteopposition vertritt etwas andere Positionen, auch die Fraktion Gesundheit in West-Berlin.

Die Hamburger möchten weniger Gesundheitspolitik machen, sondern eher Konkretes in Hamburg selbst verändern, zum Beispiel in der Fortbildung. Mit der Fraktion Gesundheit gibt es auch inhaltliche Divergenzen. Sie teilen zum Beispiel nicht die Auffassung, daß man das Behandlungsmonopol der niedergelassenen Ärzte aufbrechen muß und daß die Einzelleistungsvergütung eine schlechte Sache ist.

dg: Welche Schwerpunkte sollte Ihrer Meinung nach der Verband setzen?

Beck: Für uns ist die Warnung vor den Folgen der Aufrüstung nicht nur für die Ausblutung des Gesundheitswesens, sondern auch für das Leben und die Gesundheit der Menschen ein wesentlicher Punkt. Wir müssen uns gemeinsam mit der IPPNW und den anderen Initiativen im Gesundheitswesen dafür einsetzen, daß auch von Seiten der Ärzteschaft verstärkt gewarnt wird vor der Aufrüstung und den Folgen des

Sozialen Motiven gegenüber mißtrauisch sein

Atomkriegs. Wir werden sicher auch ein Schwergewicht setzen auf das Thema Umwelt und Medizin, die Folgen der veränderten Umwelt auf die Gesundheit der Menschen. Wir werden da einen anderen Weg als die übrigen Ärzteverbände gehen, weil es sehr viele Bereiche gibt, die von dem einzelnen durch persönliches Verhalten nicht beeinflußt werden können.

Für uns steht die primäre Prävention, also das Vermeiden krankmachender Faktoren, im Vordergrund. Das wird schwierig sein, weil ja

die kurative Seite der Medizin die profitablere ist und sich deshalb noch weiter ausdehnt. Langfristig kann sie aber die schädlichen Auswirkungen der Lebens- und Arbeitsverhältnisse nicht mehr auffangen.

Ein weiterer Schwerpunkt sollte sein, wie wir mit der Finanzierung des Gesundheitswesens umgehen. Das Gedanke von der Kostenexplosion und die Forderung nach Kostendämpfung hat sich ja als reine Demagogie erwiesen.*

dg: Werden Sie auch Bündnispartner unter den Ärzteverbänden gewinnen können? Der Marburger Bund, der sich teilweise ganz fortschrittlich gibt, hat sich in den letzten Jahren ja als Ihr schärfster Widersacher herausgestellt.

Beck: Der Marburger Bund wurde gegründet, weil immer mehr Kolleginnen und Kollegen sich nach 1945 in der ÖTV organisierten. Die Funktion des Marburger Bundes ist also keine andere als die, die angestellten Ärzte zu integrieren oder unter das gemeinsame Interesse der System- und Machterhaltung zu subsumieren. Das betreibt er mit sehr viel Demagogie, vor allem mit sozialer Demagogie. Er gaukelt den Ärzten vor, wie gut er ihre Interessen vertreten würde.

dg: Tut er das nicht auch, wenn man es unter standespolitischen Gesichtspunkten sieht?

Beck: In Einzelfragen ja, grundsätzlich aber nicht. Seine Forderung nach zusätzlichen Stellen im Krankenhaus ist einfach nicht glaubwürdig, weil er sich nicht auch für die 35-Stunden-Woche einsetzt, das hat er explizit abgelehnt. Der Marburger Bund weiß eben auch, daß ein großer Teil der jungen Krankenhausärzte, weil sie es als Durchgangsphase betrachten, lieber viel Geld verdient und sich kaputt arbeitet. Dem gibt er opportunistischerweise nach und fällt so

* dg drückte die Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Listen demokratischer Ärzte: »Es gibt keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen« in 2/86 ab.

Weg «

gewerkschaftlichen Positionen in den Rücken. Auf der gleichen Linie liegt die Unterstützung des von den Studenten und der ÖTV abgelehnten Arztes im Praktikum. Uns betrachtet er als Konkurrenz, weil er fürchtet, daß wir ihn von links überholen. Wir sind aber objektiv keine Konkurrenz, weil wir keine ständische Interessenvertretungspolitik betreiben werden. Die ökonomischen Interessen der Ärzte sind gut vertreten worden und werden es auch noch. Auch die

»Keine Interessenidentität mit Apparatebonzen«

Angestellten verdienen nicht schlechter als andere Berufsgruppen. Wir wollen dagegen die übergeordneten gemeinsamen Interessen von Ärzten und Patienten vertreten.

dg: Wo wir schon über Konkurrenz reden: Wäre ein Verband demokratischer Ärztinnen und Ärzte nicht auch eine Konkurrenz zur ÖTV?

Beck: Das wird bei uns sehr ausführlich und verantwortungsvoll diskutiert, weil wir genau das nicht wollen. Wir wollen die ÖTV stärken. Wir greifen auch ihre Forderungen auf. Als Ärztevereinigung, die für alle Ärzte, auch für die niedergelassenen, offen ist, könnten wir das aber anders tun als die ÖTV. Da wir keine Tarifverhandlungen führen, können wir einfach weiter gehen, in gewis-

ser Weise fortschrittlicher sein.

dg: Wird es nicht auch Probleme bereiten, daß Sie für Niedergelassene offen sind? Sie treten etwa für die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Dienste ein. Das widerspricht doch objektiv den Interessen der Niedergelassenen.

Beck: Ich bin nicht der Meinung, daß die gegenwärtige Politik der Standesführung im Interesse aller Ärzte ist. Das Interesse der Spitzerverdiener unter den Ärzten ist auch nicht identisch mit dem etwa der jungen niedergelassenen praktischen Ärzte. Wenn sie eine andere Medizin betreiben wollen, unter Einbeziehung von Sozialarbeitern, Psychologen und so weiter, dann trägt sich die Praxis beim gegenwärtigen Honorierungssystem nicht.

dg: Wenn Sie sagen, man müsse darüber diskutieren, ob Ärzte tatsächlich so viel verdienen sollen, wie sie es tun, dann geht es doch auch den Niedergelassenen bei Ihnen ans Portemonnaie.

Beck: Richtig, aber nur einem Teil. Eine Analyse der Einkommensentwicklung von der AOK zeigt deutlich, daß sich bei den Niedergelassenen eine Schere auftut. Die

Gutverdiener verdienen immer besser und die Schlechtverdiener immer schlechter. Und die letzgenannte Gruppe wird größer. Wenn wir Kritik äußern an den Einkommen der Ärzte, wenden wir uns gegen die Spitzerverdiener. Wir haben den Eindruck, daß viele niedergelassene Ärzte diese Kritik teilen. Sie haben keine Interessenidentität mit den Apparatebonzen.

dg: Aber mit einer Abart des Kleinunternehmers ist doch keine Veränderung des Gesundheitswesens durchzusetzen, die sich an den Interessen der Patienten orientiert?

Beck: In der Tendenz sehe ich das ganz ähnlich. Langfristig wird man bei der derzeitigen Honorierungsweise eine solche Veränderung nicht durchsetzen können. Aber das ist bei uns noch nicht ausdiskutiert. Ich bin sicher, daß es gerade in der ökonomischen Frage bei uns noch harte Auseinandersetzungen geben wird. Aber es gibt ja eine ganze Reihe von Forderungen, die im Moment nicht durchsetzbar sind. Eine unserer Aufgaben wird es sein, gesundheitspolitische Utopien zu entwerfen. □

Dr. Winfried Beck,

42, ist niedergelassener Orthopäde in Frankfurt und seit zehn Jahren Mitglied der Hessischen Ärztekammer als Spitzenkandidat der Liste demokratischer Ärzte. 1983

wählte ihn die Arbeitsgemeinschaft Listen demokratischer Ärzte, der Zusammenschluß oppositioneller Listen aus acht Kammerbezirken, zu einem ihrer Geschäftsführer.

Jetzt macht er sich gemeinsam mit den anderen hessischen Kammerdelegierten stark für die Gründung eines bundesweiten Verbandes demokratischer Ärztinnen und Ärzte. Ein Aufruf dazu wurde bereits Ende Februar verschickt. Programm,

gesundheitspolitische Ziele und Forderungen sollen in einigen Monaten auf einem Gründungskongreß diskutiert und beschlossen werden.



Null – null – null

um- Hoechst zog zwei Antidepressiva mit dem Wirkstoff Nomifensin zurück.

Sie machen »frei von Unruhe, Angst, Nervosität« und »frei für Leistung und bewußtes Leben«, führen dabei »aus der Isolation zur Integration«, lösen »angstvolle Erwartung, emotionalen Streß, dramatisierte Konfliktspannung und lärmende Panik«, sind »ausgewogen, entspannend und stimmungsaufhellend«, schaffen »die Ausgeglichenheit der Psyche«, »wenn die Angst als unlösbares Problem erscheint«.

Die Rede ist nicht von neuen Segensbringern à la Bhagwan. So charakteristisch in ganzseitigen Anzeigen deutsche Pharma-Firmen ihr »alltagstaugliches Antidepressivum«. Die Manager des Branchenriesen Hoechst können jetzt selbst zugreifen, brachten die letzten Wochen doch einiges an Unruhe, Nervosität, Streß und angstvoller Erwartung. Vergebens warteten sie auf den »Lichtblick am Ende des Tunnels«.

In den hatten sie sich im letzten Jahr selber hinein manövriert. Nachdem sich aus England die Berichte über schwerwiegende Nebenwirkungen durch die Substanz Nomifensin, Bestandteil der Hoechst-Antidepressiva Alival und Psyton, häuften und das Bundesgesundheitsamt den drohenden Zeigefinger hob, versuchte Hoechst noch zu retten, was zu retten war. Mit einem neuen Beipackzettel versuchte man dem Bundesgesundheitsamt (BGA) zuvorzukommen. In diesem wurde auf die in England beobachteten Nebenwirkungen des Nomifensin hingewiesen. Dort waren gehäuft schwere immunologische Reaktionen an den roten Blutkörperchen (hämolytische Anämie) aufgefallen. Nachdem sich in den letzten Wochen auch einige Todesfälle ereigneten und deshalb mit einem Verbot durch das BGA zu rechnen war, zog Hoechst am 21. Januar die Notbremse. Die

Präparate Alival und Psyton wurden vom Markt zurückgezogen. In der »Wichtigen Mitteilung über ein Arzneimittel« heißt es lapidar: »Wir werden uns bemühen, die immunologischen Zusammenhänge aufzuklären.«

Daß die Berichte über bedrohliche Arzneimittelnebenwirkungen wie schon so oft hauptsächlich aus dem Ausland kamen, hat eine plausible Erklärung. Beruht unser Berichtssystem über Arzneimittelnebenwirkungen ausschließlich auf den spontanen Berichten an die »Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft«, so wird in England eine zusätzliche Kontrolle durchgeführt. Sämtliche Verordnungsblätter für neu eingeführte Medikamente werden ausgewertet, die verordnenden Ärzte erhalten einen Vordruck, in dem sie ihre Beobachtungen protokollieren. Die Rücklaufquote ist so hoch, daß eine statistisch relevante Wertung über Wirkung und Nebenwirkung eines Medikaments vorgenommen werden kann.

Beide gehörten nicht zu den »Top Ten«. Qualitativ gesehen wird sich der Rückzug bemerkbar machen, gehörte doch Alival zusammen mit einigen ande-

ren (Ludiomil, Vivalan, Nor-mud) zur Gruppe der chemisch »neuen« Antidepressiva, die sich nach Herstellerangaben gerade durch weniger Nebenwirkungen gegenüber den klassischen, trizyklischen Antidepressiva hervorheben sollten. Das wiederum machte ihren Einsatz gerade bei älteren Patienten interessant, bei denen zum Beispiel Harnverhaltung und grüner Star eine Kontraindikation gegen den Einsatz der trizyklischen Antidepressiva boten. So wundert es nicht, daß die genannten »neuen« Antidepressiva ausnahmslos Alters-, Involution- oder klimakterische Depressionen als Indikationen anführen.

Eine erfreuliche Nebenwirkung des jetzt erfolgten Alival-Rückzuges sollte es sein, in den Reihen der Praktiker, Allgemeinärzte und Internisten den Einsatz der Antidepressiva kritischer abzuwägen. Die Szene ist viele Male authentisch erlebt: »Wie ist denn die Stimmung?« »Schlecht, Herr Doktor.« »Auch schon mal so innere Unruhe?« »Genau, Herr Doktor!« »Schwester, notieren Sie: Alival fünfzig, eins – eins – null!«

Scit dem 21. Januar 86: null – null – null . . . □



Alival gegen die Depression im höheren Lebensalter.

NEU: ALIVAL 100

von Hoechst

Stimmungsaufhellend,
Behutsam antriebsfördernd,

Einfache Dosierung.



DOKUMENTE

Zur Situation der Auszubildenden in der Krankenpflege

Anlässlich der Tarifrunde im öffentlichen Dienst hat die Gewerkschaft ÖTV ihre Argumente denen der Arbeitgeber gegenübergestellt.

Die Arbeitgeber behaupten:

Aufgrund des Krankenpflegegesetzes, das am 1. September 1985 in Kraft getreten ist, wäre der Tarifvertrag, der einen Hinweis auf das Krankenpflegegesetz in der Fassung von 1965 enthält, nicht mehr anwendbar.

Die ÖTV argumentiert:

Der Tarifvertrag gilt auch für Auszubildende, die nach dem 31. 8. 85 ihre Ausbildung begonnen haben. An der Art der Ausbildung hat sich nämlich nichts grundlegendes geändert. Keine Bestimmung des Tarifvertrags widerspricht dem neuen Recht.

Die Arbeitgeber behaupten:

Das neue Krankenpflegegesetz erhöhe die Zahl der theoretischen Unterrichtsstunden von 1200 auf 1600. Dadurch stünden die Auszubildenden eine geringere Zeit als bisher für die praktische Ausbildung – das heißt konkret: für die Arbeit im Krankenhaus – zur Verfügung. Außerdem müsse man mehr Unterrichtsschwestern und -pfleger einstellen, was neue Kosten verursache.

Die ÖTV argumentiert:

Der Gesetzgeber hat mit der gesetzlichen Erhöhung der Zahl der Unterrichtsstunden nur juristisch nachvollzogen, was de facto schon längst Praxis war. Etwa seit Mitte der siebziger Jahre haben die Krankenpflegeschulen im Vorriff die Erhöhung der theoretischen Unterrichtsstunden vollzogen, die durch EG-Richtlinien seit Juli 1979 verbindlich vorgeschrieben sind. Durch das neue Krankenpflegegesetz wurde damit weder am Umfang der praktischen Ausbildung noch an der Zahl der Unterrichtskräfte das geringste geändert.

Die Arbeitgeber behaupten:

Durch einen »verbesserten« Anrechnungsschlüssel der Auszubildenden auf Planstellen des Krankenhauses könnten weniger Azubis auf einer Stelle eingesetzt werden, dafür müßten mehr ausgebildete Kräfte eingestellt werden.

Die ÖTV argumentiert:

Durch die generelle Anrechnung von Auszubildenden auf Planstellen werden Auszubildende zur Arbeitsleistung mißbraucht. Sie sind voll in den Schichtdienst eingebunden, leisten Sonn- und Feiertagsdienste, Nachtdienst, geteilte Dienste (zum Beispiel von 8 bis 11 und von 16 bis 20 Uhr) und stehen oft alleinverantwortlich auf der Station. Ohne Ihre Arbeit ist häufig ein funktionierender Krankenhausbetrieb nicht mehr aufrechtzuerhalten. Im Übrigen ist die Bundesrepublik das einzige europäische Land, das Auszubildende auf Planstellen anrechnet.

Die ÖTV verlangt die Abschaffung dieses Anrechnungsschlüssels und die Einstellung der entsprechenden voll ausgebildeten Kräfte. Bei einem durchschnittlichen Anrechnungsschlüssel von fünf zu eins bei circa 75 000 Auszubildenden können mindestens 15 000 Planstellen nicht mit ausgebildeten Pflegekräften besetzt werden.

Die Arbeitgeber behaupten:

Die kommunalen Arbeitgeber hätten die Ausbildungsstellen in der Zeit von 1977 bis 1984 von etwa 20 000 auf 26 000 erhöht. Damit hätten sie erhebliche Anstrengungen zur Ausweitung des Ausbildungsplatzangebotes unternommen.

Die ÖTV argumentiert:

Die Arbeitgeber unterschlagen, daß sie zuvor Ende der siebziger Jahre das Ausbildungsplatzangebot in den

Krankenhäusern drastisch reduziert hatten. Mit der Wiederausweitung des Angebots an Ausbildungsstellen füllten sie nur die Lücken auf, die entstanden waren. Dem künftigen Bedarf ist damit noch nicht Rechnung getragen. Als wirksame Maßnahme gegen die Jugendarbeitslosigkeit kann man diese Korrektur eigener Fehler nicht betrachten.

Die Arbeitgeber behaupten:

Ab 1. Juli 1987 sollen Ärzte als »Arzt im Praktikum« vor Erteilung der Approbation im Krankenhaus zunächst 18 Monate, später zwei Jahre tätig sein. Die Bundesregierung sieht vor, daß drei Ärzte im Praktikum »kostenneutral« auf eine ärztliche Planstelle eingesetzt werden. Die Arbeitgeber beabsichtigen, dies mit Vergütungs-Kürzungen umzusetzen. Nach ihren Vorstellungen soll ein Arzt künftig 1000 Mark monatlich im ersten und 1150 Mark im zweiten Praktikumsjahr erhalten. Es ginge nicht an, daß Ärzte weniger verdienen als Lernschwestern/Lernpfleger. Deshalb seien die »hohen« Ausbildungsvergütungen im Krankenpflegebereich nicht mehr aufrechtzuerhalten.

Die ÖTV argumentiert:

Ärzte im Krankenhaus, auch die künftigen Ärzte im Praktikum sind Angestellte auf der Basis der Vergütungsbestimmungen für Angestellte und müssen auch entsprechend bezahlt werden. Die Arbeitgeber können nicht mit dem willkürlichen Bruch einer tarifvertraglichen Regelung den ebenso willkürlichen Bruch einer anderen rechtfertigen. Im Übrigen bestätigt dieses Arbeitgebervorgehen nur die Berechtigung des ÖTV-Arguments: Wehret den Anfängen.

Die Arbeitgeber behaupten:

Die Kürzung der Ausbildungsvergütungen führe zu Kostenersparnissen im Krankenhaus.

Die ÖTV argumentiert:

Bei Durchführung der Kürzungen nach den Arbeitgeber-Richtlinien würde der Einspar-Effekt nur 0,003 Prozent des Krankenkassehaufkommens betragen (eine Gesamteinsparung von rund 25 000 000 Mark). Ein kleines Beispiel dagegen: Allein die wissenschaftlich umstrittene Digitalis-Therapie kostet die Kassen jährlich circa 220 000 000 Mark an die Pharma-Industrie. Allein die Behandlung mit diesem Medikament erfordert etwa das Zehnfache dessen an Ausgaben, was an Einsparungen durch die Kürzung der Ausbildungsvergütungen erzielt würde.

Die Arbeitgeber behaupten:

Es gebe keine Rechtfertigung für unterschiedliche Ausbildungsvergütungen im öffentlichen Dienst. Deshalb müßten die Ausbildungsvergütungen in der Krankenpflege nach unten »korrigiert« werden.

Die ÖTV argumentiert:

Die Auszubildenden in Berufen des öffentlichen Dienstes werden unter grundsätzlich anderen Bedingungen wie die Auszubildenden im Krankenhausbereich ausgebildet. Sie werden nicht auf Planstellen angerechnet, müssen damit auch nicht Personal ersetzen. Außerdem müssen Lernschwestern/Lernpfleger wegen der zentralen Lage der Krankenpflegeschulen oft fern vom Elternhaus ihre Ausbildung absolvieren, was für sie Kosten verursacht.

Bei Abzug der monatlichen festen Ausgaben und Abzüge verbleiben einem Auszubildenden im zweiten Ausbildungsjahr Nettobeträge, die zur Deckung des Lebensunterhaltes auf keinen Fall ausreichen.

Berechnungsbeispiel:

Die Ausbildungsvergütungen in der Krankenpflege betragen nach geltendem Tarifvertrag:
im ersten Ausbildungsjahr 879,75 Mark
im zweiten Ausbildungsjahr 984,94 Mark und

im dritten Ausbildungsjahr 1157,64 Mark.

Ein Auszubildender im zweiten Ausbildungsjahr mit 984,49 Mark brutto hat nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung netto 739,23 Mark.

Die von den Arbeitgebern per Richtlinie einseitig geplanten Kürzungen der Ausbildungsvergütungen würde bedeuten, daß die Auszubildenden:

im ersten Ausbildungsjahr 591,09 Mark (Kürzung um 288,66 Mark)

im zweiten Ausbildungsjahr 658,17 Mark (Kürzung um 326,32 Mark)

im dritten Ausbildungsjahr 724,22 Mark (Kürzung um 433,42 Mark)

bekommen sollen.

Bei 658,17 Mark brutto im zweiten Ausbildungsjahr würden nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungen netto 532,98 Mark verbleiben.

Auszubildende in Hamburg haben errechnet, daß sie monatlich berufsbedingte Ausgaben von 514 Mark haben, nämlich:

Für das Wohnheim: 307 Mark

für Teilverpflegung im Krankenhaus: 136,80 Mark

für Sanitärschuhe, hygienische Mittel, Fahrgeld nach Hause und für Lemmittel 170,20 Mark.

Damit können die Auszubildenden – neben den berufsbedingten Ausgaben – kaum noch den Kauf einer Zeitung täglich bestreiten.

Die in dem Arbeitgeber-Angebot vom 16. Januar 1986 enthaltenen neuen Kürzungsbeträge sind keine Verbesserungen. Die Auszubildenden sollen immer noch zwischen 15,6 und 18,4 Prozent weniger erhalten. Berücksichtigt man die Laufzeit von 40 bis 42 Monaten, so kann sich mit dieser Lohnpause die Kürzung stärker auswirken als die bisher schon beabsichtigten Kürzungen von bis zu 37 Prozent.

Die Arbeitgeber wollen die Auszubildenden zwangsverpflichten, in den entsprechenden Wohnheimen bei den Krankenhäusern zu wohnen. Das heißt, daß Auszubildende zusätzlich zu ihren sonstigen Lebenshaltungskosten zum Beispiel für ein Zimmer im Wohnheim mit 23 qm, Dusche und Toilette, ohne Kochgelegenheit, 212,29 Mark zu zahlen hätten. Für größere und besser ausgestattete Zimmer sogar über 300 Mark. Außerdem müssen sie bei 25 Tagen Vollverpflegung im Krankenhaus im Schnitt 190 Mark bezahlen.

Ab dem zweiten Ausbildungsjahr sind auch Nachtdienste zu leisten. An Wochenenden und Feiertagen fallen meist geteilte Dienste an. Dies bedeutet viermal Wegeaufwand (Zeit und Kosten) an einem Tag.

Weitere Argumente:

Nach der Statistik vom 31. 12. 1983 stehen 227 973 ausgebildete Krankenpflegekräfte 140 930 nichtausgebildete Pflegekräfte gegenüber.

Davon sind:

75 366 Auszubildende

27 593 Krankenpflegehilfen

37 971 Pflegehilfen ohne Ausbildung.

Sie müssen beaufsichtigt, angeleitet und ausgebildet werden.

Der Ausbildungsberuf im Krankenpflegebereich ist ein hochqualifizierter Beruf, der insbesondere für Frauen in Frage kommt. Etwa 80 Prozent aller Krankenpflegekräfte sind weiblich. Durch Kürzungen der Ausbildungsvergütung werden insbesondere die beruflichen Chancen von Frauen beschränkt, die oft aus einer minderqualifizierten Tätigkeit in eine qualifiziertere, zum Beispiel als Krankenschwester, wechseln wollen.

Ansätze humaner Patientenversorgung

Von Hilde Steppe

Die Leiterin der Krankenpflegeschule des DGB in Frankfurt schrieb diesen Beitrag zu Situation und Perspektiven des Pflegeberufs für einen jüngst erschienenen Sammelband: »Gesundheit ist keine Ware«.

Die Krankenpflege ist heute ein staatlich anerkannter Ausbildungsberuf, der mit ca. 250 000 Personen die größte Berufsgruppe der Beschäftigten im Gesundheitswesen bildet.

Eine gute Basis für berufspolitische Stärke und Durchsetzungskraft, so könnte man meinen, jedoch leider weit gefehlt!

Die Krankenpflege hat auch heute noch die größten Probleme, sich als abhängige Arbeit, die unter bestimmten gesellschaftlichen Bedingungen gefordert und geleistet wird, zu begreifen. Es wird immer noch für ein bisschen unpassend gehalten, außerhalb gewerkschaftlicher Kreise von Arbeitsbedingungen, Lohnerhöhung, Arbeitszeitverkürzung oder Kampfmaßnahmen zu reden. Diese tiefzündende Abneigung und Ignorierung von beruflichen Aspekten und konkreten Bedingungen der realen Arbeitswelt läßt sich nur historisch erklären.

Historische Wurzeln

Die freiberufliche Krankenpflege heute hat ihre Wurzeln im 19. Jahrhundert, als der bürgerliche Frauenberuf Krankenpflege aus der Taufe gehoben wurde von Männern, vornehmlich Ärzten, versteht sich. Die proletarischen Lohnwärterinnen und Lohnwärter, die schon seit Jahrhunderten gegen Geld Kranke gewarnt haben, werden nicht als die eigentlichen Ahnen des Berufs gesehen, sondern ihr Wirken wird in gängigen Lehrbüchern als die »dunkle Zeit der Krankenpflege« abgetan. Hell wurde es erst, als die besseren Schichten, die bürgerlichen Frauen nämlich, sich dieses dunklen Bereichs annahmen und ihn mit soviel Demut, Aufopferung und Selbstlosigkeit anfüllten, daß für berufliche Aspekte fast kein Raum mehr blieb.

Diese totale Vermischung von idealistischen und geschlechtsspezifischen Zuschreibungen mit der Notwendigkeit fachlicher Kompetenz, die durch die rasante Entwicklung der Medizin notwendig wurde, führte zu einer fast unglaublichen Ausbeutung derer, die Krankenpflege ausübten.

Inhaltlich wurde die Krankenpflege durch diese Entwicklung ausschließlich um die Bedürfnisse des Patienten herum gestaltet, Bedürfnisse der Mitarbeiter hatten sich diesem Prinzip strikt unterzuordnen. Die ideologische Verbrämung der harten krankenpflegerischen Arbeit verunmöglichte vor allem eine Solidarisierung mit der Arbeiterbewegung, der sich im Gesundheitswesen zuerst auch ganz folgerichtig fast nur die Männer anschlossen, die den Anspruch des selbstlosen Dienens, weit nur den Frauen zugeschrieben, nicht erfüllen mußten.

Erst nach der Revolution von 1919 konnten erste Arbeitnehmerrechte (Tarifverträge z.B.) in der Krankenpflege durchgesetzt werden. Sie sind allesamt auf die dann erstarkende gewerkschaftliche Organisation zurückzuführen, die von den anderen Verbänden, trotz mancher gleicher Forderungen, oftmals als »sozialistische Umtreibe« geächtet wurden.

Gleichrangigkeit von Mitarbeiter- und Patientenbedürfnissen

Auch wenn heute der Berufsfundungsprozeß für die Krankenpflege abgeschlossen scheint, ist noch viel von diesen alten Zuschreibungen erhalten. Für die meisten in der Krankenpflege Tätigen gibt es zwar keinen Zweifel mehr daran, daß sie Arbeitnehmer sind; die absolute Notwendigkeit der Gleichrangigkeit von Mitarbeiter- und Patientenbedürfnissen wird aber auch heute oftmals noch nicht gesehen.

Dabei liegt es eigentlich auf der Hand, daß nur humane Arbeitsbedingungen eine humane Patientenbetreuung erlauben. Überarbeitetes, abgehetztes, unterbezahltes Pflegepersonal kann nicht Humanität und Fürsorge produzie-

ren. Die starre Hierarchie in den meisten Krankenhäusern verhindert Flexibilität an der Basis, weil sie die Beschäftigten zu reihen Ausführungsorganen degradiert. Die arbeitsteilige und in unzähligen Spezialisten aufgesplittete Gesundheitsversorgung verstellt zwangsläufig für den einzelnen Beschäftigten den Blick auf Zusammenhänge und Ganzheitlichkeit.

Eine wahrlich antiquierte Personalbemessung aus dem Jahr 1969 führt im Pflegebereich zu chronischem Personalmangel trotz voll besetztem Stellenplan, da die Berechnungsgrundlage sich nicht an den Bedürfnissen der Patienten oder Mitarbeiter orientiert. Rationalisierungsmaßnahmen der letzten Jahre, die sich auch in Stellenkürzungen ausdrücken, verdichten die Arbeit zusätzlich. Die immer kürzer werdende Verweildauer der Patienten im Krankenhaus erhöht die Arbeitsbelastung durch den ständigen Wechsel und die damit verbundenen administrativen Aufgaben, die zum großen Teil vom Pflegepersonal zu leisten sind. Die zunehmende Technisierung und Computerisierung der Medizin zieht die Krankenpflege automatisch mit sich, und gleichzeitig bleibt die Verantwortung für Zuwendung, Menschlichkeit und Fürsorge weiterhin überwiegend beim Pflegepersonal, als ob eine einzelne Berufsgruppe das garantieren könnte, was das System gar nicht mehr zuläßt.

Und doch werden gerade jetzt neue Ansätze in der Pflegeorganisation diskutiert, neue Wege vorgeschlagen und teilweise beschritten. Vielleicht sind sie gerade ein Resultat der immer mehr sich entfernenden beruflichen Realität von dem, was Krankenpflege sein könnte und wie sie Spaß macht.

Die Patientenorientierung wird in den letzten Jahren verstärkt gefordert, sie ist geradezu zum Schlagwort geworden für gute Krankenpflege. Doch wenn man die vielen Veröffentlichungen der letzten Jahre aufmerksam verfolgt, so haben die meisten eines gemeinsam das Aussparen der Arbeitsbedingungen dener, die diese Pflege durchführen sollen. Und damit sind sie oft nichts anderes als ein Aufguß der alten Selbstlosigkeit im neuen Gewande. Das einzige Modell, das beide Aspekte vereinen kann, ist der Pflegeprozeß, wie er von Meier et al. (Meier/Fiechter: Pflegeplanung, Basel 1981) beschrieben wird.

Krankenpflege nach dem Pflegeprozeß

Krankenpflege nach dem Pflegeprozeß bedeutet, die Pflege als Beziehungs- und Problemlösungsprozeß zu betrachten, den Beschäftigten und den Patienten als gleichrangige Partner zu sehen. Die Beziehung, die sich zwischen beiden entwickelt, ist ein wichtiges therapeutisches Element, das die Qualität der Pflege entscheidend bestimmt. Krankenpflege nach dem Pflegeprozeß ist nicht mehr beliebiges oder symptombestimmtes Handeln nach starren, tätigkeitsorientierten Regeln, sondern individuelles und flexibles Lösen von pflegerischen Problemen mit dem Patienten. Der Pflegeprozeß verläuft in mehreren Stufen:

1. Informationssammlung

Der erste Schritt behält die persönliche Kontaktaufnahme mit dem Patienten. Um eine der Situation des Patienten angemessene Pflege anbieten zu können, ist es notwendig, einiges über ihn zu wissen. Pflegerelevante Daten, also Vorleben, Besonderheiten, Erfahrungen, Anneigungen, Behinderungen und die Bedeutung der Krankheit im Lebenskontext des Patienten sind notwendige Informationen, um eine pflegerische Betreuung festzulegen.

2. Bestimmung der Probleme und Ressourcen

Auf der Basis der Informationen werden im zweiten Schritt des Pflegeprozesses sowohl die derzeitigen pflegerischen Probleme als auch seine aktiven Möglichkeiten bestimmt. Damit wird ganz konsequent an den gesunden Anteilen des Patienten angesetzt und ein ausschließlich reaktives Verhalten verhindert.

3. Pflegeziele

Aus der Problem- und Ressourcenbestimmung werden gemeinsam mit dem Patienten die Pflegeziele entwickelt. Sie beschreiben möglichst präzise den Zustand, den der Patient durch seine Mitarbeit und die Pflege erreichen soll. Pflegeziele sollten realistisch, konkret und überprüfbar sein, um die Transparenz für alle Beteiligten zu garantieren.

4. Pflegeplan

Die Konkretisierung der Pflegeziele geschieht mittels des Pflegeplans, der die einzelnen pflegerischen Verrichtungen im arbeitsablauforganisatorischen Kontext regelt. Aus der Fülle pflegerischer Möglichkeiten werden diejenigen ausgewählt, die der Situation des Patienten entsprechen.

5. Durchführung der Pflege

6. Bewertung und Reflexion der Pflege

Nach der Durchführung der im Pflegeplan entwickelten Handlungsalitäte wird die Pflege im Pflegebericht festgehalten und damit für alle Beteiligten transparent. Die Zielerreichung oder evtl. notwendige Änderungen im pflegerischen Ablauf werden dadurch deutlich.

Der gesamte Pflegeprozeß ist nicht als statres, unbewegliches Gebilde anzusehen, sondern als dynamisches und flexibles Instrument, der Individualität mit Systematik und Planbarkeit verbindet. Zum Selbstzweck gewordene Pflegepläne entsprechen nicht den Grundprinzipien des Pflegeprozesses.

Der Pflegeprozeß als Basis pflegerischen Handelns verändert jedoch nicht nur die Pflege selbst, sondern hat auch enorme Auswirkungen auf die organisatorischen und strukturellen Bedingungen. Er ist von der Anlage her das erste wirklich demokratische Modell, das dem Patienten Mitbestimmung garantiert und dem Pflegepersonal weitestgehende Autonomie ermöglicht. Konsequent angewendet, verändert er die starren hierarchischen Arbeitsbeziehungen im Krankenhaus. Da die Kompetenz für die Pflege bei der Person liegt, die mit dem Patienten gemeinsam die Pflegeplanung erstellt, werden viele der bislang üblichen Kontrollmechanismen unbrauchbar. Der Erfolg pflegerische Arbeit kann nicht mehr an einzelnen Tätigkeiten festgemacht werden, da diese nur im Zusammenhang mit einem bestimmten Patienten zu sehen sind. Die Entscheidung, was wann und wie gemacht wird, liegt bei der einzelnen, für die Pflege zuständigen Person und beim Patienten und nicht mehr bei der Stationsleitung oder beim Arzt.

Damit wird dem »an der Basis« Tätigen ein weitreichender Entscheidungs- und Handlungsspielraum eingeräumt, ist er auch die Kontakterson zu den Angehörigen und den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus. Der Arbeitsbereich als solcher wird überschaubar, weil am Patienten und nicht an Betriebsabläufen orientiert. Prioritäten werden dadurch nicht mehr fremdbestimmt. Konsequenterweise müßte die Anwendung der Prinzipien des Pflegeprozesses auch eine Veränderung des Führungsvorhabens nach sich ziehen. Die hierarchischen Ebenen, sauber und starr in einzelne Kompetenzbereiche abgetrennt, werden nun buchstäblich »quer« versetzt, indem sich quasi zum erstenmal »teilautonome Zellen« bilden, die einer rigid Kontrolle entzogen sind. Demokratische und dezentralisierte Führungsstrukturen sind die logische Folge verändelter Pflege. Durch die Dezentralisierung und Verselbständigung pflegerischer Kompetenz direkt am Patienten bekommt das pflegerische Team eine andere Bedeutung als bisher. Teambesprechungen zum Austausch und zur Erarbeitung gemeinsamer Strategien bilden das Verbindungsglied zwischen den Kolleginnen und Kollegen. Pflegevisiten dienen der Offenlegung pflegerischer Entscheidungen und machen Pflege diskutierbar. Anweisungsorientierte Zusammensetzung, in denen Aufträge oder Einzelarbeiten verteilt werden, sind bei ganzheitlicher Pflege nach dem Pflegeprozeß sinnlos, denn sie widersprechen grundsätzlich dem Charakter dieses Modells. Auf gleichberechtigter Ebene können allen gemeinsame Probleme oder Konflikte viel konstruktiver gelöst werden.

Ablauforganisatorisch erfordert der Pflegeprozeß das ganzheitliche Pflegesystem, in dem jeweils eine oder mehrere Kollegen, auch mit unterschiedlicher Qualifikation (z.B. Auszubildende), »ganz« verantwortlich sind für eine Gruppe von Patienten. Die Kompetenz für die Einteilung der Arbeit liegt jeweils in der Person oder Gruppe selbst und bedeutet damit eine größere Selbstständigkeit auch unter den vorgegebenen institutionellen Bedingungen.

Die ganzheitliche Aufteilung der Arbeit bedeutet eben nicht automatisch, daß die Krankenpflege wieder alles für den Patienten tut, was er vielleicht schon lange selbst tun könnte, sondern gerade auf der Basis der individuellen Planung werden erst Freiräume und Möglichkeiten sichtbar, die genutzt werden können.

Die Wichtigkeit von administrativen oder rein zuarbeitenden Tätigkeiten schwindet rapide, wenn auch sie nur noch vom Patienten her bestimmt werden. Alle übergreifenden, patientenfernen Arbeiten können im Rotationsverfahren von allen Kolleginnen und Kollegen abwechselnd wahrgenommen werden, was sowohl Informationsmonopole als auch Monotonie verhindert. Im Grunde bedeutet diese strukturelle Veränderung eine Umdeutung dessen, was bislang immer als Schwäche der Pflegeberufe angesehen wird. Das diffuse, körperliche, unfaßbare, Nicht-Meßbare wird dann zur Stärke, wenn genau dieser Anteil des Berufs als Ausgangspunkt der Arbeit begriﬀen wird. Es ergibt sich damit sozusagen fast von selbst, daß für viele Arbeiten genügend Zeit zur Verfügung gestellt werden muß, daß die Einteilung innerhalb der Arbeitszeit von den Beschäftigten selbst vorgenommen wird. Eine totale Vereinigung der Person, die oft als Gefahr der ganzheitlichen Pflege gesehen wird, ist nur dann zu erwarten, wenn die Kolleginnen und Kollegen dem alten Anspruch der »Selbstaufgabe« erlegen, sie ist strukturell nicht immovable.

Die Ganzheitspflege nach dem Pflegeprozeß ermöglicht, bessere Arbeitsbedingungen von der *inhaltlichen* Bestimmung der Arbeit her zu erreichen. Über diesen Aspekt hinweg wird eine Solidarisierung für die Durchsetzung gemeinsamer Interessen leichter zu erreichen sein auf der Basis weitestgehender beruflicher Selbstbestimmung.

Die gegenwärtige Personalbemessung wird oft als das wichtigste Hindernis zur Umsetzung ganzheitlicher Pflege gesehen. Es ist Realität, daß die derzeitige Personalbemessung keinerlei psychosoziale Elemente beinhaltet, sondern sich ausschließlich an Tätigkeiten orientiert. Je doch scheint es wahrscheinlich, daß die Durchsetzung von Forderungen nach angemessener Personalbesetzung kraftvoller ist, wenn sie konsequent an den Bedürfnissen der Beteiligten ansetzt. Mit zu wenig Personal kann auch keine gute arbeitsteilige oder funktionelle Pflege gemacht werden. Forderungen auf der Basis von ganzheitlicher und demokratischer Organisation sind logischer und bilden damit vielleicht eine bessere Basis als bisher, wo sich Forderungen oft im Lamentieren über die schlechte Situation im allgemeinen verlieren.

Krankenpflege ist abhängige Arbeit

Über eines muß man sich trotzdem im klaren sein: Die rein zeitlichen Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege sind schlecht und werden schlecht bleiben. Schichtdienst und Nachtdienst werden als Arbeitszeitform bleiben, weil die Versorgung der Patienten über 24 Stunden gesichert sein muß. Dieser Anteil der Arbeitsbedingungen ist über eine finanzielle Aufwertung der ungünstigen Arbeitszeiten nur minimal auszugleichen. Es wäre auch denkbar, daß vom arbeitsmedizinischen Standpunkt her bekanntmaßen krankmachende Arbeitszeiten durch erhöhten Freizeitausgleich wenigstens andeutungsweise ausgeglichen werden. Hier sollten sich die Pflegeberufe endlich solidarisieren mit allen anderen Kollegen, die unter ähnlichen Bedingungen arbeiten, und nicht ihre Situation in klassisch berufsständischer Manier für unvergleichbar halten und sich mit minimalen Zuschlägen begnügen.

Arbeitszeitverkürzung ist hier die sinnvollste Forderung, die natürlich mit einer entsprechenden Personalerhöhung einhergehen muß.

Das Krankenhaus als Stätte der Humanität birgt eine Menge inhumaner Bedingungen für die Beschäftigten. Eine offensive Konfrontation der Öffentlichkeit mit den Realitäten könnte vielleicht doch manches verändern, sobald die Krankenpflege endlich bereit ist, daß sie nur auf der Basis von guten Arbeitsbedingungen gute Pflege leisten kann. Das bedeutet aber, daß die Krankenpflege sich nicht wieder klaglos und stumm die Last der Humanität auf ihre Schultern lädt, sondern daß sie deutlich und hörbar ihre Interessen als Beschäftigte vertreten in ihrem eigenen Interesse und im Interesse der Patienten.

Die Krankenpflege sollte endlich akzeptieren, daß sie Arbeit leistet, abhängige Arbeit unter ganz bestimmten gesellschaftlichen Bedingungen, und daß sie bereit ist, gute Arbeit zu leisten, wenn diese Bedingungen akzeptabel sind. Die gewerkschaftlich organisierten Kolleginnen und Kollegen müssen genau diesen Zusammenhang deutlich machen, nämlich daß die inhaltliche Qualität der pflegerischen Arbeit so gut ist wie die Bedingungen, unter denen sie stattfindet.

Zusammenfassend ergeben sich also folgende Forderungen:

- mehr Selbstbestimmung und berufliche Autonomie für die Pflegeberufe durch ganzheitliche Pflegeorganisation
- demokratische Strukturen in der Pflege durch die Anwendung der Prinzipien des Pflegeprozesses
- Auflösung starrer hierarchischer Formen durch Mitbestimmung auf allen Ebenen in inhaltlichen und organisatorischen Belangen
- Dezentralisierung von Entscheidungskompetenzen zugunsten kleinerer, überschaubarer Einheiten
- Personalbemessung orientiert am Patienten und nicht am Betrieb
- Ausgleich für ungünstige Arbeitszeiten durch mehr Freizeit und bessere Vergütung
- Auflösung aller Sonderbestimmungen für die Krankenpflege im arbeitsrechtlichen Bereich (z.B. Arbeitszeitregelungen, die ungünstiger sind als für andere Arbeitnehmer)
- langfristige Auflösung des speziellen Kr.-Tarifs und Überführung der Pflegeberufe in den BAT-Tarif zur besseren Vergleichbarkeit mit anderen Berufen
- Anerkennung der inhaltlichen Bestimmung der Krankenpflege als ganzheitliche Versorgung des Patienten in Ausbildung und Berufsalltag zur Vermeidung der überproportionalen emotionalen Ausbeutung einer Berufsgruppe
- Anerkennung der Notwendigkeit kontinuierlicher Fortbildung, Teambesprechungen, Supervision etc. in der Arbeitszeit
- Gleichrangigkeit aller Gesundheitsberufe zur Schaffung eines echten Teams, um die komplexen Aufgaben des Gesundheitswesens in der Zukunft kooperativ lösen zu können.

Der Aufsatz erschien in dem Band »Gesundheit ist keine Ware«, hg. von Ulrike Peretzki-Leid u.a., Hamburg 1986, VSA-Verlag. Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Verlags.

Alternativen und Veränderungspotentiale in der Gesundheitspolitik

Von Walter Baumann und Klaus Priester

**Der Beitrag erschien zuerst in
»Marxistische Studien«, Jahrbuch des
IMSF, Band 9 (1985).**

I. Probleme

1. Die in den letzten hundert Jahren eingetretene Verdoppelung der Lebenserwartung Neugeborener, die gemeinhin als Indiz für eine erfolgreiche Gesundheitspolitik gewertet wird, ist im wesentlichen auf die erfolgreiche Bekämpfung der Infektionskrankheiten als Todesursachen im frühen Alter zurückzuführen. Indessen haben der medizinisch-technische Fortschritt und der in diesem Jahrhundert erfolgte rasante Ausbau der kurativen (behandelnden) medizinischen Versorgungssystemen an dieser Entwicklung nur einen geringen Anteil. Es waren in erster Linie allgemein-präventive und prophylaktische hygienische Maßnahmen sowie (von der Arbeiterbewegung erkämpfte) Verbesserungen der Lebens-, Arbeits-, Ernährungs- und Wohnbedingungen, die den Rückgang der Sterblichkeit bewirkt haben. Etwa parallel zur Zurückdrängung der Infektionskrankheiten als Todesursachen haben einige wenige chronisch-degenerative Krankheitsbilder an Bedeutung gewonnen: In der Bundesrepublik machen gegenwärtig die Kreislauferkrankungen (51 Prozent), die bösartigen Neubildungen (Krebs; 22 Prozent), Krankheiten der Atmungsorgane (6 Prozent), der Verdauungsorgane (5 Prozent), Unfälle (4 Prozent) und Selbstmorde (2 Prozent) allein neun Zehntel aller Todesursachen aus.

Fast allen diesen Krankheiten und Todesursachen ist gemeinsam, daß sie eine lange, z.T. sich über Jahrzehnte erstreckende Entwicklungszeit haben; daß sie vom kreativ ausgerichteten medizinischen Versorgungssystem entweder nicht verhindert (Unfälle, Selbstmord) oder nicht mehr geheilt, allenfalls noch in ihren Folgen abge-

mildert werden können; daß sie sich, lange bevor sie in ihr akutes Stadium treten, durch die unterschiedlichsten unspezifischen Befindlichkeitsstörungen und, im Hinblick auf ihre Ursachen, häufig nur schwer diagnostizierbare Symptome äußern; daß ihre Ursachen keine isolierten Einzelerreger, sondern daß sie multifaktoriell (durch Ursachenbündel) bedingt sind, unter denen Einfluß aus dem Lebens-, Umwelt-, Wohn-, Arbeits- und Ernährungsbedingungen allein oder gekoppelt mit bestimmten individuellen Verhaltens- und Bewältigungsmustern die dominierende Rolle spielen; daß sie schließlich fast durchgängig gehäuft in den unteren sozialen Klassen und Schichten sowie bestimmten Berufsgruppen bzw. spezifischen Berufs- und Belastungsbiographien auftreten, was auf die auch die Gesundheits- und Überlebenschancen prägende Leitfunktion des Lohnabhängigkeitssatus und der konkreten Arbeits- und Produktionsbedingungen hinweist.

2. Bereits diese wenigen epidemiologischen Befunde legen nahe, daß unter den Verhältnissen der Bundesrepublik eine Gesundheitspolitik den größten volksgesundheitlichen (und wahrscheinlich auch ökonomischen) Nutzen hätte, die auf eine *lebenslagen-spezifische Strategie der Risikobegrenzung und -ausschaltung* im Sinne gezielter, vorwiegend präventiver *Bekämpfung der wichtigsten Todesursachen und Massenerkrankungen* orientiert wäre. Eine derart konzipierte Gesundheitspolitik greift über den Rahmen des Gesundheitswesens im engeren Sinne hinaus, zumal die meisten präventiven Eingriffe außerhalb des medizinischen Versorgungssystems zu erfolgen hätten (Umwelt-, Verkehrs-, Städtebau- und Wohnungs-, Arbeitspolitik). Traditionell leidet die Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik aber unter dem Mangel, weitestgehend als *Krankenversorgungspolitik* (statt *Gesundheitssicherungspolitik*) mit kurativer Verengung verstanden zu werden. Die Ursachen hierfür

liegen u.a. in einem *reduktionistischen Selbstverständnis der modernen Medizin* begründet, das die Menschen auf einzelne Organe oder Organgruppen, Symptome und Altersgruppen reduziert. So bleiben die sozialen Krankheitsursachen außerhalb der medizinischen Betrachtung, aber ihre Folgen (Krankheiten, Befindlichkeitsstörungen) werden medikaliert (z.B. Arbeitslosigkeit, Alkoholismus, Psychiatrisierung; Arbeits- und Umweltstress, Befindlichkeitsstörungen, Pharmakotherapie, Magengeschwür, Operation usw.).

Der »Bedarf an Gesundheitsleistungen« wird zusehends durch die diagnostischen und therapeutischen Angebote von Ärzten, pharmazeutischer und Medizingeräteindustrie definiert, wobei die weitreichenden Möglichkeiten der niedergelassenen Ärzte, ihre Einkommen durch die Menge der erbrachten Leistungen zu steuern (»Therapiefreiheit«), die zentralen Hebel sind. Diese Konstruktion – eine weitgehend private Leistungserbringung bei gesellschaftlicher Finanzierung dieser Leistungen durch das Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung – führt quasi naturwüchsig zu völlig überhöhten Kosten der Gesundheitsversorgung bei zudem zweifelhaften volksgesundheitlichem (aber in unterschiedlichem Umfang fraglos vorhandenem individuellem) Nutzen. Je »tiefer« der Patient in das Versorgungssystem eindringt (Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus usw.), desto geringer wird sein Einfluß auf die Beurteilung der Notwendigkeit therapeutischer Leistungen, ihres Nutzens und selbst auf ihre Gewährung. Gleichzeitig werden zusehends *iatrogene* (vom Arzt ausgehende negative) Wirkungen der kurativen Medizin sichtbar: die gesundheitlichen Risiken diagnostischer und therapeutischer Methoden, deren Nutzen umstritten oder gering ist, die hohen individuellen Schäden und gesellschaftlichen Kosten des Arzneimittelkonsums usw.

Einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung im Wege stehen außerdem zahlreiche weitere *strukturelle Defizite* im Gesundheitswesen: die trotz einer im internationalen Maßstab hohen Arzt- und Krankenhausdichte in der Bundesrepublik immer noch existierenden Ungleichgewichte in der Verteilung von Arztsitzen, Krankenhausbetten und sonstigen Versorgungs- und Betreuungseinrichtungen, die scharfe Trennung von ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen, eine generell unterentwickelte intersektorale und interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb des Gesundheitswesens sowie zwischen Einrichtungen des Gesundheitswesens und anderen Bereichen (z.B. Sozialverwaltungen und -einrichtungen).

Die offenkundige *mangelnde Effektivität und Effizienz* des Gesundheitswesens ist trotz Existenz zahlreicher koordinierender und mit der Steuerung von Versorgungsaufgaben betrauter Gremien (von der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen über die Krankenkasen bis zu den Kassenärztlichen Vereinigungen) insgesamt wesentlich durch mangelhafte gesellschaftliche Planung im Bereich des Gesundheitssicherung und Krankenhausversorgung bedingt.

Zudem werden sich in den nächsten Jahrzehnten aufgrund demographischer und soziokultureller Veränderungen einige der genannten *Probleme in neue Dimensionen* stellen: Beispielhaft erwähnt sei die Zunahme des Anteils älterer, chronisch kranker, invalidisierter und pflegebedürftiger Menschen bei gleichzeitigem (wahrscheinlichem) Rückgang familiärer und verwandschaftlicher Betreuungskapazitäten (Zunahme der Einpersonenhaushalte, Rückgang der Kinderzahl, Zunahme der Frauen- und Müttererwerbstätigkeit usw.). Aber auch das Gesundheitswesen wird bei insbesondere in den nächsten Jahren rapide steigenden Zahlen ausgebildeter Ärzte, bei weiter forciertem Technisierung und angebotsinduzierter Expansion im Dienstleistungs- und Sachleistungsbereich eine Reihe selbst erzeugter Probleme verschärfen. Somit erfordern auch die Versuche der politischen Regulierung der schon jetzt absehbaren Entwicklungen weitaus stärker als bislang von sich aus grundlegende strukturelle Veränderungen, also einen *Umbau des Systems der Gesundheitssicherung* insgesamt: Damit wachsen bei unterstellten Verschiebungen im politischen Kräfteverhältnis auch prinzipiell die Chancen zur Durchsetzung fortschrittlicher Alternativen.

II. Alternativen

3. Wenn als Leitgedanke eines fortschrittlichen gesundheitspolitischen Konzepts formuliert wird, ein Höchstmaß an Gesundheit für die gesamte Bevölkerung nicht nur zu erreichen, sondern auch dauerhaft zu sichern, dies wird im übrigen auch durch die programmatische Lösung der UNO-Weltgesundheitsorganisation »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« impliziert, dann bedeutet dies in erster Linie die Orientierung auf *Bedarfsgerechtigkeit, maximalen volksgesundheitlichen Nutzen und Bedürfnisbefriedigung*. Gesundheitssicherung wäre als gesamtgesellschaftliches Problem zu definieren. Hieraus folgt, daß sie nicht auf das Gesundheitswesen der bewältigend-kurativen Eingriffe beschränkt werden kann, sondern Ort und Bedingungen der Entstehung von Gesundheitsschäden berücksichtigen muß. Auf dem Weg zu grundlegenden Strukturreformen im Gesundheitssektor werden zahlreiche Zwischenschritte wahrscheinlich sein. Insofern sind die nachfolgenden Veränderungsvorstellungen auf eine zeitliche Perspektive von 10 bis 20 Jahren angelegt und können allenfalls als Wegmarkierungen gelten. Zusammengefaßt können die hier skizzierten fortschrittlichen gesundheitspolitischen Alternativen als *Orientierung auf Prävention, Planung, Demokratisierung und Integration des Gesundheitswesens mit Stoßrichtung gegen die Interessen des medizinisch-industriellen Komplexes* bezeichnet werden. Sie zielen auf Verallgemeinerung und Ausbau sozialpolitischer Schutzfunktionen bei gleichzeitiger Aufwertung gesundheitlicher und gesundheitspolitischer Handlungskompetenzen der Bevölkerung.

4. Als wichtigste Felder der Veränderung werden angesesehen:

- Im sozialen Sicherungssystem der Bundesrepublik klaffen nach wie vor Versorgungslücken. Dringend erforderlich sind Leistungsausweiterungen beinhaltende sozialrechtliche Verbesserungen zur Sicherung bei Pflegebedürftigkeit insbesondere im Alter, bei Invalidität ab Geburt, bei Invalidität der Hausfrau mit Kindern (deren Betreuung nicht abgedeckt ist), bei Krankheit der Mutter (Haushaltshilfe), bei Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen. Ausgeweitet werden müßten

ferner die versicherungsrechtlichen Grundlagen bestimmter präventiv-prophylaktischer Maßnahmen (z.B. zahnärztliche Prophylaxe und Schwangerenuntersuchungen) sowie generell die soziale Sicherung der Ausländer in der Bundesrepublik. Die finale Orientierung müßte gegenüber dem geltenden Kausitätsprinzip in der Leistungsgewährung ausgebaut werden. Hier könnte die langfristige *Einführung einer Einheitsversicherung* zumindest durch die Integration von Unfall-, Kranken- und Teilen der Rentenversicherung Abhilfe schaffen. In jedem Fall sollte durch den Zusammenschluß der verschiedenen Versicherungsträger die Differenzierung zwischen Sozialbetreuung und Krankenversorgung, die genau die genannten Lücken schafft, aufgehoben werden.

- Insbesondere die künftige Stärke des präventiven Standbeins der Einheitsversicherung wird davon abhängen, inwieweit sich der *öffentliche Gesundheitsdienst* wieder stärker als gegenwärtig in diesem Sektor engagiert. Da in ihrer Bedeutung in den letzten Jahrzehnten systematisch beschmittenen kommunalen und staatlichen Gesundheits-, Gewerbeaufsichts- sowie die Sozialämter könnten als im Prinzip dezentrale und bevölkerungsnahe Einrichtungen, mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet, auf vielen Gebieten der Primärprävention tätig werden: im Umweltschutz (Schadstoffe, Lärm, Verkehr), im Bereich der Arbeitsbedingungen (Arbeitsschutz), in der präventiven Betreuung bestimmter Bevölkerungsgruppen (Alte, Schwangere, Säuglinge, Ausländer usw.) oder in Wohngebieten mit erhöhter oder spezifischer Risikostruktur (Selbstmord- und Unfallraten usw.). Der nicht zu unterschätzende Gefahr, daß hierdurch regelrechte Institutionen einer »Präventionspolizei« mit starken kontrollierend-repressiven Ambitionen geschaffen würden, müßte durch entsprechende Schutzmaßnahmen (Ausweitung des Datenschutzes, Nichtweitergabe von Daten und Erkenntnissen an Ordnungs- und Verfolgungsbehörden) und Modelle der Bürgerbeteiligung und -kontrolle begegnet werden.

- Der primärpräventiven Einflußnahme auf pathogene Strukturen dient ebenfalls der *Ausbau des gesamten Arbeitsschutzektors* auf der inner- und überbetrieblichen Ebene. Zum Ausbau der Prävention sind ferner zu erlassende gesetzliche Regelungen (und deren strikte Anwendung und Kontrolle) zu zählen, mit denen hinlänglich bekannte und gesellschaftlich anerkannte Gesundheits- und Lebensrisiken begegnet werden kann, vor allem in der Umweltpolitik. Im Rahmen der Verstärkung präventiver Anstrengungen kommt Angebote für *Früherkennungsuntersuchungen* und der *Gesundheitsberatung und -erziehung* für besonders gefährdete Risikogruppen ebenfalls Bedeutung zu. Die zahlreichen Selbsthilfegruppen hätten hier ein gesundheitspolitisch wichtiges Betätigungsfeld, auf dem sie in Kooperation mit der Einheitsversicherung und entsprechender finanzieller und sachlicher Ausstattung anerkannt arbeiten könnten.

- Die in dieser Konstruktion ansatzweise schon sich ausdrückende *Erweiterung und Integration nichtprofessioneller Handlungskompetenz in die Gesundheitssicherung und Krankheitsbewältigung* könnte weitere Veränderungsmöglichkeiten erschließen: Zum einen kann die Ausweitung der Selbsttätigkeitspotentiale quasi zur »Demokratisierung des Gesundheitswesens von unten« beitragen – ein Prozeß, der sich auch institutionalisiert (Gesundheitsbeiräte in Stadtteilen, Städten, auf Landes- und Bundesebene) auf anderen Ebenen der Gesundheitspolitik fortsetzen müßte und als Ziel die Schaffung von Institutionen der Planung und Steuerung des Gesundheitswesens, Bürgern, Vertretern der Einheitsversicherung und staatlicher Institutionen hat. Zum anderen wächst damit auch die Chance, tendenziell die professionelle Dominanz im Gesundheitswesen abbauen zu können. Zahlreiche, heute daraus resultierende Probleme des Arzt-Patienten-Verhältnisses, der Entrüstigung der Patienten und der Anonymität des Gesundheitswesens stellen gleichzeitig Barrieren für die Effektivität und Effizienz der Medizin dar.

- Im Bereich der *kurativen Versorgung* ist die Integration sämtlicher diagnostischer, behandelnder, betreuender und rehabilitativer Einrichtungen anzustreben. Der *niedergelassene Arzt* als »Eingangsstelle« und »Filter« kann u.a. nur dann zu bedarfsgerechterem Handeln veranlaßt werden, wenn er rigideren Kontrollen der Leistungserbringung und Veränderung der Honorierung (z.B. Pauschalierung) unterworfen wird. Zu einer Aufhebung der Trennung der beiden Hauptsektoren der kurativen Versorgung könnten auch die Beteiligung der Krankenhäu-

ser an der ambulanten Vorsorge sowie die Bildung medizinisch-technischer Zentren und öffentlich oder kassengetragener Ambulanzen mit interdisziplinärer Besetzung beitragen. Durch diese Maßnahmen würde der *Krankenhausbereich* insofern kostennäßig entlastet, als er seine vorhandenen apparativen Kapazitäten besser auslasten könnte. Mit der Abschaffung der Privatliquidationsmöglichkeiten leitender Ärzte, Drosselung der Arzneimittelkosten durch Verbrauchssenkung und Auswahl billigerer Medikamente, Reduzierung überhöhter Liegezeiten usw. ergeben sich weitere Einsparungsmöglichkeiten. Hierdurch könnte die Aufstockung des Personalbestandes (die z.B. für die Praktizierung ganzheitlicher Pflegekonzeptionen und den Abbau der Arbeitsbelastungen in den Krankenhäusern notwendig wäre) ermöglicht werden. Eine Entlastung des Krankenhausbereiches ist auch durch die Ausgliederung von Betreuungs- und Pflegeaufgaben in gemeinsame, dezentral arbeitende *psychosoziale Betreuungs- und Versorgungseinrichtungen* sowie den Ausbau des Systems der Hauskrankenpflege zu erreichen. Hierfür können die gegenwärtig vorhandenen Sozialstationen des Kern bilden.

- Im *Arzneimittelsektor* sind die Zulassungsaufgaben für Medikamente drastisch zu verschärfen. Ärzte müssen durch Preis- und Qualitätsvergleichslisten sowie strikte Verordnungsauflagen zur Änderung ihrer Verschreibungsgewohnheiten bewegt werden. Staatliche Produktions- und Preiskontrollen bzw. die Vergesellschaftung der pharmazeutischen Industrie sind als flankierende Maßnahmen ebenso zu erwägen wie die Einrichtung versicherungstragener oder kommunaler Abgasstellen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Allein die Reduzierung des Preisniveaus für Arzneimittel in der Bundesrepublik auf das Niveau westeuropäischer Länder könnte ebenso wie die summarische Drosselung des Arzneimittelverbrauchs um die 40 Prozent, die nach Schätzungen den Patienten keinerlei erkennbare Vorteile bringen, die Kassenausgaben um Milliardenbrüche senken.

Zusammengefaßt: Selbst bei einem ausgebauten System der Prävention wird der kurative Gesundheitssektor künftig nicht an Bedeutung verlieren, aber es besteht die Chance, die ihm gegenwärtig noch innewohnenden Tendenzen der Vergeudung aufzuhalten. Hierzu sind planende Eingriffe in diesen Bereich notwendig; intersektorale, interdisziplinäre und kooperative Formen der kurativen Versorgung müssen eingeführt werden.

III. Veränderungspotentiale

5. Die Frage nach den gegenwärtig sichtbaren Ansatzpunkten für demokratische Veränderungen in der Gesundheitspolitik muß unter Berücksichtigung ihrer möglichen Träger sowie der Bedingungen, unter denen diese zu Akteuren der Veränderung werden können, beantwortet werden.

Der »natürliche« Anwalt der Gesundheitsinteressen der Bevölkerung innerhalb der bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens sind die *Versichertenvertreter in den Selbstverwaltungsorganen der Krankenversicherung*, auch wenn ihre derzeitige Arbeitsweise zu vielerlei Kritik Anlaß gibt. Innerhalb des vermehrten Systems der Gesundheitsversorgung bilden die *Selbstverwaltungsorgane* den traditionellen Hebel demokratischer Einflußnahme und Mitbestimmung über gesundheitspolitische Fragen. Abgesehen davon, daß in einer künftigen Einheitsversicherung die Selbstverwaltung durch die Vertreter der Versicherten allein (also unter Ausschluß der Unternehmervertreter) hergestellt und die gesundheitspolitischen Handlungsspielräume der Selbstverwaltung ausgeweitet werden müssen, sind aber bereits heute einschneidende Veränderungen im Selbstverständnis der »Selbstverwalter« anzugeben. Denn die Selbstverwaltungsorgane haben auch deshalb ein gewaltiges Selbstfesselungspotential entwickeln können, weil auf Seiten der Versichertenvertreter die Konfliktorientierung von der Orientierung auf Konsensstiftung dominiert wird. Der »Konsensfall« in den Selbstverwaltungsorganen kann nur durch die Repolitisierung der Arbeit der Versichertenvertreter auf der Basis konkreter gesundheitspolitischer Vorstellungen der Gewerkschaften entkommen werden. Dies setzt voraus, daß die Tätigkeit in den Selbstverwaltungsorganen wieder als eindeutig sozialpolitische Funktion definiert, ein qualifizierter Funktionsnachwuchs in den Gewerkschaften herangebildet und die Mitbestimmungsmöglichkeiten der Vertreterversammlungen ausgeweitet werden. Die nächsten Sozialwahlen finden 1986 statt!

Fortsetzung folgt

Mit der Bitte um Verständnis

Rita Süßmuth in der Münsteraner Universität

bm- Die neue Gesundheitsministerin gibt sich sanft. Die unter Geißler entworfene Approbationsordnung will sie trotzdem umsetzen.

Seit langem war klar, daß der ehemalige Bundesgesundheitsminister Geißler sich im zweiten Teil der Legislaturperiode ganz dem Amt als Generalsekretär seiner Partei widmen wollte. Im September des letzten Jahres war es dann so weit. Die Stiftung Mutter und Kind war auf den Weg gebracht, der Paragraph 218 war ins Gerede gekommen, ein neues Gesetz zur Krankenhausfinanzierung war mitinitiiert worden und ein erster Entwurf zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte hatte den Spielraum in dieser Frage abgesteckt.

Viel wurde über die glückliche Hand, die der Kanzler bei der Wahl von Rita Süßmuth gehabt habe, geschrieben. Beifall kam von FAZ bis taz, ein wirklich seltenes Ereignis.

Was die neue Ministerin in bezug auf die Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vorhat, verrät sie während einer Podiumsdiskussion vor rund 2000 Medizinstudentinnen und -studenten in Münster, Anfang des Jahres:

- die ehemalige Wiederholbarkeit der Multiple-Choice-Prüfungen wird aus dem alten Entwurf von Geißler gestrichen,
- die Anpassungsfristen verschieben sich,
- dadurch bleibt ein weiteres Semester von den drohenden zusätzlichen mündlichen Prüfungen zum Physikum und zweiten Staatsexamen verschont,
- auf den zusätzlichen Prüfungen beharrt Frau Süßmuth genau wie ihr Vorgänger, es soll aber die Möglichkeit der Kompensation von schlechten schriftlichen durch gute mündliche Leistungen und umgekehrt gegeben werden,
- der Arzt im Praktikum bleibt im Entwurf stehen.

Angesichts des massiven Pro-

tests gerade in bezug auf den AiP von Seiten der Studenten, die aus vielen Universitäten von weither angereist waren und trotz einer kurzfristigen Raumänderung und Leibesvisitation durch RCDS-Anhänger den Weg gefunden hatten, formulierte Frau Süßmuth allerdings: »Wenn ich mir überlege, was Sie sagen, sieht es so aus, als sei der AiP nicht praktikabel.« Und sie ging sogar noch einen Schritt weiter: »Für den Fall, daß keine Stellengarantie gegeben werden kann, besteht der Tatbestand, daß das Gesetz geändert werden muß.«

Frau Professor Süßmuth ist nach Geißler die erste hochkarätige CDU-Politikerin und seit langem die erste Gesundheitsministerin, die persönlich an die Universität kommt. Das wurde ihr von einigen Rednern aus dem Saal hoch angerchnet. Gleichzeitig konnte Dieter Becker, Sprecher der VDS-Fachkonferenz Medizin, der gewählten Vertretung der Medizinstudenten, nicht umhin, ihr vorzuwerfen, sich mit ihrem Auftritt am Wahlkampf für den RCDS zu beteiligen. Eine Einladung der Fachkonferenz Medizin zu einer Podiumsdiskussion mit Vertretern verschiedener Parteien und Organisationen liege ihr schon lange vor.

Dieser Vorwurf machte Frau Süßmuth sichtlich zu schaffen. Dieter Becker z. dg: »Unmenschlich und ungerecht möchte sie auf gar keinen Fall wirken.« Frau Süßmuth hatte ihn am Tag vor der Diskussion telefonisch um Verständnis dafür gebeten, daß sie lieber auf einer Veranstaltung der ihr nahestehenden Studentenorganisation sprechen wolle.

Um so härter dann für die Studenten festzustellen, daß sie im Kern genau das durchsetzen wird, was Geißler vorgegeben



hat und vor allem mit denselben Argumenten. Immer wieder rechnete sie die seit langem widerlegte Rechnung vor, daß 20.000 AiP-Stellen im Krankenhausbereich und 4000 im Niedergelassenenbereich geschaffen würden, daß schon alle eine Stelle bekämen. Die Studenten berichteten von eigenen Umfragen unter Klinikchefs, die belegen, daß es zu wenig Stellen geben werde.

Prof. Habeck, ein Hochschullehrer aus Münster, der ein Modellstudium mit starker Praxisbezug initiiert hat, warf der Regierung vor, sie habe nicht in ausreichendem Maße geprüft, ob es nicht andere Lösungen als den AiP für die Ausbildungsmisere im Medizinstudium gäbe. Die Regierung mache immer nur die große Zahl der Medizinstudenten dafür verantwortlich. »Auch diese große Zahl könnte praxisgerecht innerhalb des Studiums ausgebildet werden.«

Angesichts dieser Kritik formulierte Frau Süßmuth an die Adressen der Studenten und Kollegen: »Sie erwarten vom Staat, daß er Engagement verfüge, an den Hochschulen haben sich andere Verhältnisse

entwickelt.« Im Klartext: wenn die Hochschullehrer und Studenten sich nur ein bisschen mehr Mühe gegeben hätten, wäre der AiP nicht nötig gewesen. Gerade für die Hochschullehrer ein ziemlich harter Vorwurf.

Erstaunlich knapp ging die als »Frauenministerin« angestellte Frau Professor Süßmuth auf die speziellen Probleme von Frauen bei der Suche um einen AiP-Platz ein. Sie wisse sehr wohl, daß Frauen es schwerer haben werden. Sie will dazu auch immer wieder Stellung beziehen, mehr aber nicht. Sie ging nicht darauf ein, daß der Verordnungsentwurf Schwangerschaft als eine Art Krankheit ansieht, die man in maximal vier Wochen pro Jahr überwinden haben muß, weil ansonsten Frau Nachteile entstehen.

Am Ende der Diskussion gab es einen Teil von Studenten, die nichts anderes erwartet hatten. Es gab aber auch viele, die sich mehr von der neuen Ministerin versprochen hatten, als daß sie das, was Geißler mit viel Gestößen begonnen hatte, jetzt mit sanfteren Tönen im Kern geauso umsetzen will. □

Schlüsselwirtschaft

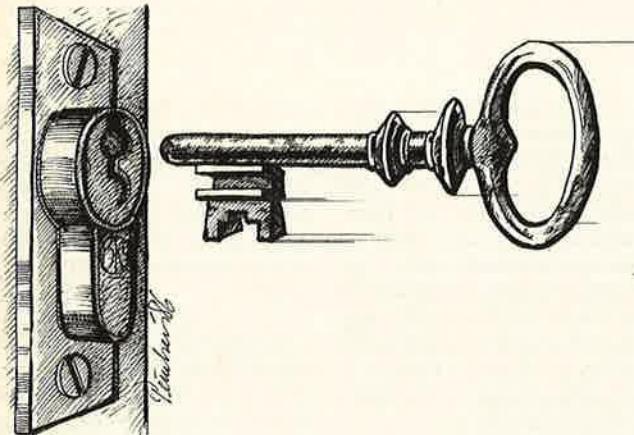
Seit die neue Pflegesatzverordnung gilt, müssen die Ärzte die Kennziffern des internationalen Diagnoseschlüssels verwenden. Was mag das bedeuten?

So unvorbereitet, chaotisch geplant und dem Wirrwarr eines jeden Improvisationsvermögens überlassen dürfte wohl selten eine neue Verordnung auf den Schreibtisch der Stationsärzte geflattert sein. An der Uni Münster kam sie in Form eines zweiseitigen Pamphlets, für jeden Patienten extra, mit einer Fülle von Spalten für Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Anzahl der Operationen und einem komplizierten Schlüssel zur genaueren Qualifizierung der jeweiligen Diagnosen. Alle Diagnosen sollen darüber hinaus computerge-

dagegen reine Kür – an der Uni Münster wahrscheinlich Basis einer neuen Habilitation irgendeines Statistikers, zumindest kann man frei spekulieren, an anderen Häusern irgendeine sonstwie begründete Dokumentation im Huckepackverfahren.

Allein der Datenschutzaspekt – jede Antwort ist mit den kompletten Daten des Patienten versehen – ist eine Extra-Aufregung wert. Nun ist der Hintergrund nicht ein vielleicht plausibles wissenschaftliches, etwa sozialmedizinisches Interesse, nein, es geht ausschließlich um den ökonomischen Gesichtspunkt. Aus der Verteilung der einzelnen Diagnosen des Vorjahrs sollen die Pflegesätze des nächsten Jahres berechnet werden.

Nicht die *medizinische* Hauptdiagnose ist gefragt, es soll die Diagnose genannt werden, die den größten wirtschaftlichen Aufwand verursacht hat.



recht mit den Kennziffern des internationalen Diagnose-Codes (ICD) versehen werden.

Eine kurze telefonische Rundfrage ergab, daß in anderen Krankenhäusern zumeist ähnlich verfahren wurde. Auf einem neuen Formblatt werden für jeden einzelnen Patienten Nebendiagnosen sowie die Anzahl der Operationen erfragt. Die gesetzliche Grundlage dafür sei die Bundespflegesatzverordnung, gültig seit dem 1. Januar 1986.

Erst auf Nachfrage war zu erfahren, daß lediglich die Fragen nach der Hauptdiagnose und der Anzahl der Operationen gesetzliches Pflichtprogramm seien, alle Zusatzfragen seien

Also nicht »Appendicitis« zum Beispiel, sondern »Ausschuß eines Herzfehlers«, weil bei der Aufnahmuntersuchung zufällig ein Herzgeräusch gehört wurde und nun mit üblichen Verfahren ein eventuell zugrundeliegender Herzklopfenfehler ausgeschlossen wurde. Der Manipulation ist Tür und Tor geöffnet. Welcher Chef gibt sich schon mit ehrlichen Wald- und Wiesendiagnosen, weil so billig, zufrieden, wenn die aufwendigen Ausschußdiagnosen die Pflegesätze emportreiben?

Man ahnt, wohin dieser Zug fährt. Patienten mit eindeutiger Hauptdiagnose, aber zahlreichen ökonomisch ins Gewicht fallenden Nebendiagnosen be-

lasten das Krankenhausbudget, es werden vorwiegend die älteren Patienten sein. Wer das weit von sich weist, sollte ruhig einmal unser großes Vorbild, die USA, anschauen. Dort gibt es seit langem das »marktwirtschaftliche« Prinzip, daß die Nachfrage, in diesem Fall die Hauptdiagnose, das Angebot, nämlich die durch die Pflegesätze garantierte Liegedauer, regelt. Entsprechend den sogenannten »diagnosis related

groups« planen die Krankenhäuser ihren Jahreshaushalt. Wer ein Überschreiten der Kosten erahnen läßt, zum Beispiel der 75jährige Patient mit Appendicitis, wird nicht genommen, es sei denn, er liegt die zu seiner Genesung erforderliche Zeit in einem Wohnmobil vor der Klinik ab.

Nein – diese neue Verordnung kann kein Beitrag zur Kostendämpfung sein. Die Rauchschwaden, die sie verursacht, dürfen allzu vielen gerade recht sein, ihre eigenen Schäfchen ins Trockene zu bringen, sicherlich nicht zum Nutzen der Patienten. □

»Schlechter Kompromiß«

urp - Auch der AOK-Bundesverband ist von der Einführung des ICD-Schlüssels nicht begeistert.

»Das ist doch eine ganz alte Forderung von uns, daß die Krankenkassen endlich einmal, wenigstens ansatzweise, erfahren, wofür sie die Millionen ausgeben.« Der das sagt, Helmut Kehr aus dem Krankenhausreferat des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen (BdO), war von Anfang an mit von der Partie, als es um die Verhandlungen um die neue Bundespflegesatzverordnung ging.

Was hier, im Paragraphen 16 (4) gesetzlich eingefordert wird, nämlich die Erstellung einer »anonymisierten Diagnosestatistik mit Angaben über durchgeföhrte Operationen sowie zur Verweildauer und Alter der Patienten«, erregt zur Zeit viele ärztliche Kolleginnen und Kollegen, die sich seit dem 1. 1. 86 fast täglich durch den dreistelligen Diagnoseschlüssel wühlen, um dann doch nicht die passende Nummer für ihre Diagnose zu finden.

»Der dreistellige ICD-Schlüssel ist ein schlechter Kompromiß,« meint Helmut Kehr, »wir wollten von Anfang an den fünfstelligen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat da gemauert. Sie haben von gewaltigen zusätzlichen Kosten gesprochen, die auf die Häuser zukämen, was wir uns nicht so recht vorstellen können. Im Schnitt entläßt doch jeder Assistent nicht mehr als zwei Patienten pro Woche – in Langzeitabteilungen weniger, in Akuthäusern mehr. Nach ein wenig Einarbeitung ist der Aufwand

gering, zumal es nur darauf ankommt, den Schlüssel für die Hauptdiagnose aufzuschreiben, die den meisten Arbeitsaufwand gemacht hat. Es macht die ganze Sache ja für uns und die Verwaltungen der Häuser nur unübersichtlich, wenn jede kleine Nebendiagnose verschlüsselt wird.«

Als sehr verständlich bezeichnete Kehr auch die Sensibilität vieler Chefarzte, die fürchten, daß die auf unterstem Niveau vereinheitlichten Diagnosen in naher Zukunft zur Standard-Liegezeit mit Standard-Medikamenten und Standard-Diagnostik führen.

»Die Diagnosenstatistik, wie differenziert auch immer, hierfür zu missbrauchen ist ausgeschlossen, völlig Unsinn«, meint der Fachmann aus dem AOK-Bundesverband. »Aber eines kann doch jeder einsehen: Bisher haben die Kassen im nachhinein alles bezahlen müssen. Unterschiede in den Pflegesätzen wurden lediglich daran festgemacht, welche Fachabteilung ein Haus hatte. Wenn wir jetzt wissen wollen, was in den Häusern mit dem Geld geschieht, dann tun wir damit einen ersten Schritt in Richtung Transparenz. Sicher versuchen einige, die Diagnosenstatistik zu unterlaufen, zum Beispiel, indem sie andere als den vorgeschriebenen Schlüssel benützen oder durch eine Vielzahl von Diagnosen für einen Patienten. Aber das wird bei den Verhandlungen für beide Seiten nicht nützlich sein.«

»Verschwendung von Volksvermögen«

Wie lokale Ärztelobies den Abbruchtourismus auf Touren bringen, zeigt der Bericht aus Münster in Westfalen.

»Solange ich die Klinik leite«, meinte kürzlich der Geschäftsführende Direktor der Uni-Frauenklinik in Münster, Professor Dr. Fritz Beller, zur Tagespresse, »wird eine Krebspatientin nicht eine Stunde warten, weil eine Gruppe von Frauen, die einen Abbruch aus einer Notlage wünscht, glaubt, eine Fahrt von einer halben Stunde nach Dortmund oder Osnabrück nicht ertragen zu können.«

Der Krebskranke gegen seiner Meinung nach lediglich zu bequemt ungewollt schwangere Frauen ausspielende Klinikchef reagierte damit auf die Einladung zu einer Podiumsdiskussion der »§218-Initiative Münster«. Da in Münster sämtliche Krankenhäuser einen Abbruch nach der Notlagenindikation rundweg ablehnen, hatte die Initiative Professor Beller zuvor mehrmals aufgefordert, sich für die Verwirklichung des »gesetzlich verankerten Rechts« in der »öffentlichen rechtlichen Institution« Uni-Frauenklinik einzusetzen.

Zum einen reichten die Kapazitäten der Frauenklinik nicht aus, konterte Beller, um neben den Abbrüchen aus medizinischen Indikationen noch solche aus einer sozialen Notlage durchzuführen. Zum anderen bedeute ein stationärer Schwangerschaftsabbruch die »Verschwendungen von Volksvermögen«, da er fünfmal so hohe Kosten verursache wie ein ambulanter Eingriff bei einem niedergelassenen Gynäkologen.

Damit hat der Professor zwar nicht Unrecht, doch weiß er sehr genau, daß dazu in Münster bislang niemand bereit ist. Sein Verweis auf die Möglichkeit, schließlich nach Osnabrück fahren zu können, ist zudem längst überholt.

Der bislang betroffenen Frauen wohl bekannte Gynä-

kologe in Osnabrück darf nämlich seit Anfang des Jahres keine ambulanten Schwangerschaftsabbrüche mehr durchführen. Ihm wurde die in Niedersachsen erforderliche Sondergenehmigung entzogen. Dort scheint man mit dem Volksvermögen ohnehin verschwenderischer umzugehen: Niemand in Niedersachsen erhält mehr eine Genehmigung für ambulante Abbrüche. Der Bedarf sei durch die bestehenden Krankenhäuser und Kliniken abgedeckt. Ein regelrechter »Abbruchtourismus« von Niedersachsen nach Bremen und Hamburg läßt jedoch auf anderes schließen.

Die Praxis im Land des ehemaligen Kekse-Managers Ernst Albrecht kostet die Steuerzahler, wenn schon von Volksvermögen die Rede ist, genauso viel wie in Bayern und Baden-Württemberg, wo ambulante Abbrüche generell untersagt sind. Gerichtet sind diese Regelungen gegen die Notlagenindikation, denn ein konfessionelles Krankenhaus, das einen solchen Eingriff vornimmt, dürfte nur schwer zu finden sein. In NRW braucht ein Gynäkologe mit Fachausbildung zwar eine entsprechende Zulassung des jeweiligen Regierungspräsidenten, doch geht man dort damit recht großzügig um.

Daß in Münster keiner den Anfang machen will, wird mehrere Gründe haben. »Ich würde von morgens bis abends nichts anderes mehr machen als Schwangerschaftsabbrüche«, meint ein münsterischer Gynäkologe, der prinzipiell die Forderung nach ambulanten Abbruchmöglichkeiten in Münster befürwortet. Was er nicht sagt, und doch mittlerweile schon mehr als ein Gerücht ist, verbirgt sich hinter der Angst, gerade in der Domstadt als »Abtreibungsarzt« bekannt und abgestempelt zu werden. Die kirchlichen und politischen Abtreibungsgegner, denen besonders die Notlagenindikation ein Dorn im Auge ist, haben auch in Münsteraner Gynäkologenkreisen ihre Lobby.

Die Ärzteclique hat schon mehrmals versucht, Druck auf von der Linie abweichende Kol-

legen auszuüben. Bislang mit Erfolg. Sei es durch ominöse Telefonanrufe oder durch eine besonders perfide Schikane, auf einen Überweisungsschein nach außerhalb, trotz vorliegender Notlagenindikation, draufzuschreiben, es läge keine Indikation vor. Und wo sonst eine Krähe der anderen kein Auge aushackt, werden mit einem Male andere Geschütze aufgefahrene: Jeder macht mal einen Fehler, nicht wahr?!

Um diesem Ku-Klux-Clan Paroli bieten zu können, wäre in Münster die Gründung eines Trägervereins denkbar, der eine Gemeinschaftseinrichtung für ambulante Schwangerschaftsabbrüche organisierte. Doch dazu braucht es Geld und prominente Persönlichkeiten, zu denen sich auch ein Klinikchef gesellen könnte. Wenn es ihm wirklich nur ums »Volksvermögen« geht.

Rainer Neutzling



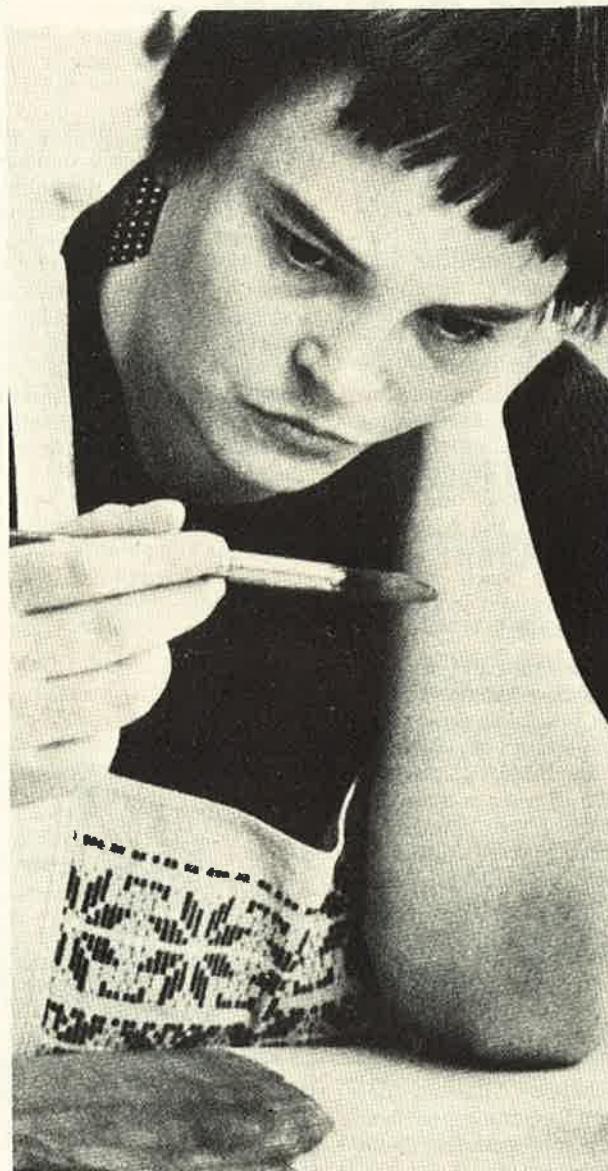
Werkstätten, die behindern?

Die Behinderten-Werkstätten dienen nicht mehr der beruflichen Integration. Dafür sind sie billig.

Die Werkstatt für Behinderte ist neben dem Berufsbildungs- und dem Berufsförderungswerk eine gesetzliche Einrichtung der beruflichen Rehabilitation. Sie hat nach dem Schwerbehindertengesetz die Aufgabe, Behinderte in die Arbeits- und Berufswelt (wieder-) einzugliedern. Faktisch kommen die Werkstätten diesem Rehabilitationsauftrag nicht mehr nach: nach der Statistik entlassen sie immer weniger Behinderte auf den freien Arbeitsmarkt. Die Behinderten bleiben in den Werkstätten, und es müssen sogenannte Dauerarbeitsplätze eingerichtet werden. Warum?

Es gibt in der Bundesrepublik zur Zeit etwa 300 Werkstätten für Behinderte, in denen rund 60 000 Personen Aufnahme finden. Damit sind 1 Prozent der Gesamtbevölkerung bzw. 2,5 Prozent der Erwerbstätigen in diesen Werkstätten tätig. Sie stehen Personen offen, denen sonstige Erwerbs- bzw. Eingliederungsmöglichkeiten versagt sind (Obergrenze), die aber dennoch zu produktiver Tätigkeit geeignet erscheinen (Untergrenze). Aufnahmekriterium ist letztlich die »Erbringung eines Mindestmaßes wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung« (Schwerbehindertengesetz). Was man auch immer darunter verstehen mag, die Werkstatt legt dieses Mindestmaß selbst fest. In den Werkstätten arbeiten 80 Prozent Geistigbehinderte, etwa 10 Prozent Körperbehinderte und etwa 10 Prozent psychisch Kranke.

Jeder Werkstattbetrieb gliedert sich in einen Arbeitstrainings- und einen Arbeitsbereich. Im Arbeitstrainingsbereich bildet die Werkstatt ihre Behinderten in aller Regel für Arbeitstätigkeiten in den Bereichen »Holz«, »Metall« und »Hauswirtschaft« aus; im Arbeitsbereich stellt sie dem Rehabilitanden feste Arbeitsplätze für die Bereiche »manuelle Montagen«, »Maschinenarbei-



ten« und »Eigenproduktion« zur Verfügung.

In den letzten Jahren hat sich nun in den Werkstätten für Behinderte ein Rehabilitationsziel herausgebildet, das schon gar nicht mehr von der Vermittelbarkeit des Behinderten auf dem Arbeitsmarkt ausgeht, nämlich die Berufsausbildung des Geistigbehinderten zum »Serienfertiger«. Es sollen gleichartige einfache Montage- und Verpackungstätigkeiten ausgeübt werden. In diesem Trend spiegelt sich die ökonomische Realität der Behindertenwerkstatt wider, die sich zunehmend auf Aufträge aus dem industriellen Kontext einstellen muß.

rienfertigungsarbeiten mit geringem Niveau und monotonem Charakter handelt, konnte eine erst kürzlich in Werkstätten für Behinderte durchgeföhrte Arbeitsanalyse belegen*).

Der Behinderte in den Werkstätten wird durch diese Entwicklung in einem doppelten Sinn bestraft. Zum einen werden ihm die lebensnotwendigen Rehabilitationsmaßnahmen genommen, und zum anderen soll er nun auch noch Arbeiten ausführen, die ihn eher langweilen als interessieren. Beides hat zur Folge, daß sich die Struktur und Leistungsfähigkeit des Behinderten verschlechtern. Arbeitspsychologen weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, daß der Mensch durch monotone Arbeitstätigkeiten in seiner Wahrnehmung, in seinem Denken und Sprechen, ja in seiner ganzen Persönlichkeitsentwicklung verkümmert. Damit sinken die Chancen des Behinderten, auf dem Arbeitsmarkt vermittelt zu werden, weiter.

In der Bundesrepublik haben Arbeitgeber von einer bestimmten Betriebsgröße an die Pflicht, für Schwerbehinderte Arbeitsplätze freizuhalten. Sie können jedoch von dieser Aufgabe befreit werden, wenn sie für jeden nicht besetzten Pflichtplatz eine Ausgleichsabgabe von monatlich 100 Mark zahlen. Vergeben diese Arbeitgeber jedoch Aufträge an Werkstätten, so können sie bis zu 30 Prozent des Rechnungsbetrages auf die zu zahlende Ausgleichsabgabe anrechnen.

Die Bundesregierung fördert die Werkstätten zwar, ist aber an einer wirklichen beruflichen (Wieder-)Eingliederung des Behinderten nicht sonderlich interessiert. Dies erscheint nach wirtschaftlichem Denken logisch, denn: der Arbeitsmarkt ist voll. Es gibt genug »normale« Menschen, die Arbeit suchen. Warum sollte dann ausgerechnet der Behinderte eine Arbeit bekommen, wenn dies doch viel teurer ist? Es reicht doch aus, wenn der Behinderte in der Werkstatt bleibt kann!

Karsten Toemmler

*Meyer, C.: Arbeit und geistig behinderte Menschen. In: Heinze, R. G., Runde, P. (Hrsg.): Lebensbedingungen Behindeter im Sozialstaat. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1982.

Wenn ab und zu aus für den gewöhnlichen Zeitungsleser un durchschaubaren Gründen Debatten einfach ausbrechen, Themen unverschens »in die Diskussion« geraten, läßt sich, wenn entsprechender Bedarf besteht, meistens recht leicht herausfinden, was das Thema auf einmal so interessant macht. Vielleicht hat irgendeine Organisation einen »Reader« mit »Hintergrundtexten« zusammengestellt und an alle freien Journalisten geschickt – da ist es dann bis zum Erscheinen der ersten längeren Dossiers in Tageszeitungen nicht mehr lange hin. Daß seit mittlerweile zwei Jahren mit einer gewissen Penetranz das Thema »Sterbehilfe« in allen möglichen, auch seriösen Medien verhandelt wird, läßt sich so leicht nicht erklären.

Auch der Tod einer Frau durch Zyankali, inszeniert von ihrem behandelnden Arzt Professor Hackethal, hat der Debatte nur einen »Aufhänger« gegeben, erklärt sie aber nicht. Zwar hat Hackethal sehr gut die Bedürfnisse von Illustrierten-Redaktionen getroffen: ein Dauerthema, Typ: Grenzsituation, gruselig, ein ganz konkreter »Fall« mit Namensnennung (keine Gegendarstellungen zu erwarten, da Akteurin tot), hervorragendes, »authentisches« Bildmaterial – aber kein Thema hält sich nur deswegen zwei Jahre lang in den Blättern, und sei es noch so mediengerecht vorbearbeitet.

Die Debatte um die Sterbehilfe hat sich außerdem längst von ihrem Anlaß gelöst: die »Neue Revue« etwa hat sich vor kurzem ihre »News« selbst zurechtgemacht, als sie Bekennisse von Ärzten abdrückte, die zusammen mit einer Umfrage belegen sollten, daß mit der »Tabuisierung« der Sterbehilfe nun auch der letzte der berühmten »alten Zöpfe« der Schere zum Opfer fällt. Gewollt ist bei dieser Aktion sicher die Ähnlichkeit zu den Ich-habe-abgetriebenen-Bekenntnissen 1974 im »stern«. Der Präsident des Bundesverfassungsgerichts nennt Sterbehilfe und Abtreibung zusammen als Beispiele für überholte klerikale Einflüsse auf die Rechtsordnung.

Was auf den ersten Blick paradox erscheinen mag: daß die »öffentliche Meinung« ausge rechnet jetzt auf die Liberalisierung der Sterbehilfe drängt, wo deren vermeintliches Gegenstück, die Abtreibung, ebenfalls seit etwa zwei Jahren derselben

Zwingt alt raus, bringt neu rein

Ein Kommentar zum Sterbehilfe-Boom Von Norbert Mappes

»öffentlichen Meinung« zunehmend als verpönt gilt, gibt dann einen Sinn, wenn man Diskussion und Kampagne zur Sterbehilfe in den Kontext stellt, in den sie gehören: das Lamento über die »ungünstige Alterspyramide« in der Bundesrepublik, das den Unwillen zu einer dauerhaften Garantie der Renten verdeckt, das Gerede von einer »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen, das sich zum Sinnen der Nachfrage nach der Ware Arbeitskraft fügt. Was hier stattfindet, ist keine fällige, von der Sache her gebotene Neubestimmung der Grenzen menschlichen Lebens. Hier findet eine Kampagne statt nach dem Motto »Zwingt alt raus, bringt neu rein«: eine Modernisierungsaktion, die sich nach dem Muster der Aktion gegen lang-

weilige Badezimmer oder der Entrümpling des Maschinenparks nun auch auf die Runderneuerung des Arbeitskräfte-Materials richtet.

Nicht um die Grenzen menschlichen Lebens schlechthin geht es in dieser Debatte, sondern um die Grenze des menschlichen Lebens nach oben, in ein unproduktives und teures Alter. Im gesellschaftlichen Maßstab bewirken strenges Abtreibungsverbot und liberalisierte Sterbehilfe zusammen, daß ein fittes Computerkind die Stelle eines Pflegebedürftigen einnimmt. Das ist ein sehr funktionaler Austausch: in der Logik der Zweidrittelgesellschaft gibt es ja nicht einfach zu viel Menschen. Der Durchlauf muß nur schneller werden.

»Flexibilisierung der Lebensarbeitszeit« könnte die dafür passende Formel lauten, oder: Alters- statt Jugendarbeitslosigkeit.

Das ist weit hergeholt? Wußten Sie, daß ein Funktionär der Kassenärztlichen Vereinigung erst kürzlich eine neue ärztliche Ethik ausdrücklich aus Kostengründen verlangte? Daß angeblich 50 Prozent aller Krankheitskosten in den letzten zwei Lebensjahren anfallen und daß die Gesundheitsplaner diese Zahl gern im Munde führen? Es ist einfach nicht wahr, daß die aktuelle Debatte um die Sterbehilfe ihre Aktualität aus der Situation in den Kliniken nähme, etwa, wie kürzlich zu lesen war, überhaupt erst mit dem Aufkommen der Apparatemedizin zum Problem geworden wäre. Schon immer hat es wegen Krankheit (oft, was meist vergessen wird, wegen schlechter Pflege) Menschen gegeben, die sich den Tod wünschten, aber nicht selber geben konnten. Die gleiche Debatte um Sterbehilfe wurde mit fast den gleichen Argumenten nachweislich schon vor siezig Jahren geführt, und dann noch einmal um das Jahr 1940, mit einem sozialpolitischen Hintergrund, der erschreckende Parallelen zu heute aufweist.

Wenn diese Debatte vorbei ist, werden Ärzte und Krankenschwestern weiter allein sein mit Patienten, denen sie mit ihren Mitteln nicht mehr helfen können und die so leiden, daß sie nicht mehr leben wollen. Die Debatte wird kein greifbares Ergebnis haben, wie etwa eine »Todeskommission« es wäre, die Selbstmordgesuche prüft, oder eine Legalisierung der »Tötung auf Verlangen«. Aber es wird eine Öffentlichkeit geben, die sich darüber einigt ist, daß alte Leute auf Intensivstationen eh nur gequält werden und daß man sie besser nach Hause entläßt, damit sie dort »friedlich« und ruhig eben ein bißchen schneller sterben, eine Öffentlichkeit, die womöglich glaubt, unsere Krankenhäuser lägen voller klinisch Toter, deren Kreislauf künstlich aufrechterhalten werde. In jedem Fall wird es eine Öffentlichkeit sein, die kostenintensiven An schaffungen in den Kliniken große Skepsis entgegenbringt.

Und vielleicht wird es schon erste handfeste Ergebnisse geben. Ich schlage für deren Messung eine neue Statistik vor: Lebensalter von auf Intensivstationen behandelten Kranken durch Zeitungsaufkantfrequenz zum Thema Sterbehilfe. □



**Schon winkt auf hohem Bergesrücken
Akrokorinth des Wandlers Blicken . . .**

Haiti in Hessen

In Rotenburg an der Fulda, wo ein Vater und sein Sohn ein Hotel, ein »Freizeit«- und ein Herz-Kreislauf-Zentrum ihr eigen nennen, traf Jochen Jordan längst überwunden geglaubte Verhältnisse an.

Dem Klinikchef gefiel es neulich, die psychologische Abteilung zu schließen. Statt wie bisher 2000 sollen dafür dieses Jahr 3500 Herzen katheterisiert werden.

Zum Jahresende 1985 wurde im Herz-Kreislaufzentrum Rotenburg/Fulda die psychologische Abteilung geschlossen. Die ohnehin lächerlich kleine Abteilung mit nur drei Planstellen für etwa 600 Patienten (davon zwei Planstellen besetzt) wurde ersatzlos und ohne Begründung scitens der Geschäftsführung geschlossen. Die Veröffentlichung eines nebulösen Ersatzkonzeptes wurde mehrfach angekündigt und wieder verschoben. Die Hinweisschilder innerhalb der Klinik

wurden bereits am 11. Dezember abgeschraubt, die dort tätigen Kollegen verloren ihre Arbeitsplätze.

Ich wurde auf die dortigen Zustände aufmerksam, weil mich die ÖTV für einen wissenschaftlichen Vortrag auf der Protestveranstaltung gegen die Abteilungsschließung eingeladen hatte. Da es sich um ein charakteristisches politisches Lehrstück handelt, möchte ich darüber berichten.

Das HKZ Rotenburg ist eine der größten privatwirtschaftlich

geführten Koronarkliniken der Bundesrepublik und wurde mit erheblichen öffentlichen Mitteln unterstützt (allein 20 Millionen Mark an Baukostenzu- schuß von Land und Bund; überwiegend BfA-Patienten und die un Nachweisbaren kommunalen Vergünstigungen). Träger ist die sogenannte Per gola-Klinik GmbH & Co.-B etriebs-KG. Die Klinik wurde 1974 mit großem Medienrummel (Sozialminister etc.) und vielen Vorschüllerbeeren eröffnet und es wurden bisher etwa 60 000 Patienten dort behandelt. Derzeit wird – wie nicht anders zu erwarten – an einem neuen Bettenhaus gebaut; die Klinikleitung plant seit langem eine herzchirurgische Abteilung, die der hessische Kultusminister glücklicherweise bisher nicht genehmigte. Die derzeitige Kapazität von rund 2000 Herz Katheter-Untersuchungen pro Jahr soll im Jahr 1986 auf 3000 bis 3500 erhöht werden.

Man sieht: Es wird in großem Maßstab geplant, gebaut und umfassend medizinische Diagnostik und Therapie betrieben, alles was Geld bringt, wird häufig gemacht. Kaum ein Patient verläßt die Klinik, ohne daß ihm ein Herz Katheter oder eine Angiographie gemacht wurde, sofern diese nicht schon vorlagen. Ohne jede Scham oder Zurückhaltung röhmt die Geschäftsführung ihr eigenes Modell einer privaten Klinik, die medizinisch auf hohem Niveau und dennoch wirtschaftlich (sprich profitabel) arbeitet.

In aufwendigen teuren Hochglanzwerbungen der Klinik wird auf vielen Seiten unter anderem mit dem Angebot der psychologischen Abteilung geworben, und auch der Sozialminister Armin Clauss wird gerne zitiert, der in seinem Grußwort zum zehnjährigen Bestehen der Klinik 1984 das psychologische Angebot besonders hervorhob. Er sagte damals: »Gewiß stehen medizinische Fragen im Vordergrund, aber die Mitarbeit von Psychologen, Arbeitstherapeuten und Sozialarbeitern ist unverzichtbar. Herz- und Kreislauferkrankungen haben oft als Begleiter erhebliche Existenzsorgen; die berufliche Sicherheit, ja die Stellung in der Gesellschaft insgesamt, ist bei vielen Patienten in Frage gestellt. Aus diesem Grunde kommt es ganz entscheidend darauf an, neben der medizinischen Therapie auch psychologische, pädagogische sowie sozial- und berufsberatende Rehabilitationshilfen anbieten zu können. Auf diesem Wege werden die Chancen des Patienten verbessert, sich nach der schweren Erkrankung in das soziale Gefüge von Beruf, Familie und privater Umgebung wieder einzgliedern zu können.« (Zitat aus der Werbe broschüre der Klinik).

Die Schließung der psychologischen Abteilung Ende 1985 zeigt, daß privatwirtschaftliche Führung natürlich ohne Legitimationszwang trotz öffentlicher Gelder und eines unabsehbaren öffentlichen Interesses jede Art von Entscheidung ermöglicht.

licht. Der eben zitierte hessische Sozialminister erfuhr von der hessischen Liste demokratischer Ärzte und dann aus der Presse von den Vorgängen, und sein Zitat kann er natürlich auch nicht aus den Werbebroschüren herausnehmen (wenn er dies wollte, was gar nicht sicher scheint). Als Patient würde ich mich betrogen fühlen, wenn ich mich aufgrund der schriftlichen Informationen für diese Klinik entschlossen hätte, weil sie ein psychologisches Angebot macht und dann dort von der Schließung erfährt. Natürlich können sich Patienten aber nicht wehren, denn sie sind nur sehr kurz dort, sind krank und daher abhängig. Und wer geht schon kurz nach einem Infarkt wieder nach Hause, um sich in einer andern Klinik anzumelden, wenn er erst einmal in Rothenburg angekommen ist?

Von Frankfurt kommend, überraschten mich die nachfolgend geschilderten Ereignisse derartig, daß ich mich unvermittelt ins Mittelalter zurückversetzt gefühlt hätte, wäre nicht der schreckliche optische Eindruck dieses – in eine malerische Landschaft auf einem der schönsten bewaldeten Hügel gestellte – potthäflichen Betonbaus in mir haften geblieben.

Die an feudale Verhältnisse erinnernde Struktur der Ereignisabläufe wurde natürlich ständig von neuzeitlichen Eindrücken gebrochen. Zum Beispiel dadurch, daß die Klinik bzw. das Hotel des Klinikchefs natürlich sehr leicht mit dem Auto zu finden waren, da sich auf den Straßen bereits viele Kilometer vorher mehr Hinweisschilder auf das HKZ als auf die Stadtmitte Rothenburg befanden. Zunächst sah ich in der Klinik-Eingangshalle eine große Bronzestatue, und da die Klinik keinen richtigen Namen trägt (der eventuell auf die Identität der hier ausgestellten Büste hätte hinweisen können) fragte ich an der Pforte und erfuhr zu meinem Erstaunen, daß dies der Klinikchef sei (nicht etwa der verstorbene, sondern der derzeitige).

Nun hatte ich einem Werbeprospekt entnommen, daß die Trägergesellschaft (sprich Herr Heinz Meise und Sohn Meise) neben dieser großen Klinik noch ein ebenso großes Hotel (200 Meter entfernt) und ein eindrucksvolles Freizeitzentrum mit See und allem Drum und Dran ihr Eigentum nennt. Später flüsterte man mir ins Ohr, daß auch eine Fabrik für medizintechnische Geräte noch zum Imperium gehört und der

Im Foyer die Büste des – jetzigen – Firmenchefs

Chef daher bereits zum Ehrenbürger der Stadt vorgeschlagen worden sei; natürlich von der SPD, was in einem sogenannten strukturschwachen Gebiet wohl verziehen werden muß. Als mir dann eine Angestellte der Klinik nach der Veranstaltung vertraulich erzählte, daß der Klinikchef nicht selten morgens um acht Uhr in der Eingangshalle wie zufällig herumsteht und die um einige Minuten verspätet kommenden Mitarbeiter freundlich begrüßt, mußte ich für den Rest des Abends immer wieder an Wilhelm Tell denken.

Eine Reihe von zufällig erscheinenden Ereignissen festigte meinen dahingehenden Eindruck so sehr, daß ich schon im Laufe des Abends beschloß, meine Erlebnisse über die Grenzen von Rothenburg hinaus bekannt zu machen. Schon erwähnt habe ich die Entfernung der Hinweisschilder auf die psychologische Abteilung in der Eingangshalle am Tage unserer ÖTV-Protest-Veranstaltung. Dann erfuhr ich vom Gewerkschaftssekretär, daß der



... und in Poseidons Fichtenhain Tritt er mit frommem Schauder ein. (Friedrich v. Schiller)

Ort der Veranstaltung kurzfristig (natürlich nach der Verteilung der die Veranstaltung ankündigenden Flugblätter) geändert worden sei, obwohl eine verbindliche mündliche Zusage von Herrn Meise jr. vorlag.

Schließlich war ich nicht mehr geneigt, nur an Zufälle zu glauben, als auf meine Frage an die Veranstalter, ob auch Klinikärzte im Saal seien, mitgeteilt wurde, daß kurzfristig (zwei Tage vorher) ein eigentlich für die nächste Woche geplantes Abendessen (auf Kosten der Geschäftsleitung versteht sich) für die Klinikärzte angesetzt worden war, für das natürlich Anwesenheitspflicht herrschte, da dienstliche Belege angesprochen werden sollten. So fand unsere ÖTV-Protest-Veranstaltung also parallel zu dieser ärztlichen Dienstmahlzeit statt. Die Tatsache, daß nur sechs Ärzte brav zum Essen antraten und nicht unsere Veranstaltung besuchten, rief Genugtuung in mir her vor.

Nun war meine Überraschung zu Beginn unserer gut besuchten Veranstaltung nicht mehr so groß, als der von der

(der Jurist war) belehren lassen, und die inhaltsleeren Begründungsversuche der Beschlüsse wirkten mehr als lächerlich.

Ich zitiere aus einem Artikel der lokalen Hessisch-Niedersächsischen Allgemeinen vom 13. 12. 1985: »Gewerkschaftssekretär Hartmut Ebert hatte zu Beginn der Veranstaltung den Vorwurf der ÖTV wiederholt, daß die psychologische Abteilung nur deshalb zum 31. 12. dieses Jahres geschlossen und den beiden dort beschäftigten Psychologen gekündigt werden, um einen unbequemen Betriebsrat und zwei ÖTV-Mitglieder loszuwerden. Bereits vor zehn Jahren habe sich im HKZ ein ähnlicher Fall abgespielt. Damals sei ebenfalls die Psychologie geschlossen worden, um den dort beschäftigten Betriebsratsvorsitzenden auf die Straße setzen zu können, sagte Ebert. Fünf Monate später habe man die psychologische Abteilung wieder geöffnet. Als äußerst merkwürdig bezeichnete Ebert den Rücktritt der DAG-Mitglieder im Betriebsrat nach dem Schließungsbeschuß der Geschäftsleitung. Bei den dadurch erforderlichen Neuwahlen zum Betriebsrat, bei denen die ‚Freie Liste‘ die Mehrheit gewann, seien die zurückgetretenen DAG-Mitglieder alle wieder als Kandidaten aufgetaucht. Der neu gewählte Betriebsrat habe sich am 27. November konstituiert und in seiner ersten Sitzung einen Tag später der Entlassung der beiden Psychologen zugestimmt.«

In einem 40minütigen Referat habe ich danach während der Veranstaltung die vorliegende wissenschaftliche Literatur zum Zusammenhang zwischen psychosozialen Aspekten und koronarer Herzkrankheit dargestellt und die Notwendigkeit psychologischer Abteilungen in Koronarkliniken begründet.

Da die psychologische Abteilung bereits geschlossen ist, bleibt mir nichts weiter übrig, als allen Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten auf diesem Wege mitzuteilen, daß in Zukunft der wesentliche Bereich der Therapie koronarer Herzkrankheiten im HKZ Rothenburg fehlen wird und daß sich jeder vorher überlegen sollte, ob er in eine solche Klinik geht, bzw. einen Patienten dorthin schickt.

Jochen Jordan

Dr. Jochen Jordan ist Arzt und Psychotherapeut und arbeitet im Funktionsbereich Psychosomatik der Universität Frankfurt.

dg-Kunstwettbewerb »Krankheit und Umwelt«



Letztes gegenseitiges Begutachten

Einer der Studenten erklärt den dg-Rедакturen die Technik, die er angewandt hat.

Fotos (4): Menzen





Name und Adresse werden schnell noch auf der Rückseite vermerkt.

Donnerstag, 6. Februar, Schlußpräsentation der Arbeiten, die Studenten der Kunstfachhochschule Münster im Kurs von Professor Werschbizkij erstellt haben, und damit, Abschluß des Kunstwettbewerbs, den dg mit dem Fachbereich Design vereinbart hatte.

Wir, die Bonner Redaktion, und unser Fotograph Jupp Menzen sollten uns die Ergebnisse ansehen. Peter Walger, der die ganze Sache in Münster angezettelt hat, hatte uns schon gespannt gemacht. »Die Leute waren voll dabei, jeder hat vier bis fünf Arbeiten gemacht.« Das, was wir dann zu sehen bekamen, übertraf alle unsere Erwartungen. Rund 160 Gemälde, Zeichnungen, Graphiken und Objekte hatten die Studenten ausgestellt.

Von ihrer Qualität wollen wir jetzt noch gar kein Loblied singen. Am 1. März ist endgültiger Einsendeschluß, auch für die Leser, die sich am Wettbewerb beteiligt haben. Wenn die Jury ihr fachkundiges letztes Wort gesprochen hat, werden wir Ihnen die besten Arbeiten vorstellen, und Sie werden sich selbst ein Bild machen können.

Professor Werschbizkij scheint die Warnung, die das Bild ausspricht, nicht besonders ernst zu nehmen.



Nur ein Appendix?

Neues Psychiatriegesetz in Frankreich

Die französische Regierung hat im Dezember die gemeindenehe psychiatische Versorgung gesetzlich festgeschrieben. Grundlegendes ändert sich nicht.

Am 31. Dezember 1985 verabschiedete die sozialistische Regierung Frankreichs ein Gesetz, mit dem die Sektorisierung der Psychiatrie, d.h. die ambulante gemeindenehe Versorgung der Psychiatriepatienten, legalisiert wurde.

Schon 1960, als in Italien und der Bundesrepublik noch nicht von einer Änderung der »Irrenhauspolitik« die Rede war, trat in Frankreich unter de Gaulle ein fortschrittlicher Erlass in Kraft, der eine grundsätzliche Änderung der psychiatrischen Versorgung vorsah, aber nur Empfehlungscharakter hatte. Ziel des Erlasses war, »Organisationen zur Bekämpfung der Geisteskrankheit zu bilden, die psychiatrische Anstalt in ein extra-hospitales Ensemble zu integrieren, das den Beginn der Versorgung, die Versorgung ohne Hospitalisation und die Überwachung der Nachsorge garantiert. Die Planung muß alles in Betracht ziehen, was den Bedarf an Anstaltsplätzen vermindern könnte.«

Dazu sollten alle Kommunen in geographische Sektoren aufgeteilt werden. Für jeden Sektor sollte *ein* psychiatrisches Team die unabdingbare Kontinuität zwischen ersten Gesprächen mit den Patienten, möglicher Krankenhausbehandlung und Nachbehandlung garantieren. Um die Entfernung der Patienten aus ihrem normalen sozialen Umfeld zu verhindern, wurde die Einrichtung von psychiatrischen Beratungsstellen in den Sektoren, Tageskliniken, Nachtkliniken und beschützenden Werkstätten vorgeschlagen. Die Leitung der Planung und Verwaltung der Sektoren sollte bei den kommunalen Gesundheitsbehörden liegen.

Von einer inhaltlichen Neu-

konzeption der Psychiatrie, einer Integration der Geisteskrankheit in die Gesellschaft war nicht die Rede, es handelte sich aber immerhin um einen wichtigen organisatorischen Rahmen, der durch eine relativ starke fortschrittliche Bewegung innerhalb der Psychiatrie und einzelne beispielhafte Modelle (zum Beispiel 13. Arrondissement in Paris) erkämpft werden konnte. Für die rechte Regierung war ein Hauptargument für eine solche Sektorpolitik die Annahme, diese sei billiger als die Krankenhausbehandlung.

tonten, in den Krankenhäusern Liberalisierungen vorsahen und die psychiatrischen Einrichtungen aufwerteten, die Teil einer Sektororganisation würden. Gleichzeitig wurden die leitenden Ärzte bedeutend besser bezahlt. So blieben die Erfolge nicht aus. Mitte der siebziger Jahre war der größte Teil der Kommunen in die Sektorpolitik einbezogen. Oft wurde allerdings nur die äußere Organisationsform eingeführt, die ursprünglichen Inhalte des Konzeptes nicht mehr beachtet, da eine breite soziale Bewegung für diese Ziele fehlte.



In den nächsten zehn Jahren versuchte der Staat, von oben die Sektorpolitik in die Praxis umzusetzen, aber die war nur schleppend möglich. Auch finanzielle Anreize erreichten nur eine partielle Umsetzung des Sektorisierungskonzeptes. Daraufhin entstanden verschiedene weitere Erlasses und Vorschläge, die die Notwendigkeit ambulanter Einrichtungen be-

nicht zu vereinbaren ist. Die massive Kürzung der Mittel für die gesamte Psychiatrie und die Änderung der Facharztausbildung für Psychiatrie (weniger Präsenz in den Ambulanz) machten eine optimale nichtstationäre Psychiatrie unmöglich.

In dieser Krise der Sektorpolitik trat vor wenigen Wochen ein Gesetz zur Sektorisierung in Kraft. Es wurde mit den Stimmen der regierenden Sozialisten verabschiedet, die konservative Opposition enthielt sich der Stimme, die Kommunisten stimmten dagegen.

Die wichtigsten Punkte dieses Gesetzes:

- Das erste Mal in der 25jährigen Geschichte der Sektorpolitik wird dem Sektor eine juristische Existenz zugestanden, was in Frankreich, bei der dort herrschenden Fixierung auf Gesetze, eine große Bedeutung hat. In Nizza, einer Gegend mit einer rechten Regierung, wurde zum »Schutz« der Patienten das Gesetz von 1838 (!) angewandt als ein Erlass von 1974.

- In Zukunft werden die Kosten der psychiatrischen Versorgung *insgesamt* von der Sozialversicherung übernommen. Bisher war es die kommunale Gesundheitsbehörde, also der Staat, der die Ausgaben für die ambulante Psychiatrie, die Vor- und Nachsorge in den Sektoren bezahlte und verwaltete. Durch die neue Finanzierung ist erstmals eine einheitliche Verwaltung der gesamten psychiatrischen Versorgungskette möglich, was von vielen Beteiligten als positiv betrachtet wird. Allerdings verwaltet nun allein das Krankenhaus das Geld, so daß auch der Schwerpunkt der Behandlung beim Krankenhaus zu bleiben droht. Wegen der starken Fixierung auf das Krankenhaus und der Abwälzung von Staatsaufgaben für die Gesundheitsfürsorge auf die Sozialversicherung, also den einzelnen Bürger, stimmten die Kommunisten gegen das Gesetz.

- Eine weitere wichtige Neuerung ist, daß in Zukunft für jede Abteilung im Krankenhaus eine bestimmte Geldsumme pro Jahr zur Verfügung gestellt wird, die sich nicht mehr nach der Bettenbelegung richtet. Am Ende jedes Jahres kontrolliert die Sozialversicherung, wie diese Summe ausgegeben wurde, und legt danach das Budget für das nächste Jahr fest. Für die Psychiatrie wird es also einen »Topf« für die stationäre und für die ambulante Be-

handlung geben. Wie die Sozialversicherung reagiert, falls ein großer Teil des Geldes für die Sektorarbeit ausgegeben wird, bleibt abzuwarten. Die Entscheidungsbefugnis liegt auf jeden Fall bei den leitenden Ärzten.

Praktisch existieren heute in ganz Frankreich circa 1000 Sektoren, von denen der größte Teil an die alten Asyle angegliedert ist. Eine zweite Form der Sektorarbeit geht von den neu eingerichteten psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern aus. Immerhin wird inzwischen ein Drittel der psychiatrischen Patienten auf diese Weise versorgt. Das dritte, jedoch seltener Modell sind die Sektoren, die unabhängig vom Krankenhaus als eigenständige ambulante Einrichtungen gegründet wurden. Verantwortlich für einen Sektor ist nach wie vor ein Psychiater, er bestimmt die Arbeit, die Realisierung demokratischer Konzepte ist in das Belieben dieses «Sektorchefs» gestellt.

Immerhin ist seit der Sektorisierung die Anzahl der Zwangseinweisungen entscheidend zurückgegangen, oft können die Patienten doch in ihrem sozialen Umfeld behandelt werden. Für die Berufsgruppen, die im ambulanten Bereich arbeiten, bedeutet dies zumindest die Möglichkeit der Entprofessionalisierung und einer wirklichen Teamarbeit.

Insgesamt gibt es immer noch 110.000 psychiatrische Betten. Anders als in Italien war nie an eine Abschaffung der Asyle gedacht worden, sondern nur an eine Reduzierung der Betten, jedoch blieb selbst dies weitgehend Wunschenken. Ähnlich wie in der Bundesrepublik werden die Abteilungen »schöner und kleiner«. Alle ambulanten Institutionen im Sektor existieren zusätzlich zum Krankenhaus. Es wird in der Zukunft von der Entwicklung einer starken sozialen Bewegung innerhalb und außerhalb der Psychiatrie abhängen, ob die ambulante Arbeit in den Sektoren eine entscheidende Rolle spielen oder ob sie nur ein Appendix der Krankenhausbehandlung sein wird.

Dorothee Löber-Götze

Dorothee Löber-Götze arbeitet seit 1 1/2 Jahren in einer psychiatrischen Klinik und der dazu gehörenden psychiatrischen Beratungsstelle in Nizza.

Früh Übt sich . . .

Ärzte für Zivilschutz verplant

wp- In Gelsenkirchen wurde den Ärzten jetzt mitgeteilt, wo sie im »Katastrophenfall« eingesetzt werden sollen.

Unerwartet Post bekam der Gelsenkirchener Arzt Dr. K. vom Verwaltungsbezirk Gelsenkirchen der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Mit Datum vom 13. November 1985 schrieb ihm der Vorsitzende Dr. Conrad höchstpersönlich: »Durch die Medien erfahren wir immer wieder von Erdbeben, Stürmen, Explosionen, Großbränden usw., wobei es zu Menschenverlusten und schweren Verletzungen kommen kann. Solche Ereignisse der letzten Jahre mahnen uns, diesen Katastrophen, wenn sie uns direkt betreffen, nicht unvorbereitet gegenüber zu stehen.« Nun endlich sei in Gelsenkirchen die »ärztliche Versorgung der Bevölkerung in einem Katastrophenfall« gelöst. Eine Arbeitsgruppe, in der Mitglieder der Ärztekammer, Angestellte des Gesundheitsamtes, des Zivilschutzes und der Feuerwehr mitarbeiten, sei bereits gebildet.

Diese Arbeitsgruppe hat denn auch schon mitgeteilt, was die Ärzte der Stadt im »Katastrophenfall« erwartet. Die »ärztliche Tätigkeit« wurde in

fünf Bereiche aufgegliedert. Dr. Conrad nennt in seinem Brief:

- »1. Einsatz im Schadensgebiet
- 2. Verstärkung in den Krankenhäusern
- 3. Einsatz in Rettungsstellen
- 4. Einsatz in Notaufnahmestellen (Notkrankenhaus)
- 5. Ambulante Versorgung der nicht betroffenen Bevölkerung«.

Der Kollege Dr. K. wurde für den Bereich »Einsatz in Rettungsstellen« vorgesehen. Dabei habe man nach »Tätigkeit und Vorbildung« entschieden, teilte der Verwaltungsbezirksvorsitzende Dr. Conrad erläuternd mit. »Wenn Sie allerdings glauben, in einem anderen Einsatzgebiet besser helfen zu können, besteht natürlich die Möglichkeit des Austausches.« Ansonsten werde die genauere »Einbindung in das System« noch mitgeteilt.

Dr. K. ist wie andere angekennete Ärzte Mitglied der Gelsenkirchener Friedensinitiative im Gesundheitswesen. Auf seinen Protestbrief hat er freilich bis heute noch keine Antwort erhalten. Eine Anfrage zu dem Brief gestellt hat nun die Liste Demokratischer Ärzte in der Kammerversammlung Westfalen-Lippe. Immerhin ist unklar, inwieweit auch in anderen Verwaltungsbezirken derartige Aktionen laufen, inwieweit diese überhaupt recht-

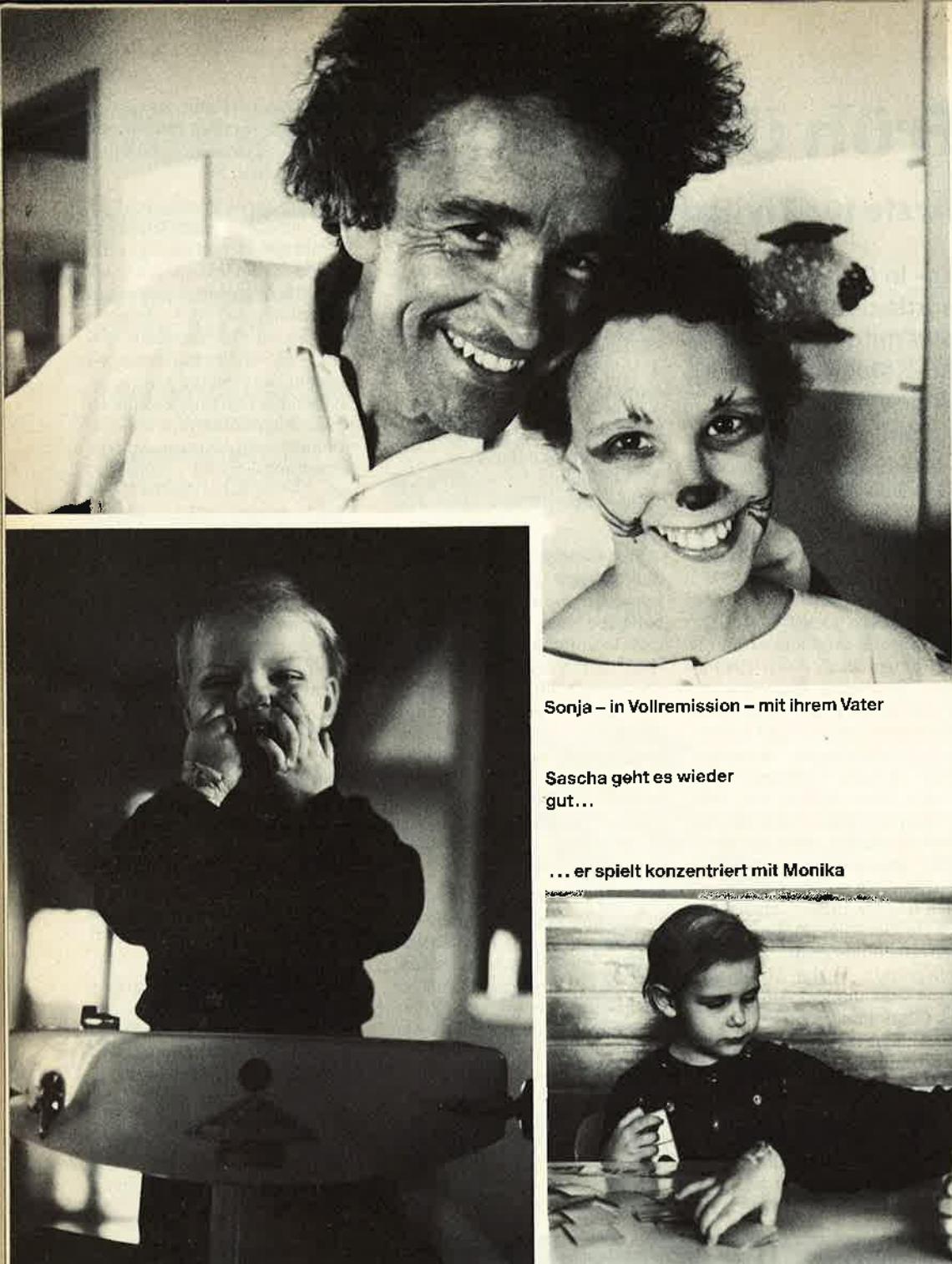
lich abgesichert sind, inwieweit dabei nicht Daten von Ärzten unberechtigterweise weitergegeben werden.

Im Moment noch sieht es nach einem Gelsenkirchener Novum aus. Schon häufiger hat sich die Stadt Gelsenkirchen als Vorreiter erwiesen, wenn es um Zivilschutzpläne und -übungen ging. So wurden städtische Beamte für Zivilschutzübungen verplant, so arbeiteten städtische Zivilschützer an bundeseinheitlichen Richtlinien mit, um Zivilschutz und Notstandsrecht verwaltungsgerecht umzusetzen.

Im November 1985 wurde gar die Notevakuierung des Marienhospitals in Gelsenkirchen geübt. Durch »Erdbewegung« sei das Krankenhaus einsturzgefährdet, alle 571 Patienten müssten evakuiert werden – so die Annahme der Zivilschützer. Jedem Patienten wurde dabei eine Karteikarte mit Diagnoseangaben zugeordnet, »evakuiert« wurden dann nur die Karteikarten. Immerhin 160 Liegendsporten von Karteikarten mussten so durchgeführt werden. Stellvertretend für die Patienten verteilte man die 500 Karteikarten auf die anderen Gelsenkirchener Krankenhäuser sowie auf »Notaufnahmestellen« in Schulen.

Derartige Notevakuierungen sind in dem von der Bundesregierung geplanten Zivilschutzgesetz vorgesehen. Die Gelsenkirchener Friedensinitiative im Gesundheitswesen sieht denn auch den einzigen Sinn dieser Übung darin, »einen weiteren Schritt zur Vorbereitung des Gesundheitswesens auf einen möglichen Krieg« zu tun. □





Sonja – in Vollremission – mit ihrem Vater

Sascha geht es wieder gut...

... er spielt konzentriert mit Monika

Die Fotografien von krebskranken Kindern auf diesen Seiten stammen von Robert Bühler. Sie sind während dessen Zivildienstes in der Kinderklinik Heidelberg vom März 1983 bis Juni 1984 entstanden. Sie wurden mehrfach ausgestellt, unter anderem in Furtwangen, wo sie der Darstellung der »Katharinenhöhe« dienten, einer Einrichtung der Arbeiterwohlfahrt, die Nachsorgekuren für Familien mit einem krebskranken Kind anbietet.

Robert Bühler schrieb uns zu seinen Fotos: »Meine Absicht besteht darin, die Hoffnung und die Aussicht auf Heilung zu zeigen, entgegen der vielgehegten Meinung, Krebs und Sterben seien identisch. Die Gesichter auf den Bildern zeigen trotz hoher körperlicher und seelischer Belastung die Lebensfreude und Kraft der Kinder. Den meisten Kindern geht es heute, fast zwei Jahre nach meinem Zivildienst, gut. Meine Aufnahmen sollen ermutigen, ohne jedoch die Angst und die Probleme bei schweren Erkrankungen verbergen zu wollen.«

Statt eines Kommentars . . .

... dokumentieren wir:

- 1) einen Antrag der Abgeordneten Petra K. Kelly im deutschen Bundestag;
- 2) dessen Begründung;
- 3) die persönliche Erklärung der Abgeordneten Petra K. Kelly nach der Abstimmungsniederlage

Der Antrag:

Der Bundestag wolle beschließen: In die Erläuterungen zu Kapitel 11 02, Titelgruppe 03 Maßnahmen zur besseren Versorgung von

Krebspatienten , Titel 684 31 Zuschüsse zur Entwicklung von Modellen der onkologischen Zusammenarbeit und Versorgung sowie zur Fort- und Weiterbildung von Fachkräften wird als zusätzlicher Absatz aufgenommen:

»Von dem für Titel 684 31 angesetzten Betrag sind DM 2.100.000 zur psychosozialen Betreuung krebskranker Kinder vorgesehen.«

Die Begründung:

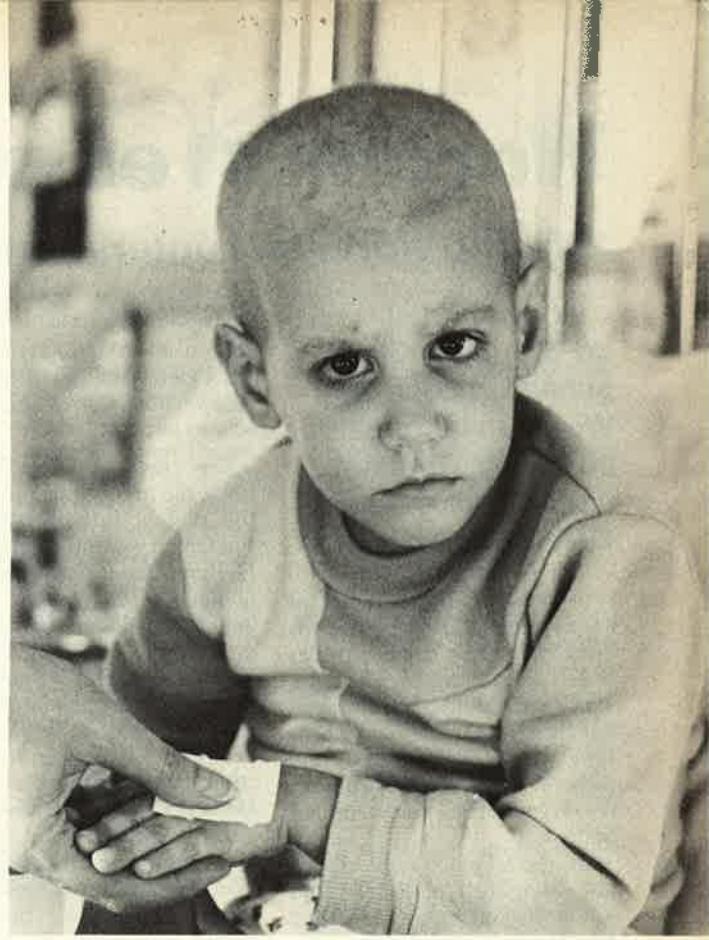
In der Bundesrepublik erkranken jährlich rund 1300 Kinder und Jugendliche neu an einer bösartigen Erkrankung. Heute können schon mehr als die Hälfte dieser Patienten ihre Krankheit überleben. Damit haben diese früher akut verlaufenden und zu schnellem Tod führenden Krankheiten die Dimension der Chronizität erreicht.

Wegen der günstigen Heilungschancen bei kindlichen Krebserkrankungen ist die psychosoziale Betreuung ein ganz wesentlicher Bestandteil der Behandlung, wenn die Kinder nach der intensiven Therapie seelisch keinen Schaden nehmen sollen. Dabei muß auch die Betreuung der Familien mit eingeschlossen werden. Noch heute ist das Defizit an speziell ausgebildetem Personal für die psychosoziale Betreuung auf den Kinderkrebsstationen derartig groß, daß eine ordnungsgemäße Behandlung kaum möglich ist.

Diese äußerst knapp bemessene finanzielle Forderung von 2.1 Mio. DM ist zur Linderung der Situation krebskranker Kinder in der Bundesrepublik dringend erforderlich und sollte im Gesamtrahmen zur Verbesserung der Versorgung von Krebspatienten speziell berücksichtigt werden.



Der Wilms-Tumor von Markus wird völlig ausheilen



Katja starb an einem Neuroblastom



Sandra und Monika werden die Klinik gesund verlassen. Ihre Tumoren werden völlig verschwinden.



Die persönliche Erklärung:

Vizepräsident Frau Renger: Frau Kelly hat zu einer Erklärung zur Abstimmung nach §31 unserer Geschäftsordnung ums Wort gebeten. Bitte, Sie haben das Wort.

(Zurufe von der CDU/CSU: Muß das sein? Immer dieses Gequatsche!)

Frau Kelly (GRÜNE): Sie nennen das »Gequatsche«. Ich werde es aber trotzdem für die Betroffenen machen.

(Zuruf von der CDU/CSU: Sie sind doch uneinsichtig!)

Ich habe für den Änderungsantrag auf Drucksache 10/4333 gestimmt, weil innerhalb der laufenden Modellmaßnahmen zu Verbesserungen der Betreuung krebskranker Kinder der Bereich Psychosoziale Betreuung personal nicht abgedeckt war und nicht ist, sondern aufgewendete Mittel sehr begrenzte Mittel

vorrangig für Ärzte- und Schwesternstellen aufgewendet wurden.

(Zuruf von der CDU/CSU: Dreimal soviel Mittel, wie Sie wollten!)

Mit meiner Zustimmung zu diesem Antrag wollte ich mit dazu beitragen, daß innerhalb des erhöhten Finanzvolumens für die Behandlung krebskranker Patienten allgemein ein gewisser Teilbetrag als Modellprojekt ausschließlich für notwendige Stellen im psychosozialen Bereich für Kinder gebunden wird.

(Dr. Friedmann, CDU/CSU: Wir haben die Mittel erneut erhöht!)

Für mein Abstimmungsverhalten war auch die Überlegung maßgebend, daß die verbesserten Heilchancen heute einen psychosoziale Betreuung und Behandlung nicht lediglich Beratung, wie Frau Süssmuth vorher meinte, ungleich dringender erfordern, als das vor einigen Jahren der Fall gewesen ist.

Dem Antrag habe ich auch deshalb zuge-

stimmt, weil bisher keine anderen Initiativen zur Verbesserung des psychosozialen Bereichs unternommen worden sind, obwohl die bestehende Notlage in den Kinderkrebsstationen nicht nur den betroffenen Familien und Ärzten durch eigene Erfahrung, sondern auch der Öffentlichkeit durch einschlägige Berichte in den Medien sehr wohl bekannt ist.

(Zuruf der Abg. Frau Hürland, CDU/CSU)

Ferner habe ich diesem Antrag auch zugestimmt, damit eine im Berichterstattergremium vereinbarte allgemeine Erhöhung der Mittel für die Behandlung von Kinderkrebs in Richtung auf psychosoziale Betreuung präzisiert und festgeschrieben wird.

(Dr. Friedmann, CDU/CSU: Die Mittel stehen zur Verfügung!)

Nicht zuletzt habe ich dem Antrag auch deshalb zugestimmt, damit den jetzt, heute verzweifelt nach Hilfe suchenden Familien krebskranker Kinder eine konkrete Unterstützungsmöglichkeit geboten wird.

Warum ist es im Heim so schön?

Stiftung Warentest untersuchte Altenheime

**ud- Gängige Kli-
schees meinen die
Warentester entlarvt
zu haben. Getestet
wurde aber nur das
Gelbe vom Ei.**

Nicht so schlecht wie ihr Ruf sollen Altenheime sein, wie vor einigen Wochen in allen größeren Tageszeitungen zu lesen war. In der Meldung wurde sich auf eine Untersuchung der Stiftung Warentest berufen, die diese in der Januarausgabe ihres Organs »test« veröffentlicht hatte.

Insgesamt leben rund 450 000 alte Menschen in Alten- und Altenpflegeheimen. Stiftung Warentest wollte wissen, welchen Service und welche Ausstattung speziell die Altenheime bieten. Die Betreiber von 6500 Heimen wurden gebeten einen Fragebogen auszufüllen, zu 137 Häusern schickte man noch zusätzlich Inspektoren, die sich dort unter einem Vorwand informieren ließen.

Fazit der Begutachtung: »Knapp die Hälfte der Altersheime kann man als gut, teilweise als sehr gut beurteilen.« Daß Altersheime Verwahrans-

stalten und Armenasyle seien, wird gleich im ersten Satz der Auswertung als »gängiges Klischee« entlarvt.

Eine merkwürdige Bewertung, die im Grunde nur bestätigt, daß die Interpretation von Fakten im wesentlichen von der Haltung der Interpretierenden abhängt. Festgestellt wurde zum Beispiel, daß die Zimmergröße in Altersheimen bei durchschnittlich 17 Quadratmetern liegt, daß zehn bis elf Quadratmeter große Zimmer aber ebenfalls vorkommen. Die Autoren verlaßt das nur zu der Bemerkung, daß sich mancher alte Mensch eben mit der Devise »klein, aber mein« über die Winzigkeit seines Zimmers hinwegtrösten müsse. Immerhin haben es rund 40 Prozent der Bewohner in den befragten Heimen nicht so gut: Sie leben nämlich in Mehrbettzimmern.

Aber auch 50 Prozent der Alten mit Einzelzimmer können eine Toilette und Dusche nicht als »mein« bezeichnen. Die Regel sind Etagenbäder mit Klo für sechs bis zehn Personen. Die Inspektoren lernten aber auch Gemeinschaftsbäder, die nur einmal pro Woche benutzt werden dürfen, kennen.

Das Klischee vom autoritä-

ren Personal und vom unmündigen Personal sahen die Tester durchaus bestätigt: »Da führte man unsere Inspektoren in belebte Zimmer, ohne daß vorher angeklopft wurde, da bekamen Bewohner laute, bestimmende und bevormundende Anweisungen.«

Wie es kommen mag, daß das Personal sich ruppig benimmt, wurde nicht gefragt. Die Untersuchung ergab, daß »die Hälfte der Heime einen noch vertretbaren Personalbestand (1:6)« hat. Eine Aussage übrigens, die die Fachzeitschrift »Altenpflege« zu dem schlichten Kommentar »hirnverbrannt« veranlaßte. Stiftung Warentest konzidiert zwar, daß es auch Heime gibt, wo zwei Personen 40 oder gar 46 Bewohner betreuen, beruhigt aber gleich mit der Feststellung, daß immerhin alle einen Nachtdienst haben.

Auch ist nur ein Drittel der Heime »überhaupt altenfreundlich« eingerichtet, das heißt, hat rutschfeste Böden, Fahrstühle und altengerechtes

Mobiliar. Dann geht es an die Heimordnungen: Da werden, wie »test« feststellt, Schrankkontrollen angedroht, Ausgehverbote ausgesprochen oder Hausstrafen erteilt, etwa wenn ein Bewohner Schnaps mitbringt, da bestimmt der Hausmeister, welches Fernschiprogramm angesehen werden darf. In jedem vierten Heim verfügen die Bewohner nicht über einen Haustürschlüssel, oft muß sogar noch der »Ausgang« anmeldet werden.

Wie um sich selber ad absurdum zu führen, gestehen die Autoren am Ende ein, daß sie in ihrer Untersuchung nur die Vorzeigeheime erfaßt haben. Von den 6 500 abgeschickten Fragebögen waren nämlich nur 17 Prozent ausgefüllt zurückgekommen. Daß das nicht unbedingt die waren, die dem Klischee entsprachen, liegt wohl auf der Hand.

»Fazit: Knapp die Hälfte der Altenheime kann man als gut, teilweise sogar als sehr gut beurteilen.« □

Foto: Döhrr



buchkritik

Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen, herausgegeben vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen, Christian v. Ferber und andere. Verlag: Oldenbourg, München 1985.

Es fällt schwer, ein solches Mammutwerk von 650 Seiten zu besprechen. Im Buch vereint sind 31 Einzelbeiträge zu den Themen: Ambulante ärztliche Versorgung, Krankenhauswesen, Arzneimittelmarkt, Prävention und Rehabilitation, Grundprinzipien und Steuerung der sozialen Sicherung. Hinzu kommt ein überflüssiges Vorwort des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Norbert Blüm, in dem dieser die durchaus bemerkenswerte Erkenntnis, daß der Anstieg der finanziellen Aufwendungen für die Gesundheitsversorgung zu keiner vergleichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung geführt hat, zu einem Plädoyer für die von seiner Regierung betriebene Kostendämpfung mißbraucht.

Das Buch ist für den Rezensenten wie für den Leser eine Berg- und Talfahrt mit Zustimmung und Ärgernissen. Unterschiedlichste Beiträge von Sozialpolitikern, Medizinern, Pharmazeuten, Ökonomen und Gewerkschaftlern zeigen unterschiedlichste Auffassungen. Es wird eine imponierende Menge an Fakten und Zahlen über das bundesdeutsche, das westeuropäische und amerikanische Gesundheitswesen zusammengetragen. Diese Zahlen- und Datensammlung stehen wenige recht ordentliche und ein Großteil völlig insuffizienter Analysen gegenüber.

Was das Buch am stärksten vermittelt, ist ein Einblick in das gängige technokratische Denken bundesdeutscher Gesundheitsplaner. Erschreckend ist ein Mangel an Weitblick und an Mut, über die marktwirtschaftlichen Grenzfähre hinauszusehen und alte Denkschablonen zu verlassen. Auffällig die panische Angst vor der Berührung mit der Politik. Dies führt zu teilweise fast kuriosen Verdrehungen: So weiß jedes Kind in Haiti oder in der Bundesrepublik Deutschland, daß seine Gesundheitsversorgung von politischen Größenordnungen abhängig ist. Hier aber wird versucht (Originalzitat), »ein Gesundheitssystem zu finden, das eine optimale Versorgung der Bevölkerung garantiert, gerecht finanziert und von den Imponderabilien ökonomischer wie politischer Schwankungen weitestgehend frei ist«. Ein solches Wolken-Kuckucks-Gesundheitswesen, in dem just das ausgeblendet wird, was seine gesamte Entwicklung und Bewegung bestimmt, nämlich Ökonomie und Politik, durchzieht das Denken eines

Großteils der Autoren. Marktwirtschaftliche Dogmen werden ständig und unwidersprochen als wissenschaftliche Wahrheiten verkauft, so daß streckenweise der Eindruck entstehen könnte, der Großteil der Referenten sei im Auftrag der Arbeitgeberverbände, aber nicht des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen tätig geworden. Mit Scheuklappen gegenüber einer in vielen Ländern dieser Erde durchaus funktionierenden staatlichen Gesundheitsplanung wird weiterhin stell und fest behauptet, daß Planungsmaßnahmen des Gesundheitswesens weitgehend unmöglich seien. Es wird in recht dreister Manier die Kapitalistenlogik des Ökonomen Milton Freedman als A und O wirtschaftlicher Bewegungsgesetze ausgegeben, obwohl der Bankrott dieser Überlegungen längst bewiesen ist und viele Menschen diesen Beweis (siehe Chile) mit Leben und Gesundheit bezahlt haben.

Trotz allem ziehen sich einige Grundkenntnisse wie ein roter Faden durch das Buch: so der Gedanke, daß höhere Kosten im Gesundheitswesen nicht unbedingt zu mehr Effizienz und zu mehr Vorteilen für die Bevölkerung führen. Dieser Gedanke wird in unterschiedlichster Weise problematisiert. Wird er von Norbert Blüm im Vorwort verdreht und mit anderen Autoren im Sinne einer Kostendämpfung mißbraucht, so ist es der Anfang 1982 tödlich verunglückte Leiter des Wissenschaftlichen Institutes der Ortskrankenkassen, Ulrich Geißler (dem das gesamte Buch gewidmet ist), der in einer älteren Arbeit sehr gut nachweist, daß bei aller Kostenexpansion weiterhin die Mangelbereiche des Gesundheitswesens vernachlässigt wurden: Der öffentliche Gesundheitsdienst, der betriebsärztliche Dienst, der sozialärztliche Dienst, die Engpässe in der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung, die psychiatrische Versorgung, die Suchtversorgung und andere regionale Versorgungsgänge. Ein anderer Gedanke, der vielen Autoren Kopfzerbrechen bereitet, sind die hohen Kosten der Arzneimittel. Hier finden sich eine Reihe lebenswerter Beiträge, die im übrigen die theoretischen Überlegungen an anderen Stellen des Buches mit guten Beispielen aus der Praxis ad absurdum führen. Zu Tage tritt, daß der bundesdeutsche Arzneimittelmarkt mit seinen gigantischen Profiten nicht nur die geringeren Gewinnspannen der Pharma-Konzerne in anderen Ländern erhöhen hilft, sondern daß teilweise sogar Verluste pharmafreier Industriebanken von den gleichen internationalen Konzernen damit abgedeckt und auskalkuliert wer-

den.

Erstaunlich schwach sind die Beiträge zu den »Grundprinzipien und Steuerung der sozialen Sicherung«. Statt die Probleme einer vor sich hin schlafenden Selbstverwaltung der Ortskrankenkassen beim Namen zu nennen, wird hier von allen Referenten ruhig weitergeschlafen. Der einzige Blickpunkt gilt der Entwicklung in den USA, wobei dort aufgekommene reaktionäre Tendenzen zunehmend in das Denken deutscher Gesundheitsplaner überzuschwappen drohen. Wenig neues auch vom Berliner CDU-Gesundheitssenator U. Fink zur Selbsthilfe im Gesundheitswesen. Ein »Lichtblick« zur Diskussion der Pflegeversicherung ist der Beitrag von Christian von Ferber.

Besonders peinlich, weil der einzige ausgewiesene Beitrag von gewerk-

schaftlicher Seite, die Ausführungen des Leiters der Abteilung Sozialpolitik beim DGB-Bundesvorstand, Alfred Schmidt. Er hat nach einem luftleeren Referat nichts besseres zu tun, als abschließend eine volle Breitseite auf den Gedanken der Einheitsversicherung abzuschießen, der sonst im gesamten Buch überhaupt nicht weiter erwähnt wird.

Trotz dieser kritischen Würdigung des Buches sollte man den Kopf nicht hängen lassen und es trotzdem lesen. So wird an den Planungstischen gedacht. Man muß diese Positionen kennen, um Entscheidungen in der Sozialpolitik bzw. auch Bewegungen bei den großen Krankenkassen verstehen zu können. Der übermäßig hohe Preis von DM 89,00 sollte einen nicht daran hindern.

-na

LAST AID

Letzte Hilfe - Die medizinischen Auswirkungen eines Atomkrieges
Herausgegeben von Robert Jay Lifton, John E. Mack
Mit Beiträgen von Eric Chivian, Susanna Chivian, Ulrich Geißler, Ulrich Gremper, Michael H. Glantz, Michael J. Glanz

Eric Chivian, Susanna Chivian, Robert Jay Lifton, John E. Mack (Hg.), *Last Aid/Letzte Hilfe. Die medizinischen Auswirkungen eines Atomkrieges*, Neckarsulm 1985, Jungjohann Verlagsgesellschaft, 24,80 Mark

Das Thema »Atomkrieg und medizinische Hilfe« ist inzwischen publiziert

stisch hinreichend ausgeschlachtet. Gleichwohl ist das vorliegende Buch erwähnenswert. Aus dem Amerikanischen übersetzt, stellt es quasi das IPPNW-offizielle Standardwerk zur Thematik dar. Wissenschaftlich fundiert und umfangreich werden die Fakten abgehandelt: Physikalische Grundlagen, die Auswirkungen der Explosionen in Japan 1945, medizinische Auswirkungen in einem heutigen Atomkrieg. Fallrechnungen werden vorgestellt, auch auf ökologische und psychologische Auswirkungen eingegangen. Das Bildmaterial ist reichlich und qualitativ immer hervorragend. Auch ein Sachwortverzeichnis fehlt nicht; insgesamt ist das Buch als Nachschlagewerk empfehlenswert. Bedauerlich allerdings ist, daß die aktuellen Forschungen zum Nuklearen Winter noch nicht aufgenommen sind.

-wp





IMPRESSUM

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 468208 (6.30 Uhr bis 12.30 Uhr, montags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

Anzeigenleitung: Walter Beilken, c/o dg, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3

Redaktion

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

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

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

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

Die Zeitschrift »DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN« erscheint monatlich bei:
Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/364051,
Konten: Postgiroamt Köln 6514-503,
Stadtsparkasse Köln 10852238 (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 Nichteinhaltung durch höhere Gewalt kein Entschädigungsanspruch.

Redaktions- und Anzeigeneschluß für das Aprilheft: 3. März 1986.

Graphik: Christian Paulsen, Michael Westermeyer

Layout: Walter Popp, Stephan Schölzel, Ursula Daalmann

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

JSSN: Nr. 0172-7091



wir über uns

Mit einem solchen Echo hatte keiner von uns gerechnet, als dg-Redakteur Peter Walger uns von einem Kunstwettbewerb unter Studenten der Münsteraner Fachhochschule für Design erzählte, den er im Namen unserer Zeitschrift gemeinsam mit der Hochschule organisierte.

Ein Bericht über die Abschlußpräsentation findet sich auf den Seiten 31 und 32. Während dieses Heft in Druck geht, trifft sich die Jury.

Die besten Bilder sollen zunächst im Rahmen einer Ausstellung zu Kongressen und Treffen im Gesundheitswesen reisen und werden dann auch zum Verkauf angeboten werden. Außerdem planen wir einen Katalog zu erstellen.

Als ersten Standort für die Ausstellung zum Thema »Umwelt und Gesundheit« wünschen wir uns den internationalen Kongreß der Ärzte gegen den Atomkrieg in Köln. Später wollen wir unter anderem zum Umwelttag nach Würzburg.

Auf einer Tagung der Evangelischen Akademie Loccum hatte dg-Redakteurin Ursula Daalmann Gelegenheit, mit dem »weißen Raben« in der CDU, Gesundheitsministerin Rita Süßmuth, zu sprechen. Auf eine Bitte um ein Interview zeigte die Ministerin sich nicht abgeneigt.

Freilich sei das Sache ihres Büros. Dort führt man eine lange Warteliste. Wir hoffen trotzdem, Frau Süßmuth demnächst zu gesundheitspolitischen Fragen einer hochnotpeinlichen Befragung unterziehen zu können.

Wir schämen uns ein wenig, es zuzugeben: bei der redaktionsinternen Kritik des Februarhefts wurde positiv hervorgehoben, daß diesmal bei der technischen Erstellung des Hefts kein einziger Fehler passiert war. In spätestens einem Jahr sind solche »Erfolge« hoffentlich nicht mehr der Erwähnung wert. Für alle die, die sich im vergangenen Jahr über die nicht seltenen Panne geärgert haben, geben wir noch einmal zu bedenken, daß das Layout von blutigen Amateuren erstellt wird. Die Überwachung der technischen Herstellung obliegt dem – mit zwei Redakteuren besetzten – Bonner Büro. Auf daß sich niemand etwa übertriebene Vorstellungen von den Dimensionen dieser Schaltzentrale mache, veröffentlichen wir statt jeder weiteren Erklärung ein Foto, das dank geschickter Wahl der Perspektive etwa fünf Sechstel der Betriebsräume wiedergibt. (Da, wo es links im Hintergrund hell wird, beginnt das Büro der Vereinigung demokratischer Zahnmedizin. Die Kollegen haben auch eine eigene Schreibmaschine;



auf der dürfen wir gelegentlich tippen.)

Das goldene Wort

Auf
dem Berg
Sonnenschein.
Im Tal
Nebel.

Unsere
Hütte
schwimmt
wie ein Schiff.

Wohin
treibt es?
Wo ist
der Steuermann?

Ich bin nur
der
Schiffjunge.
Aye, aye Sir!

Die »Ärztedichterin«
Dr. Maelisa von
Freyberg-Schnackenberg
in der Zeitung »Arzt heute«

dg-Kontakte

Aachen: Erhard Knauer, Maria-Theresia-Allee 59, 5100 Aachen, Tel. (02 41) 7545 59; **Ansbach:** Birgitta Eschenbacher, Am Helmweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (09 81) 14444; **Berlin:** Hermann Dittrich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8226328; **Bonn:** Edi Erken, Eckenerstr. 28, 5205 St. Augustin 2 (Hanglar), Tel. (02241) 29178; Stefan Schötzeli, Bergstr. 8, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 233526; Kurt Straif, Reuterstr. 121, 5311, Tel. 212696; Gregor Wehnrich, Schumannstr. 30, 5311, Tel. 219778; **Bremen:** Cornelia Setke, Tel. (04171) 27272; **Darmstadt:** Jürgen Fohrert, Neutscher Weg 3, 6101 Modautal-Ernsthofen; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kuhlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 753880; Detlev Uhlenbrock, Droste-Hülshoff-Str. 1, 4611, Tel. 421768; **Düsseldorf:** Joachim Gill, Fruchistr. 2, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 319204; **Duisburg:** Thomas Wettig, Prinz-Albert-Str. 42, 4100 Duisburg 1, Tel. (0203) 342188; **Essen:** Christian Paulsen, Overbeckstr. 16, 4300 Essen 1, Tel. (0201) 743731; Walter Popp, Sundernholz 32, 4311, Tel. 441830; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (069) 705449; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (0611) 75245; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (0511) 33710; **Hamburg:** Robert Pfleiffer, Kurfürststr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6564845; **Hanau/Maintal:** Hans See, Südring 12, 6457 Maintal 1, Tel. (06181) 47231; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d: (0511) 906557p; (0511) 918868; **Hattingen:** Wolfgang Münster, Marxstr. 19, 4320 Hattingen, Tel. (02324) 67410; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 474101; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7600 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 849948; **Kassel:** Matthias Dipper, Waltzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 54925; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrückener Str. 176B, 2300 Kiel 1, Tel. (0431) 685397; **Kleve:** Ulla Funke-Verhassell, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8424; **Köln:** Peter Liebermann, Garthestr. 16, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 763844; Eckard Müller, Säckinger Str. 4, 5111, Tel. 432919; Helmut Schaaf, Rhöndorfer Str. 16, 5041, Tel. 428726; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederringel 5, 4540 Lengerich; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0411) 503355; **Mannheim:** Werner Weindorf, Friedrichstr. 57, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 855405; **Marburg:** Hanna Koch, Alter Ebsdorfer Weg 18, 3550 Marburg; **Minden:** Volker Happmann, Bäckerstr. 41, 4950 Minden; **Mülheim/Ruhr:** Norbert Andersch, Mührenkamp 36, 4330 Mülheim/Ruhr, Tel. (0208) 33846; **München:** Margret Lambardt, Billrothstr. 7, 8000 München 70, Tel. (089) 781504; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08261) 9733; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (0251) 794688; Barbara Habenseis-Lehnert, Hayastr. 11, Tel. 287431; Uli Menges, Seggenradweg 44, Tel. 788399; Uli Raupp, Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7, Tel. 7801437; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 83856; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 15453; **Reutlingen:** Helmut Jäger, Ganghoferstr. 12, 7410 Reutlingen, Tel. (07121) 240236; **Riedstadt:** Harald Skrotles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 6161; **Siegburg:** Richard Beitzken, Hagebuttenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02241) 383590; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 79860; **Solingen:** Heinrich Recken, Basaltweg 15, 5850 Solingen 1, Tel. (02122) 47885; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobsgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 212798; **Ulm:** Wolf Schleinzer, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 65644; **Viersen:** Sebastian Stierl, Gladbacher Str. 94, 4056 Schwalmstadt 1, Tel. (02163) 4191; **Wuppertal:** Michael Sünner, Normenstr. 2, 5600 Wuppertal 2, Tel. (0202) 503845.

Wer hat noch kein dg-Abo?

Postvertriebsstück
Gebühr bezahlt



PAHL-RUG. GOTTESW. 54 5000 KOELN
G 2961 E 394711 347

KARL BOEKER
WERTHERSTR. 89

4800 BIELEFELD 1

Ja, so geht es immer wieder, wenn wir dg dort vorstellen, wo es noch keiner kennt.

**Helfen Sie mit,
die Zeitschrift mit den wichtigen**

Nachrichten, den eindeutigen Kommentaren und dem lächerlichen Werbeetat unter Ihren Kolleginnen und Kollegen bekannt zu machen!

Bitte ausschneiden und senden an:

dg
Siegburger Str. 26
5300 Bonn 3

Ich möchte ein kostenloses Probeexemplar

Ich abonneiere die Monatszeitschrift dg zum Heftpreis von 3,70 Mark zzgl. Porto gegen jährliche Rechnung. Diese Bestellung kann ich innerhalb von 10 Tagen bei der obigen Adresse widerrufen. Es gilt der Poststempel. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein weiteres Kalenderjahr, wenn nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres eine Kündigung eingegangen ist.

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Beruf _____

Datum _____

Unterschrift _____